

คู่มือ

การให้การปรึกษา

เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส



คู่มือ

การให้การปรึกษา

เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส



กระทรวงสาธารณสุข

**ชื่อหนังสือ** : คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

**พิมพ์ครั้งที่ 1** : มิถุนายน 2546

**จำนวนพิมพ์** : 5,000 เล่ม

**จัดพิมพ์โดย** : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

**ออกแบบ** : อาคม วัฒนกุล

**พิมพ์ที่** : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

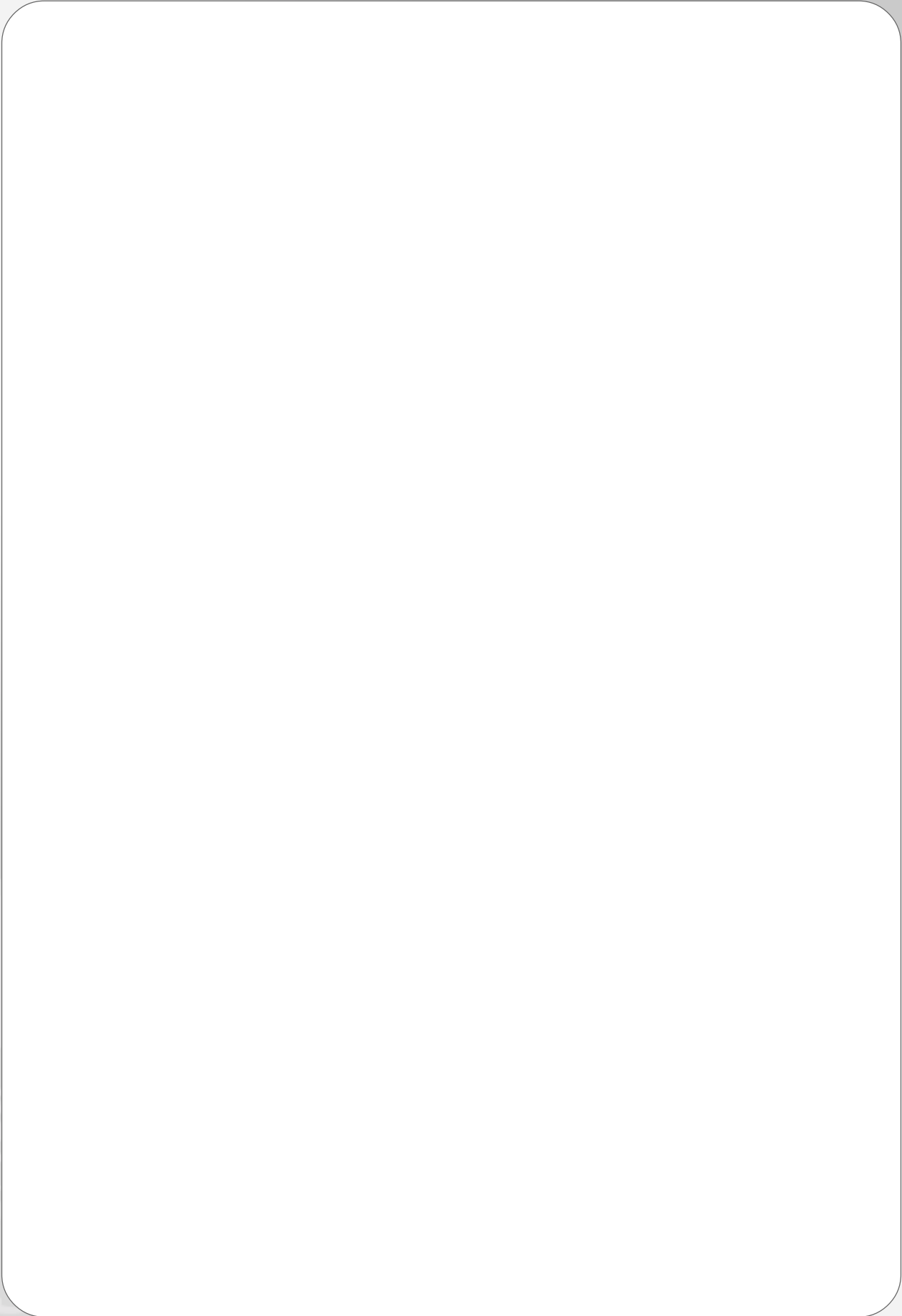
## คำนำ

คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประกอบการฝึกอบรมเป็นการเสริมความรู้ในการทำงานด้านการให้การปรึกษา และสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษา แก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และญาติที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือความทุกข์ใจต่างๆ

ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ได้รับความร่วมมือจากคณะทำงานในหน่วยต่างๆ อันได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตด้วย จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ และคณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะสามารถเสริมให้ผู้ให้การปรึกษาได้รับความรู้ ความเข้าใจ และข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน ตลอดจนได้ทบทวนองค์ความรู้ด้านการให้การปรึกษา อันจะส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้รับบริการแบบเน้นองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คณะผู้จัดทำ

พฤษภาคม 2546





# สารบัญ

	หน้า
• คำนำ	ก
• คุณสมบัติและบทบาทผู้ให้บริการปรึกษา	1
• การขยายโอกาสการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส	6
• โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส	9
• นโยบายการดำเนินงานการลดการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลรักษาหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี	16
• ผังการดำเนินงานโครงการดูแล Access to care	19
• ผังการดำเนินงานโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับหญิงติดเชื้อหลังคลอด	20
• ผังการดำเนินโครงการหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี	21
• ผังการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับสามี (ของหญิงติดเชื้อ)	22
• HIV/AIDS 2002 : Treatment failure : Definition, Prevention, and Management	23
• You need to know about HIV and AIDS	29
• การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (Treatment Failure)	42
• การติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	47
• ปัจจัยทางสังคมจิตใจของผู้รับและผู้ให้บริการ ตามสิทธิของผู้รับบริการ	50
• ธรรมชาติของจิตใจ	55
• คำประกาศ สิทธิผู้ป่วย	57

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
• เทคนิคสำคัญในการให้การปรึกษาเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส	58
• ผังการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (CARE)	69
• ความคิดเห็นของแพทย์และผู้ป่วยต่อความยุ่งยากในการกินยา	70
• เกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัส และสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้	72
• อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส	73
• ความสำคัญของ Drug Adherence	74
• การประเมินและติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส	76
• สาเหตุของการรักษาล้มเหลว	77
• แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อแนะนำโครงการ	78
• ประเด็นและขั้นตอนสำคัญในการให้การปรึกษาเพื่อเริ่มกินยาต้านไวรัส	80
• สูตรยาต้านไวรัส	81
• คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับกินยาต้านไวรัส	83
• กลวิธีในการตรวจสอบการให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส	86
• การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	87
• ประเด็นการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	90
• แบบบันทึกการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	91
• การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ	94
• แนวทางการให้การปรึกษาและแนวทางการแก้ไขปัญหา	98
• ภาคผนวก	105
• รายนามที่ปรึกษาและคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรฯ	106

# การให้การปรึกษาเพื่อการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

การให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นเพียงส่วนหนึ่งของขบวนการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ สิ่งที่สำคัญคือการบริการปรึกษาที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา การรักษาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การให้การปรึกษายังเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการให้บริการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ เนื่องจากข้อมูลของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ทุกขั้นตอนของโครงการ ทั้งในขั้นตอนการสมัครเข้าโครงการ การคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ การส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานนั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ประสานการดำเนินงานในขั้นตอนดังกล่าว ผู้ให้การปรึกษาจะต้องร่วมมือกับคณะผู้ให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดโดยตลอด

ดังนั้นผู้ให้การปรึกษา นอกจากจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติในการเป็นผู้ให้การปรึกษาและผ่านการอบรมพื้นฐานทักษะการให้การปรึกษา รวมทั้งจะต้องมีประสบการณ์การให้การปรึกษาแล้ว ผู้ให้การปรึกษายังจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสูตรยาต่างๆ ในโครงการวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและผลกระทบด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพในการให้บริการปรึกษาตามโครงการมากยิ่งขึ้น

## คุณสมบัติและบทบาทผู้ให้การปรึกษา

### คุณสมบัติผู้ให้การปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาในโครงการ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการให้การปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ผ่านการอบรมพื้นฐานทักษะการให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การให้การปรึกษาและมีความรู้พื้นฐานเรื่องโรคเอดส์ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
3. เป็นคนทำงานและผ่านการอบรมแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสในสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกันในโครงการ



## บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาในโครงการ

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส จะสามารถกินยาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องนั้น พบว่ามีปัจจัยทางกายภาพที่มีผลต่อยา และมีปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อจิตใจ เช่น การปิดบัง กลัวคนรอบข้างจะรู้ว่าติดเชื้อ หรือมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ มีเงินไม่พอจ่ายค่าตรวจรักษา ค่ายา รวมทั้งสภาพแวดล้อมในเรื่องการทำงานทำให้อาจลืมกินยาได้ง่าย

ผู้ให้การปรึกษาเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การปรึกษาและส่งผ่านข้อมูลที่สอดคล้องและใช้กระบวนการปรึกษาในการทำความเข้าใจ และเสริมแรงจูงใจในการกินยาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

## การบริการปรึกษาในโครงการฯ มีหลายขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนผู้ให้การปรึกษาคควรจะมีบทบาทดังนี้

### 1. การแนะนำโครงการและวิธีการดำเนินงานโครงการ

ผู้ให้การปรึกษาคควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ให้แก่ผู้ติดเชื้อได้รับทราบเพื่อเป็นข้อมูลทางเลือกในการพิจารณาวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และเนื่องจากรายละเอียดของโครงการมีค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของโครงการ แนวทางการดำเนินงานซึ่งอาจปรับ ตามระบบการทำงานของพื้นที่ การเข้าถึงบริการ การคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมที่จะเข้าโครงการ ข้อจำกัดด้านต่างๆ ฯลฯ ทั้งนี้ต้องอาศัยเวลาในการทำความเข้าใจพอสมควร

### 2. สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และประวัติส่วนตัว ครอบครัวและข้อมูลทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

เมื่อมีผู้สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ การสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานจะเป็นสิ่งสำคัญในการเข้าใจผู้ติดเชื้อ เนื่องจากจะเป็นข้อมูลสำคัญในการคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการ ทั้งทางด้านร่างกาย ความตั้งใจจริงในการรับยา สภาพความเป็นอยู่ และสภาพครอบครัว รวมทั้งระบบสนับสนุนต่างๆ ทั้งที่บ้าน ในชุมชน และครอบครัวที่จะเอื้อให้ผู้ติดเชื้อสามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่อง

### 3. ร่วมกับทีมงานโครงการคัดเลือกผู้รับยาตามโครงการ

ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการรับยาที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด การพิจารณาคัดเลือกเป็นสิ่งสำคัญ ข้อมูลจากการให้การปรึกษาที่ได้ให้บริการมาในอดีต รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อเข้าร่วมโครงการจะเป็นข้อมูลสำหรับทีม หรือคณะกรรมการคัดเลือกผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้การคัดเลือกซึ่งต้องพยายามให้มีความโปร่งใส และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อและชุมชนให้มากที่สุด ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลแก่คณะกรรมการคัดเลือกได้เป็นอย่างมาก ผู้ให้การปรึกษาคควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาที่มีมาในอดีต ความสนใจในการรักษาสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาและการแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ

#### 4. การให้ผู้ป่วยเข้าใจในใบอนุญาต ตัดสินใจและลงนามในใบอนุญาตเข้าร่วมโครงการ

ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ และผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการจำเป็นต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโครงการ ผลดี ผลเสีย และผลด้านอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางโครงการได้จัดทำในลักษณะของใบอนุญาตเพื่อเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นมา คุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการ ผลที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ ผลข้างเคียงของยาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การรักษาความลับของผู้ป่วย และสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการ ทั้งนี้ก่อนที่ผู้ป่วยลงนามในใบอนุญาตนี้ ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องอธิบายในรายละเอียดเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ศึกษา ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และควรมีการสรุปความเข้าใจและประเมินความตั้งใจจริงรวมทั้งความพร้อมในด้านต่างๆ ด้วย

#### 5. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยในปัจจุบัน รวมทั้งการ เจ็บป่วย การรักษาในอดีต และให้ข้อมูลเพิ่มเติม

การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน รวมทั้งการรักษาและการดูแลสุขภาพในอดีต จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาถึงแนวทางการดูแลรักษา สุขภาพและการรักษาสุขภาพ และการให้ความร่วมมือในการกินยาตามโครงการได้ดียิ่งขึ้น สามารถ แก้ไขข้อบกพร่องและความเข้าใจผิดตลอดจนสอบถามแนวทางการรักษาที่ถูกต้องต่อไปได้เป็นอย่างดี

#### 6. ให้การปรึกษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาเข้ารับยาและมีการกำหนดสูตรยาตามแผนการรักษาของแพทย์ตามโครงการแล้ว การให้การปรึกษาจะต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับทีมงาน โดยการปรึกษาหารือและสรุปแนวทางการให้ข้อมูลและการให้การปรึกษาร่วมกันกับทีมงาน เพื่อป้องกันมิให้ทั้งผู้รับยาเกิดการสับสนอันเป็นสาเหตุหนึ่งของการกินยาไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับยา วิธีการกินยา และแนวทางการแก้ไขปัญหาก็อาจเกิดจากการกินยา รวมทั้งแนวทางการส่งต่อทีมงานเพื่อการรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อนัดการรับยา การตรวจสุขภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการปรับสูตรยาเมื่อมีความจำเป็น

#### 7. อธิบายชนิดของยา วิธีการกินยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา ผลดีของการกินยา ผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่อง และการขาดยา

ในการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการกินยา ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องศึกษารายละเอียดของยาในสูตรนั้นๆ เพื่อให้การปรึกษาได้อย่างถูกต้องโดยประสานกับเภสัชกร ทั้งนี้ แนวทางการให้การปรึกษาควรเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย มีการสาธิตตัวยา และวิธีการกินยาจากยาจริง ตรวจสอบความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อกำหนดได้อย่างถูกต้อง แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาจเกิดความสับสน มีการกินยาผิดขนาดหรือผิดเวลา ดังนั้น การให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ควรให้ ผู้ป่วยทบทวนวิธีการกินยาเป็นระยะๆ ในขณะมาพบเพื่อรับยาจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้

## 8. **สำรวจปัญหาและอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้รับยาไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่อง**

เนื่องจากการกินยาต้านไวรัสตามโครงการ เป็นการกินยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างสูงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของยา และไม่ให้เกิดยาจนเกิดการดื้อยา ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านต่างๆ เข้ามาในชีวิตอยู่เสมอ ซึ่งบางปัญหาได้กระทบต่อชีวิตประจำวัน มีผลต่อการกินยาอยู่บ่อยครั้ง เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการขาดงาน ขาดรายได้ การย้ายที่อยู่ การไม่เปิดเผยตนเอง การขาดผู้ดูแลทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นการให้การปรึกษาจึงควรมีอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีการพูดคุยถึงประเด็นที่อาจเป็นปัญหาเหล่านั้น และแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

## 9. **ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหากับผู้รับบริการ เพื่อสร้างความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง**

จากปัญหาและอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้รับยาไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่องนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาคงเกิดจากการตัดสินใจของผู้รับบริการเอง โดยผู้ให้การปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจสาเหตุ และพิจารณาหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นในหลายๆ ด้าน สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต

## 10. **ส่งต่อแผนหรือหน่วยงานอื่น ในกรณีที่พบปัญหาด้านต่างๆ ได้แก่ ส่งพบแพทย์ งานสังคมสงเคราะห์ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือ**

การให้การปรึกษาผู้รับยาในโครงการ นอกจากจะเป็นการปรึกษากับยาและการส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องแล้ว ปัญหาที่พบเสมอ คือ ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาการถูกแบ่งแยกในชุมชน ปัญหาทางครอบครัวและสังคมอื่นๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าว ผู้ให้การปรึกษาคควรศึกษาแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ทั้งจากองค์กรภาครัฐและเอกชน สาธารณประโยชน์ เพื่อการประสานและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ทั้งนี้มุ่งหวังเพื่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดปัญหาซับซ้อนต่างๆ และส่งเสริมความร่วมมือในการรับยาตามโครงการอย่างต่อเนื่องต่อไป

## 11. **ติดตามผลการกินยาของผู้รับโครงการ**

ตามแนวทางการดำเนินโครงการฯ ได้กำหนดการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มรับยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ และการนัดหมายเพื่อตรวจสุขภาพและรับยาอย่างต่อเนื่อง โดนทีมงานทางการแพทย์ พยาบาล ในส่วนของบทบาทของผู้ให้การปรึกษานั้น นอกจากจะได้พบและให้การปรึกษาตามกำหนดนัดหมายนั้นแล้ว มีความจำเป็นจะต้องวางระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องในหลากหลายวิธี โดยเฉพาะเมื่อผู้รับยาไม่สามารถมารับยาตามนัดหมายได้ ซึ่งทำได้โดยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม และความสนใจของผู้รับยา เช่น

- ให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามทางโทรศัพท์มายังผู้ให้การปรึกษา และเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนหรือสามารถติดต่อทีมงานผู้ให้การปรึกษาคนอื่นได้เป็นกรณีฉุกเฉิน

- การเยี่ยมบ้านในรายชื่อที่สมัครใจ ทั้งนี้ อาจเป็นการเยี่ยมบ้านโดยทีมงานของ โรงพยาบาล หรือประสานงานกับกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในพื้นที่เพื่อช่วยในการติดตาม

## 12. ลงบันทึกการให้การปรึกษาและรายงานผลการปฏิบัติงาน

การบันทึกข้อมูลการให้การปรึกษามีความจำเป็นอย่างมากในการให้การปรึกษาโดยเฉพาะการรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน เนื่องจากการทำงานอย่างต่อเนื่องนั้น ข้อมูลที่ได้จากการพูดคุย หรือให้การปรึกษาจะมีมากมายและหลากหลายประเด็น และเป็นข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจำเป็นต้องเก็บรักษาเป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาจะต้องพิจารณาความเหมาะสมเกี่ยวกับกลวิธีในการบันทึก ข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลนั้นๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ และสามารถรักษาความลับได้ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ คือ

1. เพื่อเป็นข้อมูลโดยละเอียด ซึ่งสามารถพิจารณาในประเด็นต่างๆ ของการให้การปรึกษา
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การปรึกษาทั้งระดับบุคคล และสามารถนำมาวิเคราะห์ภาพรวมของบริการในโครงการ เพื่อวางแผนปรับปรุงให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและการบริการ
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วย โดยเฉพาะทีมงานการดูแลรักษาพยาบาล และระหว่างทีมผู้ให้การปรึกษาซึ่งอาจให้การปรึกษาแทน
4. เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อ การติดตาม และการสรุปผลการให้การปรึกษา และผลความก้าวหน้าในการให้การปรึกษา
5. เป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบการทำงาน และข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งสามารถยืนยันความถูกต้องในการทำงาน

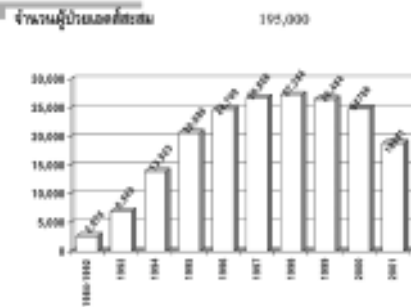


## การขยายโอกาส การดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส ปี ๒๕๔๕

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ  
กระทรวงสาธารณสุข



### จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายปี ( จนถึง ณ.ย. 2544)



### การคาดประมาณสถานการณ์เอดส์ ประเทศไทย เน้นสิ้นปี 2001

จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสม	1,009,000
จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์สะสม	344,000
จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจุบัน	665,000
จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ใหม่ปี 2001	25,000
จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ปี 2001	55,000
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ใหม่ ปี 2001	53,000

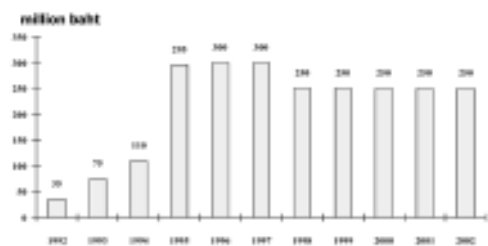
### งบประมาณด้านการดูแลสุขภาพ

- การดูแลทางการแพทย์
  - ART 250 ล้านบาท
  - UC 480 ล้านบาท
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 45 ล้านบาท
- การดูแลสุขภาพทางเลือก 5 ล้านบาท
- การดูแลผสมผสานและต่อเนื่อง 21 ล้านบาท
- การสร้างเครือข่ายทางสังคมและจิตใจ 30 ล้านบาท

### โอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสในประเทศไทย

- สนับสนุนผ่านโครงการกรมควบคุมโรคติดต่อ
- ร่วมจ่ายในระบบหลักประกันอื่น เช่น ข้าราชการ, ประกันสังคม
- จ่ายเต็มด้วยตนเอง
- เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก

### งบประมาณด้าน ARV ของกรมควบคุม โรคติดต่อ 1992-2002,







## ART in Thailand

**2000-2001** : HAART as part of an expanded comprehensive care package

- The first phase of **the National Access to Care program (ATC)** was initiated selecting **109 hospitals** (N~2000 in year 2000, and N~10,000 in year 2002)
- **Concurrent system development:** Knowledge update, Lab network, Counseling network, Stock management system, monitoring & evaluation system

Thai CDC, MAPH, Ying-Ru Lee, N180-2002

### กลยุทธ์การขยายโอกาสการเข้าถึง ART

การจัดการและใช้ยาอย่างเหมาะสม  
(Rational use and affordable ARV)

- การเลือกและการใช้ยา ARV, LAB อย่างเหมาะสม
- การจัดซื้อจำนวนมาก, การต่อรอง.
- การผลิตยาสามัญ (Generic drug)
- การพัฒนาเทคนิคการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการภายในประเทศ (In-house)

### กลยุทธ์การขยายโอกาสการเข้าถึง ART

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุม  
Reliable health care service system

- การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริการ
- การเสริมสร้างศักยภาพบุคคลากรด้านการดูแล
- การประกันคุณภาพการดูแลทางการแพทย์และทางห้องปฏิบัติการ

### กลยุทธ์การขยายโอกาสการเข้าถึง ART

การคลังที่ยั่งยืน  
Sustainable financing

- การระดมทรัพยากร
- การศึกษาด้านทุน ผลประ โยชน์ กล โลกทางการคลัง
- การผนวกเข้าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า


### กลยุทธ์การขยายโอกาสการเข้าถึง ART

ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน  
Multi-sectoral partnership


- พันธะ ติญญาเชิงน โยบาย
- การมีส่วนร่วมรับผิดชอบจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ.





**HAART: Affordability**  
*The Gap is Getting Closer*




HAART	Year	Cost
		Baht/month
2NRTIs+PI	<2000	>25,000
2NRTIs+boosted PIs	2001	13,000
	2002	6,000
2NRTIs+NNRTI	<2000	15,000
	Early 2001	13,000
	Mid 2001	<6,000
	Late 2001	2,300
	Mid 2002	1,200
		(<\$ US30/month)

- Antiretroviral Regimen in 2002 (Adults)**
- 
- D4T, 3TC, Nevirapine ( 1,200 Baht/Month)
  - D4T, 3TC, Efavirenz ( 3,000 Baht/month)
  - D4T, 3TC, Boosted PI (Indinavir+ritonavir) ( 5,500 Baht /month)

- นโยบาย ART ปี 2545**
- 
- **งบประมาณเพิ่มเติม**
    - 4 พันบาท Clinical Research Network program (3000)
    - PMTCT plus (800 adults)
    - Expand Access To Care (5200 adults, 1400 children)
  - **Resource mobilization**
    - Global Fund ATM (10,000)
    - วรรณ (2,000)
    - co-payment

- แผนปฏิบัติการ ขยาย ART**
- 
- **ระยะที่ I การควบคุมการแพร่ระบาดและเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพ (May 02- September 02)**
    - Continue Clinical Research Network
    - Expand access to care, PMTCT Plus
  - **Phase II การระดมทรัพยากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (October 02-September 03)**
    - Global Fund, Emergency fund, social security fund, etc.
    - การฝึกอบรม
  - **Phase III Integration and sustainability (October 03-....)**
    - การขยายบทบาทการบริหารจัดการ และงบประมาณผู้พื้นที่
    - เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- Challenges**
- 
- **Preventing new infections: reducing risk and vulnerability.**
  - **Health promotion for infected persons, including traditional care, herbal medicine.**
  - **Cost sharing from others; social insurance, copayment**
  - **Health insurance system integration**

## โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในประเทศไทย

พิมพ์ใจ ศาสตราจารย์, RN, B.Sc, MSc  
กองโรคเอดส์  
กรมควบคุมโรคติดต่อ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้มีคุณภาพ และครอบคลุมมากขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เข้าถึงบริการได้อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง
2. พัฒนาประสิทธิภาพการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน ( Triple therapy )

### แนวทางการดำเนินงาน

1. วางแผนการดำเนินงาน โครงการต่อเนื่องจากปี 2545 และวางแผนการพัฒนาระบบบริการ ในการรักษาด้วยยา ARV เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่หลักประกันสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนในอนาคต
2. การพัฒนาหลักเกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงานและประเมินความพร้อมของหน่วยงาน
3. การพัฒนาหลักเกณฑ์การให้ยาและจัดหายา ARV และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสมกับประเทศไทยในการดำเนินการ

### แนวทางการดำเนินการ ( ต่อ )

4. การเสริมสร้างองค์ความรู้และทัศนคติในการรักษาด้วยยา ARV แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
5. การขยายบริการให้ครอบคลุมทุกจังหวัด และการประกันคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน
6. การพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามการรักษา การบริหารคลังยา และการให้การปรึกษา

### แนวทางการดำเนินการ ( ต่อ )

7. การพัฒนาการประสานงาน และร่วมดำเนินงานจากทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ทั้งองค์กรเอกชน องค์กรชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์
8. การระดมทรัพยากรเพื่อให้ผู้ที่มีความจำเป็นได้มีโอกาสได้ยาด้านไวรัสเอดส์มากที่สุด

### การพัฒนาบุคลากร

#### ประกอบด้วย

1. ด้านการรักษาพยาบาล และการติดตามผลการรักษา
2. ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ด้านเภสัชวิทยาและการบริหารจัดการคลังยาด้านไวรัสเอดส์
4. ด้านการให้คำปรึกษาและกระบวนการให้ข้อมูล
5. ด้านการติดตามกำกับและประเมินผล

### ด้านการรักษาพยาบาลและการติดตามผลการรักษา

1. การสนับสนุนองค์ความรู้ทางด้านคลินิก  
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรักษา HIV/AIDS ด้วย ARV
  - ข้อเปรียบเทียบการให้ยาสูตรต่าง ๆ
  - ผลข้างเคียงของยา ARV
  - การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยา ( Adherence )
  - การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา
  - การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
  - การติดตาม OI ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา
  - Treatment Failure
  - หลักการรักษาผู้ป่วยที่มีการดื้อยา

### ด้านการรักษาพยาบาลและการติดตามผลการรักษา

- การรักษา HIV/AIDS ด้วย ARV ในโครงการ ATC
- การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่ม ARV
  - Inclusion criteria และ Exclusion criteria
  - Drug regimen 3 สูตร
  - แนวทางการให้ยาทั้ง 3 สูตร
  - การติดตามการรักษา
  - การปรับเปลี่ยนสูตรยา
  - การดูแลผลข้างเคียง
  - ปฏิบัติระหว่างยา
  - ข้อบ่งชี้ในการสิ้นสุดการรักษา

### ด้านการรักษาพยาบาลและการติดตามผลการรักษา

2. การบันทึกข้อมูลการติดตามการรักษาด้วยแบบบันทึกการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ (แบบ ATC 1)
3. การบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การสรุปและรายงานข้อมูล

### ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกหน่วยงาน ( Criteria for site selection )

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ
2. มีทีมงานซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ( counselor )
3. มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ  
เช่น การตรวจระดับ CD4+cell หรือ Viral load

### ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกหน่วยงาน ( ต่อ )

4. มีเจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความรู้ ความสามารถ และเข้าใจในการที่จะพัฒนาระบบบริการ
5. การพิจารณาอื่น ๆ ได้แก่
  - เป็นหน่วยงานที่มีองค์กรเอกชนหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อให้ความร่วมมือและร่วมงาน
  - มีการให้บริการรักษาและป้องกัน OI ตามแนวทางที่กำหนดไว้

### กลุ่มเป้าหมาย ( Target group )

1. มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วไปที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน

### Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS-defining illness) ยกเว้นวัณโรคปอด ไม่ว่าจะมียา CD4 เท่าใด
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
  - ฝ้าในปาก (oral thrush)
  - ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ
  - ผื่นคันทั่วตัวไม่ทราบสาเหตุ (pruritic papular eruption)
  - อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน ที่ไม่ทราบสาเหตุ
  - น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15% ภายใน 3 เดือน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm.

### Exclusion criteria

1. มีประวัติแพ้สารใด ๆ ที่เป็นส่วนประกอบในสูตรยาทั้ง 3 สูตร
2. ไม่พร้อมที่จะรับการรักษอย่างต่อเนื่อง และไม่พร้อมที่จะให้ติดตามผลการรักษาได้

### Drug Regimen

สูตรที่ 1 d4T+3TC+NVP หรือ GPO-vir  
วิธีกินยา GPO-vir 1 เม็ดหลังอาหารเช้า  
d4T 1 เม็ด + 3TC 1 เม็ด ตอนเย็น  
การกินยาให้ห่างกัน 12 ชั่วโมงเป็นเวลา 14 วัน  
หลังจาก 14 วัน ไปแล้วให้ GPO-vir 1 เม็ด  
วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ห่างกัน 12 ชั่วโมง

### Drug Regimen ( ต่อ )

สูตรที่ 2 d4T+3TC+EFV  
วิธีกินยา d4T 1 เม็ด + 3TC 1 เม็ด เช้า-เย็น  
EFV 3 เม็ด ก่อนนอน  
สูตรที่ 3 d4T+3TC+ ( IDV+RTV )  
วิธีกินยา d4T 1 เม็ด + 3TC 1 เม็ด เช้า-เย็น  
IDV 400 mg + RTV 100 mg เช้า-เย็น

### ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Good Laboratory Practice
- การปฏิบัติการทางห้องปฏิบัติการที่ดี ต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ตั้งแต่ระบบบริหารจัดการ การวางแผนงาน การทดสอบการติดตาม การบันทึกข้อมูล การรายงานข้อมูล รวมทั้งการเก็บรักษาข้อมูลและการระงับรักษาความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ

### ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับ
  - การตรวจ CD4
  - Viral Load
  - Drug resistance
- ระบบบริหารจัดการทางห้องปฏิบัติการในการส่ง Lab ( เครื่องข่ายการตรวจ Lab )
- การฝึกปฏิบัติการ การเยี่ยม CD4

### ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ( ต่อ )

เครือข่ายการตรวจหาระดับ CD4 ในประเทศไทย  
กระทรวงสาธารณสุข  
ภาคเหนือ  
เชียงรายประชานุเคราะห์ นครพิงค์ ลำปาง  
คณะเทคนิคการแพทย์ ม.เชียงใหม่ พุทธชินราช  
ภาคกลาง  
ชลบุรี ราชบุรี บำราศนครสวรรค์  
ภาคใต้  
มหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ยะลา

### ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ( ต่อ )

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
ขอนแก่น โรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยราชสีห์มา สรรพสิทธิ์ประสงค์  
กรุงเทพมหานคร  
วชิรพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ ตากสิน

### ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ( ต่อ )

กระทรวงกลาโหม  
สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร  
กระทรวงมหาดไทย  
สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร  
กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีพลังงาน  
โรงพยาบาลกลางกรมราชทัณฑ์ ดำรง

### ข้อตกลงเรื่องการตรวจ CD4 ในโครงการ ATC

1. สอวท.จะสนับสนุนนำยาตรวจพร้อมหลอดสำหรับย้อมให้กับหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ
2. รพ.ที่เข้าร่วมโครงการจะต้องซื้อ CD4 แล้วจึงส่งไปตรวจ วัตถุประสงค์หน่วยงานที่มีเครื่องตรวจ Faecan หรือส่งเลือดไปตรวจยังหน่วยงานที่มีเครื่องตรวจ Faecan
3. ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าโครงการให้เก็บค่าตรวจรายละเอียด 200 บาท เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการแล้ว จะไม่มีการเรียกตรวจค่า CD4 จากผู้รับบริการ
4. สอวท.จะสนับสนุนการดูแลรักษาเครื่องตรวจโฟลโซโทมิเตอร์ให้กับหน่วยงานที่มีเครื่อง โดยการประกันเครื่องและงบประมาณบางส่วนให้

### ด้านเภสัชวิทยา

#### และการบริหารจัดการคลังยาต้านไวรัสเอดส์

การให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ HIV / AIDS

- ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ARV
- การประเมินประสิทธิภาพของการใช้ยา ARV
- การประเมินความปลอดภัย ของการใช้ยา ARV
- การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
- ยา ARV ในกลุ่มต่าง ๆ ( คุณสมบัติ ขนาดที่ใช้ ความดีในการให้ยา อาการข้างเคียง ปฏิกริยาระหว่างยา ผลของยาที่มีต่ออาหาร การปรับขนาดของยาตามสภาวะการทำงานของไต

### ด้านเภสัชวิทยา

#### และการบริหารจัดการคลังยาต้านไวรัสเอดส์

การบริหารจัดการคลังยาต้านไวรัสเอดส์

1. การบริหารจัดการคลังยาด้วยระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์
2. การรายงาน ยคงคลังและการเบิก-จ่ายด้วยแบบฟอร์ม ATC 3
3. การกระจายยาในโครงการ ไปยัง สตร. และ รพ. ที่เข้าร่วมในโครงการ เป็นระบบ ตรวจสอบได้ และยึดหลักการ FEFO (First expire first out)
4. การเก็บรักษา ยา ARV ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
5. การส่งคืนหรือแลกเปลี่ยนของยาใกล้หมดอายุ เป็นระบบ
6. การควบคุมและบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับยา ARV

### การบริหารจัดการคลังยาต้านไวรัสเอดส์ ( ต่อ )

รพ.รายงานขาดคลังและเบิกยาไปที่ สคร.  
สคร.รายงานขาดคลังและเบิกยาไปที่ สอวพ.  
  
สอวพ.จ่ายยาให้ สคร.  
สคร.จ่ายยาให้ รพ.

### การบริหารจัดการคลังยาเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอดส์ ( ต่อ )

#### การแลกเปลี่ยนยาก่อนยาหมดอายุ 6 เดือน

- ก่อนยาหมดอายุ 6.5-7 เดือน รพ. ประสานงานกับ สคร. สคร. รวบรวมรายละเอียดและประสานงานกับ สอวพ. ในการแลกเปลี่ยนยา
- สอวพ. ดำเนินการแลกเปลี่ยนยากับบริษัทตามสัญญาที่ได้กำหนดไว้

### ด้านการให้การปรึกษา

- การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการรับยา ARV อย่างต่อเนื่อง
- แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการกินยา ARV อย่างต่อเนื่อง
- แนวทางการให้การปรึกษา HIV / AIDS ในขั้นตอนต่างๆ ของ โครงการ
- แนวทางการสนับสนุนการติดตามและการช่วยเหลือเพื่อการรับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง
- การบันทึกการให้การปรึกษา

### กระบวนการให้ข้อมูล

#### การสร้างเสริมวิจักษณ์เพื่อตัดล้นใจ

ข้อมูลเกี่ยวกับยา ARV มีสาระเป็นวิชาการที่ซับซ้อนมาก จำเป็นต้องถ่ายทอดสู่ประชาชนด้วยความระมัดระวัง ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน และตระหนักในความหมายอย่างลึกซึ้ง

### กระบวนการให้ข้อมูล ( ต่อ )

#### หลักการ

- กระบวนการถ่ายทอดข้อมูลเหมาะสมจะให้ผู้รับเข้าใจข้อมูลได้ดั่งแท้
- ให้ข้อมูลสมบูรณ์ทั้งผลดีและผลเสีย
- การถ่ายทอดไม่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือ โน้มน้ำความคิดให้เชื่อไปทางใดทางหนึ่ง
- มีกระบวนการสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่ดี

### กระบวนการถ่ายทอดข้อมูล

#### พื้นฐานที่ช่วยในการสร้างกระบวนการถ่ายทอดมีประสิทธิภาพ

- ใช้ภาษาที่ผู้รับสื่อคุ้นเคย
- ถ่ายทอดโดยให้รับฟัง และอ่านควบคู่กัน
- ใช้สื่อบุคคลเป็นหลัก ถ่ายทอดเนื้อหาสาระ โดยมีตัวอย่างจากความเป็นจริงประกอบ
- สร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสาร 2 ทางโดยการสอบถามแลกเปลี่ยนข้อมูล
- ตรวจสอบความเข้าใจโดยให้ผู้รับสื่อเล่าทวนความสาระว่าสมบูรณ์อย่างแท้จริง



## Monitoring

1. เพื่อติดตามการให้บริการทั้ง 5 ด้าน ว่าดำเนินไปตามแนวทางที่กำหนด และมีความก้าวหน้าอย่างไร
2. เพื่อติดตามข้อมูลที่ได้ว่ามีความถูกต้อง สมบูรณ์ และสามารถตรวจสอบได้จากเอกสารต้นฉบับ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงโครงการและให้การสนับสนุนต่อไป

## Monitoring ( ต่อ )

### ทีมงานประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่ของ สคร.
  - แพทย์ และพยาบาล
  - เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา
  - เกสเซอร์
  - เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
3. เจ้าหน้าที่จาก สอวพ.
4. เจ้าหน้าที่ขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

## Monitoring ( ต่อ )

### แนวทางการติดตามกำกับ

1. Structure
2. Process
3. Outcome

## สิ่งสนับสนุน

- ยา ARV ตามที่กำหนด
- น้ำยาตรวจ CD4
- คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน และรหัสจังหวัด , รพ.
- แบบบันทึก ATC1 , แบบฟอร์ม ATC3
- ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- โปรแกรมบันทึกข้อมูล
- งบประมาณการบริหารโครงการ การอบรม ประชุม และการนิเทศ ติดตาม ประชุม

## กิจกรรมการพัฒนาการดูแลรักษา HIV / AIDS ในระดับเขตและระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2546 ( โครงการ ATC )

### ผู้ร่วมดำเนินงาน

- สคร.
- สสจ.
- ผู้แทนจาก รพศ. รพท. รพช.
- ผู้ให้คำปรึกษา
- องค์กรเอกชน
- เครือข่ายผู้ติดเชื้อ

## ประเด็นการพัฒนาการดูแลรักษา HIV / AIDS

1. การพัฒนาแนวทางและการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน ในการติดตามการรักษาผู้ป่วย
  - บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
  - วิธีดำเนินงาน
2. แนวทางการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษา HIV / AIDS ในระดับเขตและจังหวัด

### ประเด็นการพัฒนาการดูแลรักษา HIV/AIDS ( ต่อ )

3. การพัฒนาแนวทางการให้บริการปรึกษา
  - กระบวนการให้ข้อมูลในทุกด้าน
    - กระบวนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ARV และโครงการ
    - แนวทางการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ
    - การสนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วย
  - การให้บริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาการสร้างทีมวิทยากรในด้านต่าง ๆ ในระดับเขตและจังหวัด

### ประเด็นการพัฒนาการดูแลรักษา HIV/AIDS ( ต่อ )

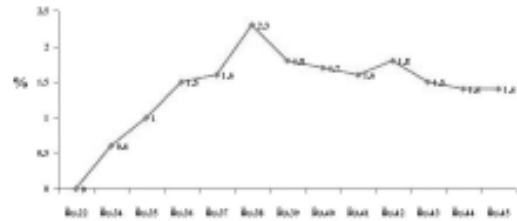
5. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านต่าง ๆ
6. การบริหารจัดการข้อมูลและการพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7. การนิเทศ และการติดตามกำกับ



นโยบายการดำเนินงาน  
การลดการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก  
และการดูแลรักษาหญิงหลังคลอด  
และครอบครัวที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

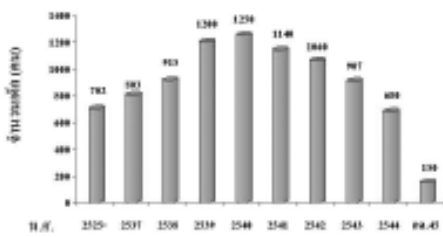
พญ.ศิริพร กัญชนะ  
รองอธิบดีกรมอนามัย  
กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข

ค่ามัธยฐานการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงตั้งครรภ์  
ที่มาฝากครรภ์ จำนวนครรภ์ปี 2533 - 2545



แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข 2545

จำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคเอดส์  
ตามเหตุจากการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2527 - 2545



แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข กรกฎาคม 2545

นโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกัน  
การถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ประเทศไทย

หญิงมีครรภ์ทุกคนจะได้รับการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยความสมัครใจ หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะได้รับยาต้านไวรัส ในระยะตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะได้รับยาต้านไวรัส และจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก รวมทั้งได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันทางต่อเชื้อ เอช ไอ วี

หลังจากนั้นแม่และเด็กเหล่านี้จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกัน  
การถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ประเทศไทย

- ♦ การให้การปรึกษา ก่อนหลังการตรวจเลือดโดยสมัครใจ
- ♦ หญิงตั้งครรภ์ HIV+ve ได้รับยา AZT เริ่ม 34 สัปดาห์
- ♦ ทารกได้รับยา AZT 1 สัปดาห์ ถ้าแม่ได้ AZT > 4 สัปดาห์
- ♦ ทารกได้รับยา AZT 6 สัปดาห์ ถ้าแม่ได้ AZT < 4 สัปดาห์

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกัน  
การถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ประเทศไทย

- ♦ ทารกจากแม่ HIV +ve จะได้รับนมผง และตรวจเลือดเมื่ออายุ 12 เดือน ถ้าผลเลือดบวก ตรวจซ้ำเมื่ออายุ 18 เดือน
- ♦ แม่และเด็กเหล่านี้ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

## ผลการดำเนินงานโครงการ AZT

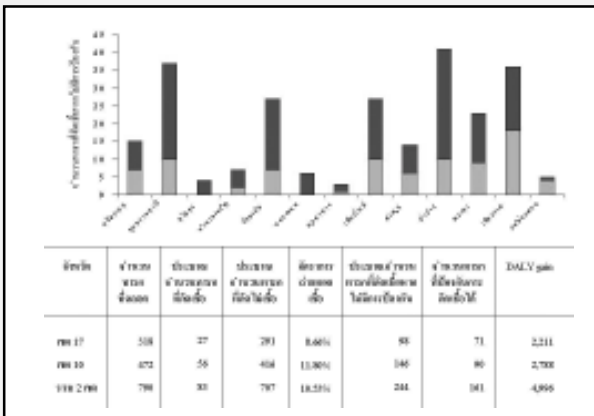
( ตุลาคม 2543 - กันยายน 2544 )

จำนวนหญิงที่มาตลอด :	635,060 ราย
- มีการฝากครรภ์	613,032 (96.5%)
- ทราบผลเลือด HIV	573,343 (93.5%)
- ผลเลือด HIV บวก	6,469 (1.1%)
- รับประทาน AZT	5,008 (77.4%)

## ผลการดำเนินงานโครงการ AZT

( ตุลาคม 2544 - กันยายน 2545 )

จำนวนหญิงที่มาตลอด :	639,208 ราย
- มีการฝากครรภ์	620,375 (97.1%)
- ทราบผลเลือด HIV	613,570 (96.0%)
- ผลเลือด HIV บวก	7,148 (1.2%)
- รับประทาน AZT	5,447 (76.2%)



### ผลจากการดำเนินงาน การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ปี 2544

จำนวนการคลอดต่อปี	635,060 ราย
อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์	- 1.1%
เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ	6,986 ราย

#### จำนวนของเด็กที่ติดเชื้อ

• ถ้าไม่มีการป้องกัน อัตราการติดเชื้อ - 30%	2,096 ราย
• ถ้ามีการป้องกัน อัตราการติดเชื้อ - 8%	559 ราย
77.4% มารดาได้รับยา AZT จะติดเชื้อ	966 ราย

เด็กที่ได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อปี 2544 1,190 ราย

### ผลจากการดำเนินงาน การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ปี 2545

จำนวนการคลอดต่อปี	639,208 ราย
อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์	- 1.2%
เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ	7,671 ราย

#### จำนวนของเด็กที่ติดเชื้อ

• ถ้าไม่มีการป้องกัน อัตราการติดเชื้อ - 30%	2,301 ราย
• ถ้ามีการป้องกัน อัตราการติดเชื้อ - 8%	614 ราย
76.2% มารดาได้รับยา AZT จะติดเชื้อ	1,016 ราย

เด็กที่ได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อต่อปี 1,2850 ราย

## โครงการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

## โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

วัตถุประสงค์ :

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล รักษา การให้คำปรึกษา  
และการส่งต่อ หญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี  
โดยทางสถานและปรับปรุงการให้บริการที่มีอยู่ในชื่อฉบับ  
ใหม่ประสิทธิภาพ

ปี 2544-45

## โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

พื้นที่เป้าหมาย : 4 จังหวัด ประกอบด้วย

- อุตรดิตถ์
- สุพรรณบุรี
- ลำปาง
- ฉะเชิงเทรา

## โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

เป้าหมายปี 2546 :

ทุกจังหวัดในเขต 6, 7, 10 และเขต 12  
อย่างน้อย 1 จังหวัด จากเขต 1,2,3,4,5,8,11

## โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

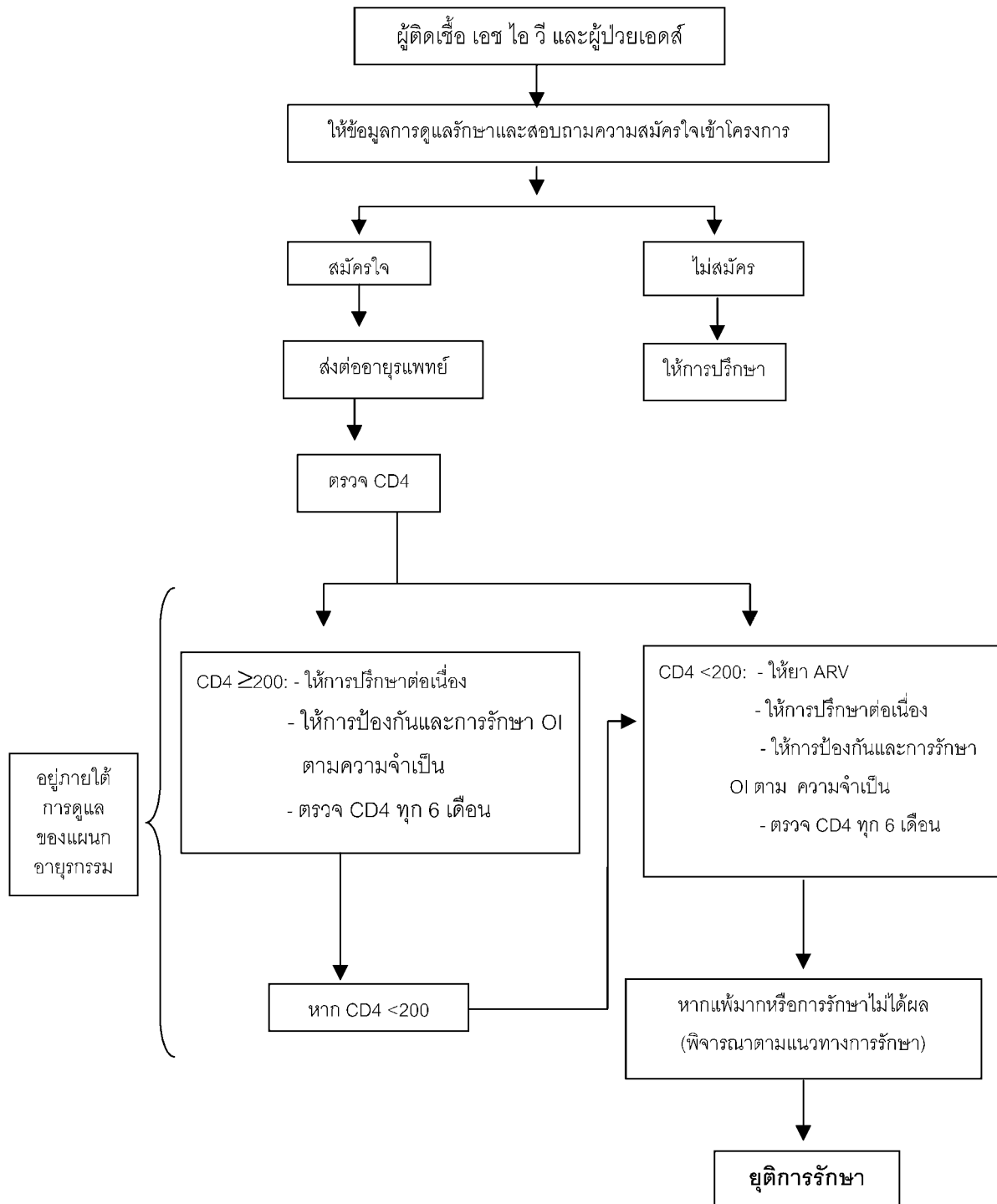
เป้าหมายปี 2547 :

ทุกจังหวัด



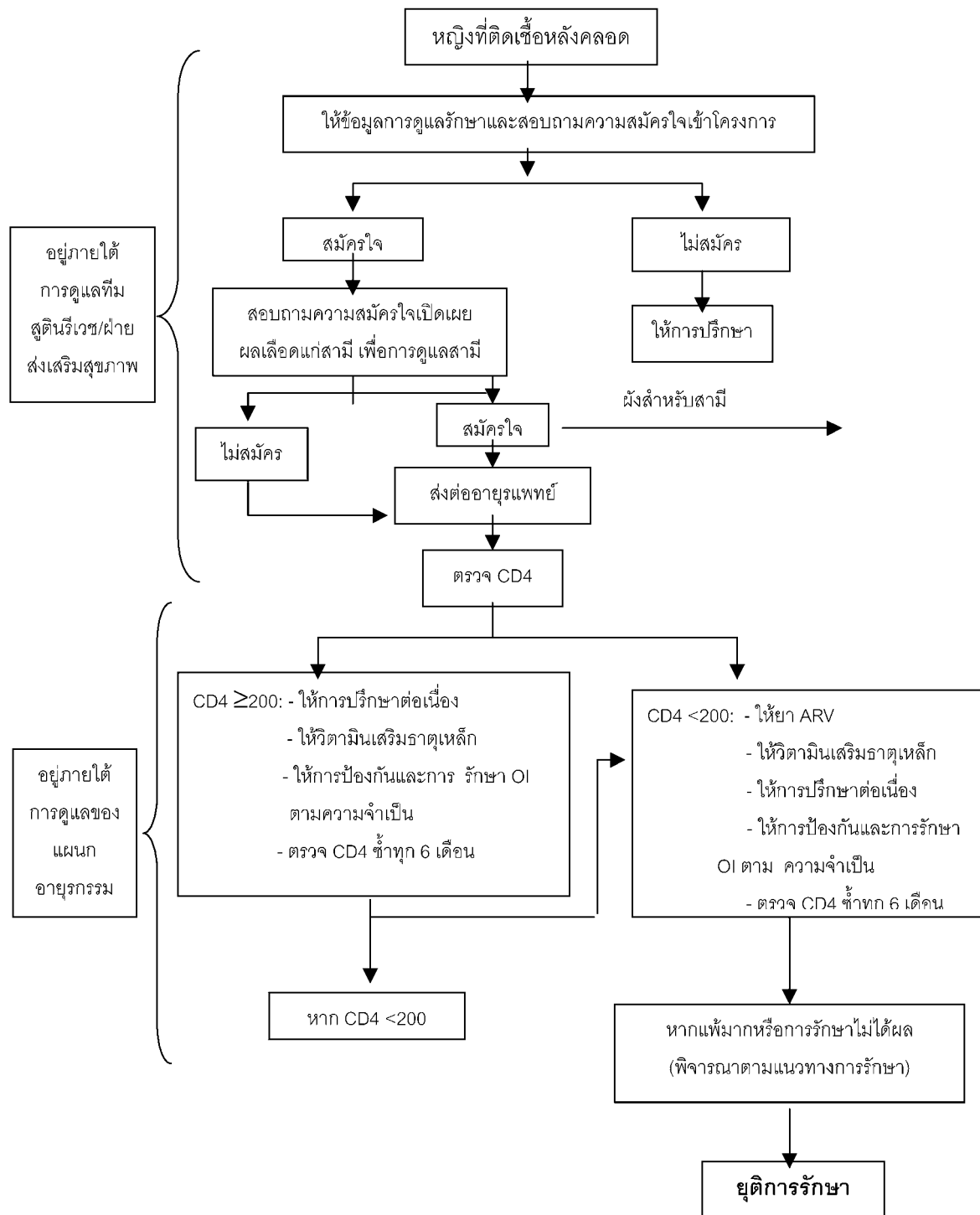
FIGHT  
AIDS

## ผังการดำเนินงานโครงการดูแล ACCESS TO CARE

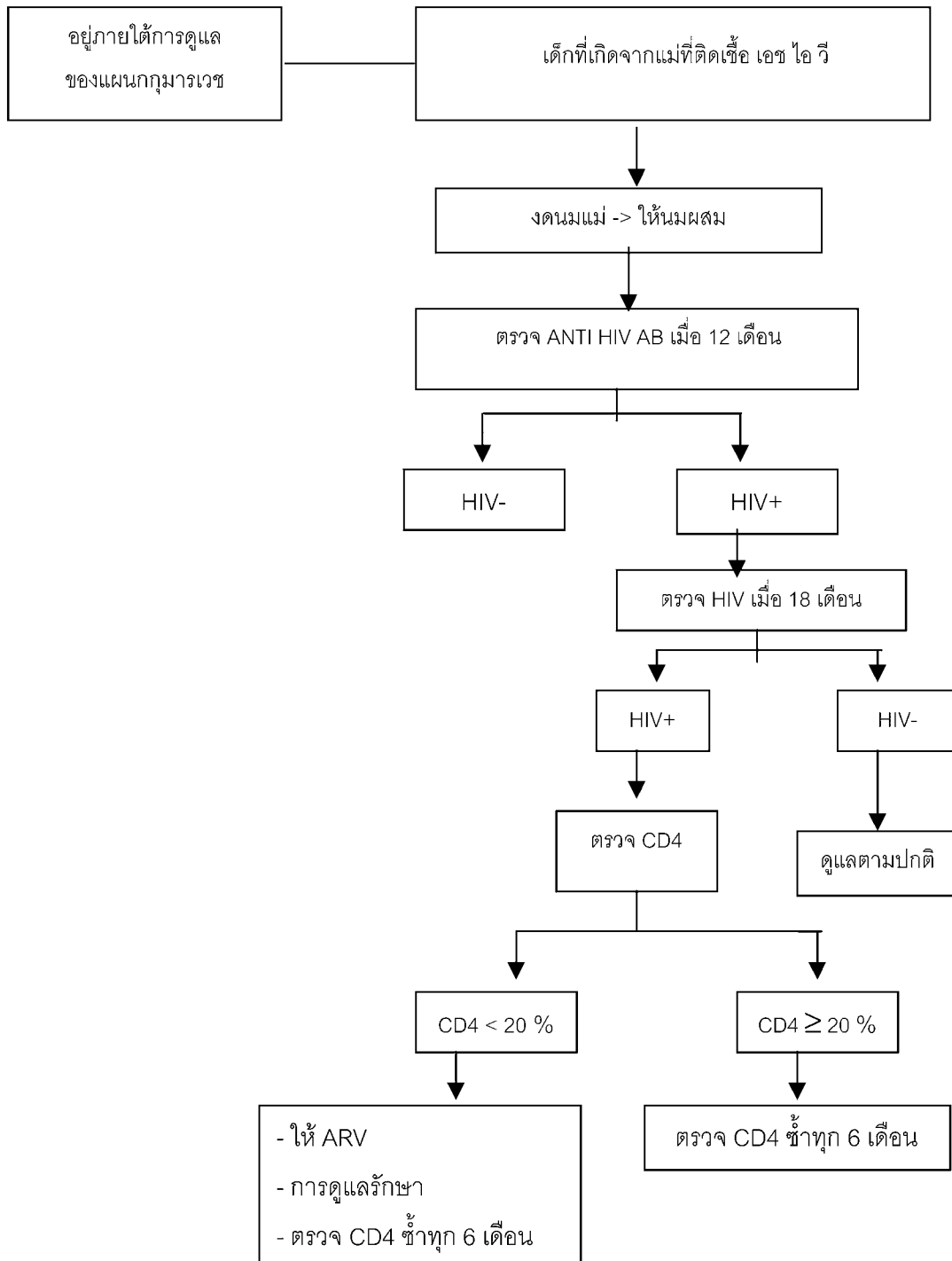




## ผังการดำเนินโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับหญิงติดเชื้อหลังคลอด

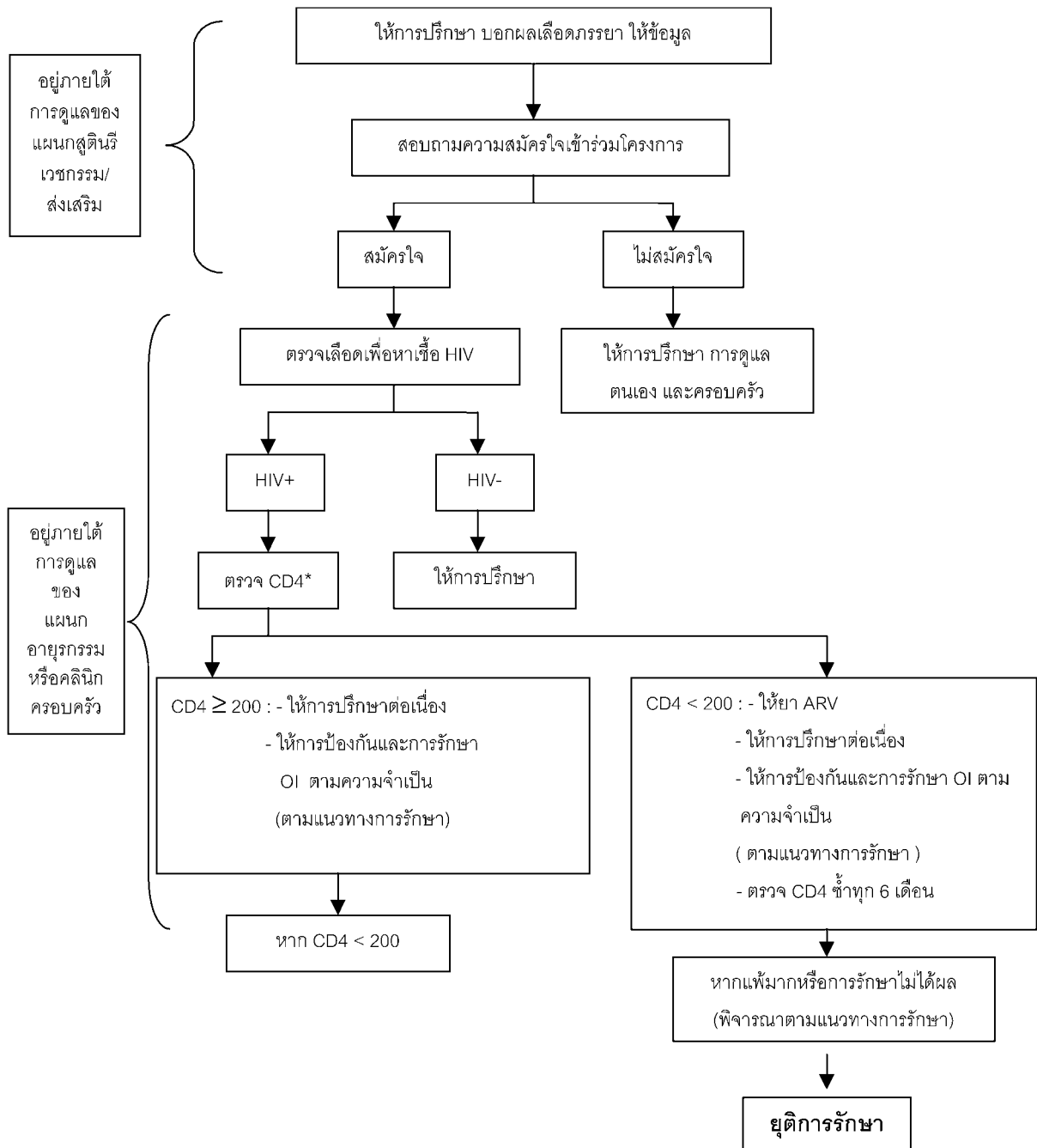


## ผังการดำเนินโครงการหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี



หมายเหตุ : สำหรับเด็กที่มีอาการจะได้รับการดูแลรักษาให้ยา ARV โดยไม่ต้องใช้ผล CD4

## ผังการดำเนินโครงการหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับสามี (ของหญิงติดเชื้อ)



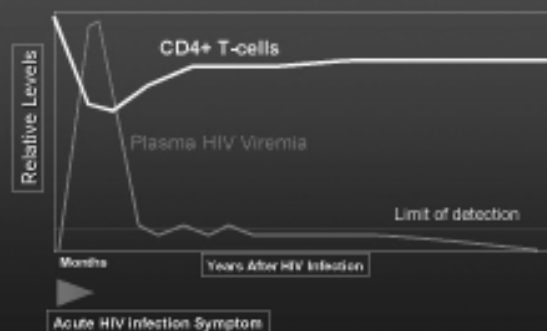
\* กรณีเป็นสามีของหญิงที่เข้าโครงการตั้งแต่ตั้งครรภ์ ตรวจ CD4 พร้อมภรรยา เมื่อตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

\* กรณีเป็นสามีของหญิงที่เข้าโครงการ หลังจากการตรวจ 6 สัปดาห์ ตรวจเมื่อพร้อมเข้าโครงการ

## HIV/AIDS 2002: Treatment failure: Definition, Prevention, and Management

Somnuek Sungkanuparph, M.D.  
Division of Infectious Diseases,  
Department of Medicine,  
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

### Currently Ultimate Goal of HAART



### Criteria of Treatment Failure

- **Virological failure**
  - Failure to be undetectable viral load after Rx for 4-8 m.
  - Rebound of viral load after achieve undetectable level
- **Immunological failure**
  - Decline of CD4
- **Clinical failure**
  - Occurrence of AIDS defining illness



### Criteria of Treatment Failure and Disease Progression



### เมื่อการรักษาไม่ได้ผล

- ข้อบ่งชี้
  - Clinical failure: เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ (ยกเว้นวัณโรคปอด) หรือกลับเป็นซ้ำหลังกินยาต้านไวรัสมานานกว่า 6 เดือน ร่วมกับหรือ
  - CD4 ลดลง 30% จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้ง ติดต่อกัน (ทั้งนี้ให้ดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ % CD4 ร่วมด้วย)



### Causes of Treatment Failure

- Poor adherence
- Insufficient potency
- Advanced disease
- Toxicity or adverse events
- Poor pharmacokinetics
- Pre-existing mutations
- Drug resistance

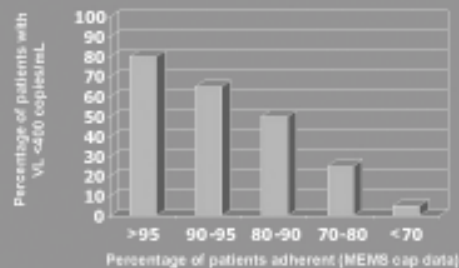


### Causes of Treatment Failure

- Poor adherence
- Insufficient potency
- Advanced disease
- Toxicity or adverse events
- Poor pharmacokinetics
- Pre-existing mutations
- Drug resistance



### Correlation between optimal therapeutic response and adherence to HIV therapy



\* As measured by the Medication Event Monitoring System (MEMS)

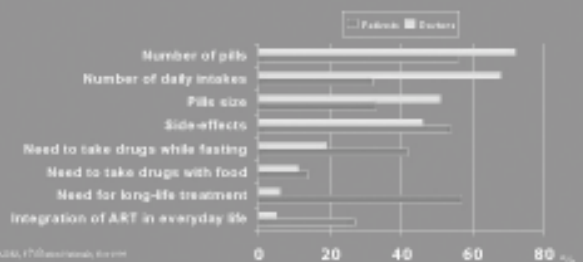
Paterson, 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 1998

### Antiretroviral Drug Regimen is an Unforgivable Drug Regimen



### Patients and Doctors Perspectives on the Difficulties of Adhering to Medications

National survey (1999) : 1888 patients, 138 AIDS physicians



### การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย

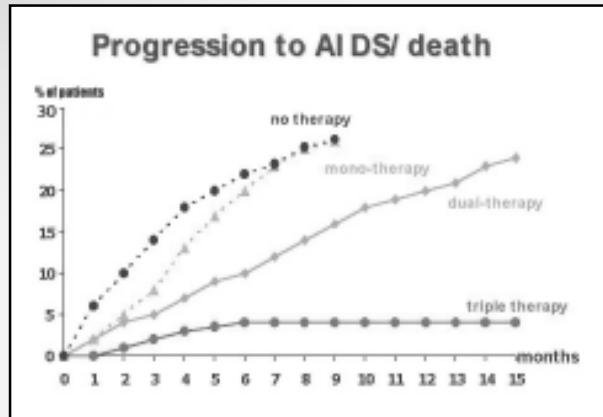
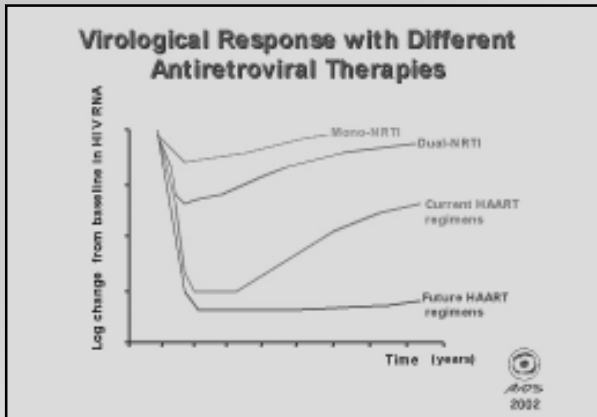
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส
- เน้นว่าการกินยาต้านไวรัสไม่ใช่ทำให้อาการหายขาด ต้องกินยาตลอดไป
- เน้นว่าการกินยาไม่ถูกต้องทั้งขนาด ความถี่ หรือกิน ๑ หลอด ๑ ข้างทำให้เชื้อดื้อยาได้
- เน้นว่าการตอบสนองต่อยาจะดีที่สุดเมื่อในสูตรแรก
- อธิบายผลข้างเคียงของยา และเน้นว่าต้องปรึกษาแพทย์เสมอ ไม่ควรหยุดกินหรือปรับขนาดยาเอง



### Causes of Treatment Failure

- Poor adherence
- Insufficient potency
- Advanced disease
- Toxicity or adverse events
- Poor pharmacokinetics
- Pre-existing mutations
- Drug resistance





### HAART Regimens: Strongly recommended

One choice each from Column A and B

<b>Column A</b>	<b>Column B</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EFV</li> <li>• IDV</li> <li>• NFV</li> <li>• RTV + SQV (SGC or HGC)</li> <li>• LPV/r**</li> <li>• RTV + IDV***</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• d4T + 3TC</li> <li>• d4T + ddI</li> <li>• AZT + 3TC</li> <li>• AZT + ddI</li> <li>• ddI + 3TC</li> </ul>

\* SQV-SGC, soft-gel capsule (Fortovase); SQV-HGC, hard-gel capsule (Invirase)  
 \*\* Co-formulated as Kaletra  
 \*\*\* Based largely on expert opinion

### HAART Regimens: Alternatives

One choice each from Column A and B

<b>Column A</b>	<b>Column B</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abacavir</li> <li>Amprénavir</li> <li>Delavirdine</li> <li>Nelfinavir + Saquinavir-SGC</li> <li>Nevirapine</li> <li>Ritonavir</li> <li>Saquinavir-SGC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AZT + ddC</li> </ul>

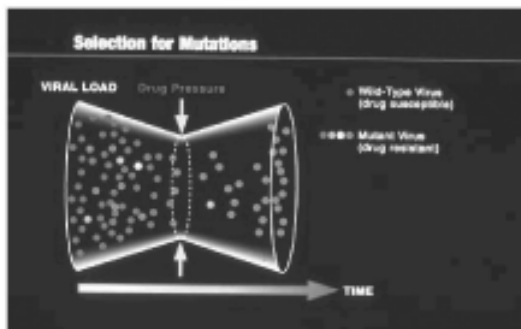
AIDS 2002



- ### Causes of Treatment Failure
- Poor adherence
  - Insufficient potency
  - Advanced disease
  - Toxicity or adverse events
  - Poor pharmacokinetics
  - Pre-existing mutations
  - Drug resistance
- AIDS 2002



## HIV Drug resistance



## เมื่อการรักษาไม่ได้ผล

- เมื่อรักษาไม่ได้ผลจากสาเหตุแรก
  - ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ปรึกษาของกองโรคเอดส์
  - เมื่อพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาในผู้ป่วยที่รักษาแล้วไม่ได้ผล การตรวจ viral load เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อติดตามผลการรักษา



## Management of Treatment Failures

- Differs based on prior treatment experience
- Distinguish first failure from multiple failures
- First and second treatment failure,
  - the objective is to achieve undetectable viral load,
  - it may be beneficial to test for viral resistance.
- Multiple treatment failures,
  - the objective is to prevent life-threatening immunodeficiency.



## What therapies should be used next?

- A simple algorithm for second-line therapy (salvage therapy) is not possible.
- Modifying therapy is complicated and depends largely on
  - the goal of therapy and
  - the options remaining available to the individual patient.



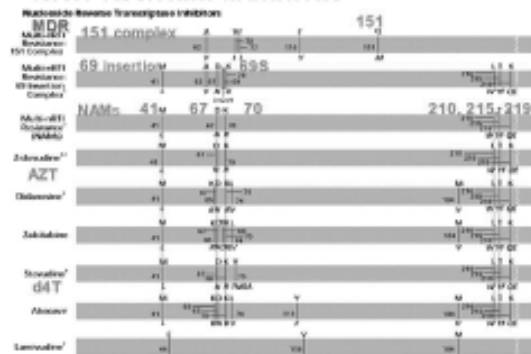
## Standard of care: Principles

### When no resistance testing available

- Reasons for failure of the current regimen should be established.
- Cross-resistance is common for each class of ARV.
- Once the decision is made to switch therapy, all drugs should be switched simultaneously.
- Once the decision is made to switch therapy, the switch should occur as soon as possible.



## NRTI Resistant Mutations





### Factors needed for the success of antiretroviral therapy

- Good Drugs
- Reasonable Price
- Good Patients
  - Willing to be treated
  - Good compliance
- Good Doctors
  - Time available
  - Willing to treat
  - Good knowledge
- Good Patient-Doctor Relationship



### Virological Effect of Potent Antiretroviral Therapy

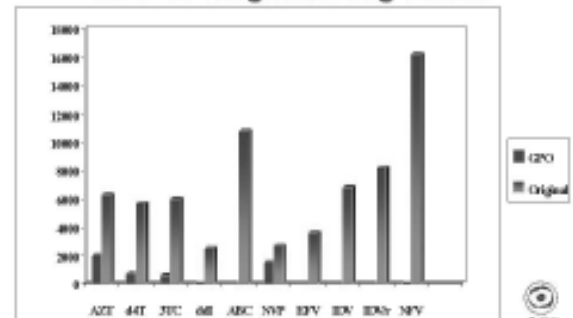


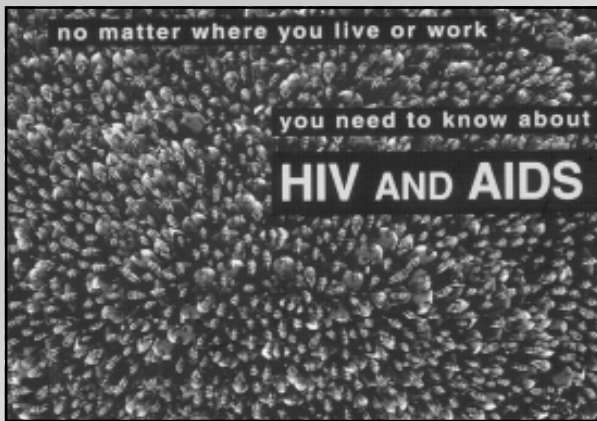
### Future Problems

- Induction of resistant HIV due to
  - Self-treated
  - Non-med. personnel treatment
  - Insufficient knowledge and experience
- Transmission of resistant HIV
- Increase prevalence of lactic acidosis and lipodystrophy
- Diagnosis and management of short and long term adverse events
- Unaffordable second line therapy and salvage regimens



### GPO vs Original Drug Prices

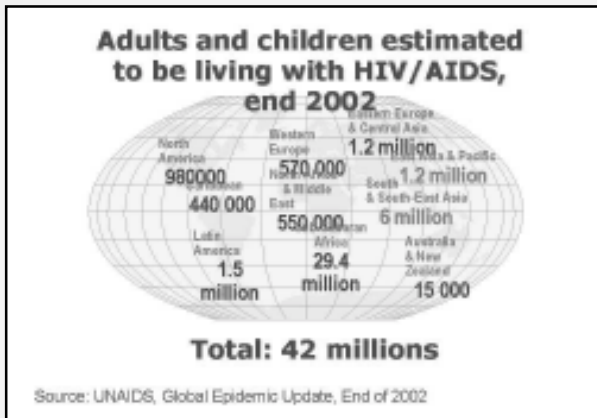




## Care of HIV-Infected Mothers

Clinical Care, ARV Treatment and OI Prophylaxis

Somnuek Sungkanuparph, M.D.  
 Division of Infectious Diseases,  
 Department of Medicine,  
 Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital  
 Mahidol University

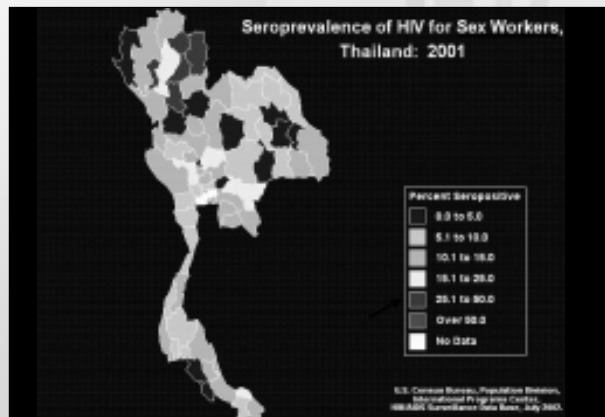
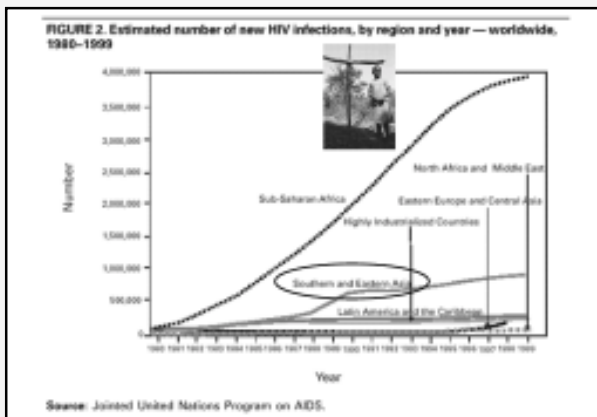


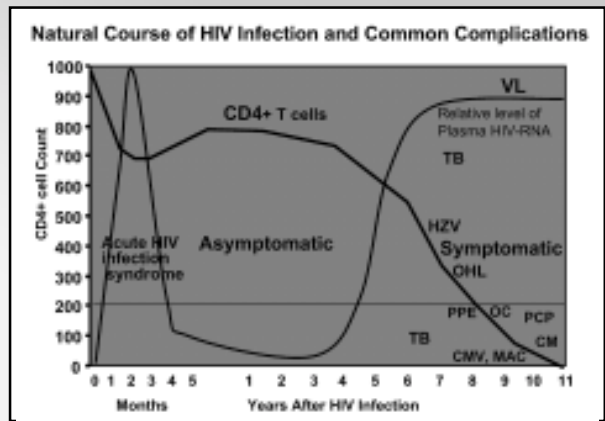
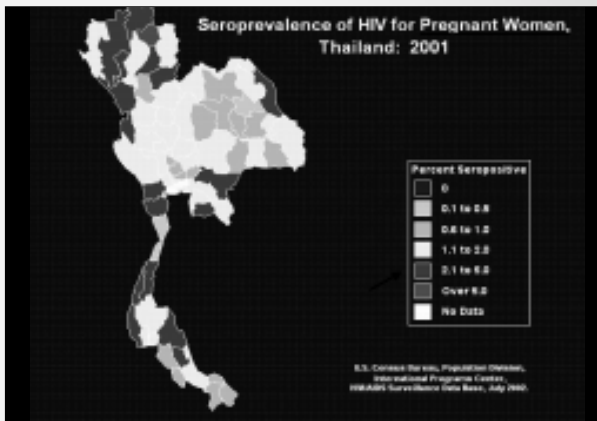
## DEATH STALKS A CONTINENT

Photographs for TIME  
 by James Nachtwey/Magnum

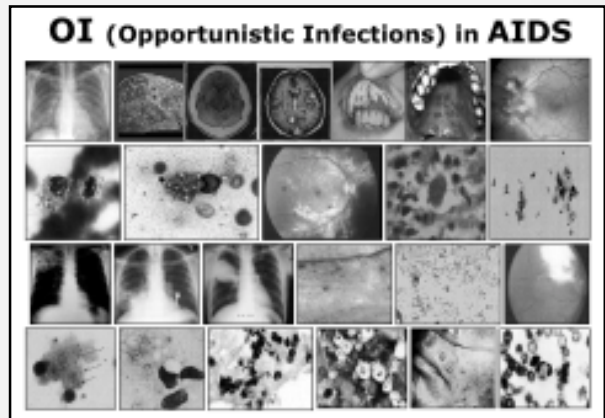
This is a story about AIDS in Africa. Look at the pictures. Read the words. And then try not to care.

ENTER



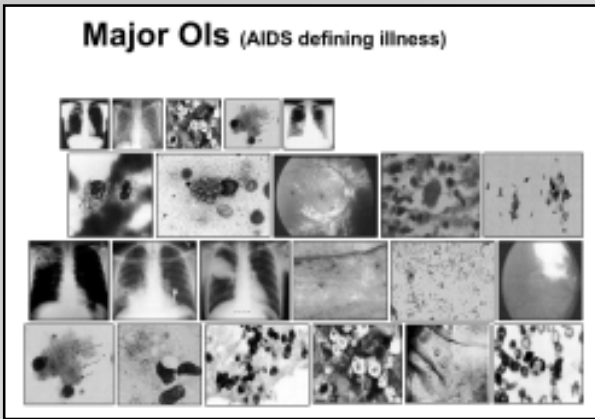


**Facing the Era of Opportunistic Infections and High Morbidity & Mortality**



- Common Mucocutaneous Manifestations in adult Thai HIV-infected patients**
- Pruritic papular eruption (PPE)      54%\*
  - Thinning of hair      29%\*
  - Seborrheic dermatitis      28%
  - Oral hairy leukoplakia (OHL)      26%\*
  - Oral candidiasis (OC)      23%\*
  - Dry skin      23%\*
  - Herpes simplex infection      14%\*
  - Eosinophilic folliculitis (EF)      14%\*





### AIDS defining illness in Thailand

Cases reported to MOPH 1984 - 1999

	Cases	%
1. Tuberculosis (Pulmonary or extrapulmonary)	42,182	27.4
2. <i>P. carinii</i> pneumonia	32,132	19.5
3. Cryptococcosis	25,815	16.7
4. Invasive candidiasis	8,131	5.3
5. Recurrent bacterial pneumonia	5,629	3.7

Source: <http://www.moph.go.th/opsiepi/aidshtml/indexaids.htm>

### Prevalence of AIDS defining illness: Thailand 1987 - 1996

AIDS defining illness	Chiangmai 1987-1992 n = 307	Bamras 1987-1992 n = 241	Rama 1990-1994 n = 235	Siriraj 1993-1996 n = 817
Tuberculosis	31.3	50.2	40.9	33
Cryptococcosis	24.1	17.0	23.3	26
<i>P. carinii</i> Pneumonia	13.4	16.6	14.3	18
Toxoplasmosis	7.5	1.6	6.2	3.5
Penicilliosis	16.0	3.7	1.9	1.7

### Consequences of OI

- Decreased host immunity
- Increased morbidity
- Increased hospitalization & costs
- Increased mortality

### Management of OI

- Prevention of exposure
- Prevention of disease (1° prophylaxis)
- Treatment
- Prevention of recurrence (2° prophylaxis)

### PCP (*Pneumocystis carinii* pneumonia)

### PCP (*Pneumocystis carinii* pneumonia)

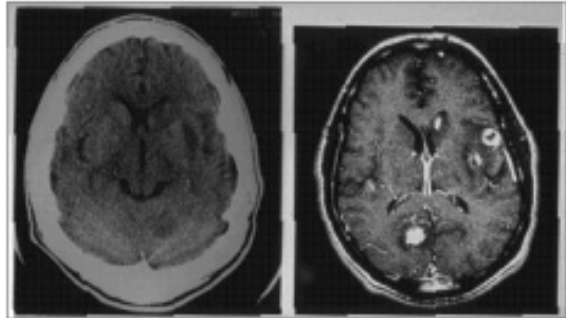
#### • Prevention of disease (1° prophylaxis)

Initiation of Primary Prophylaxis

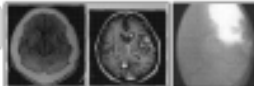
- CD4+ < 200/ $\mu$ L
- Oropharyngeal candidiasis
- CD4+ < 14%
- When monitoring the CD4+ count at least q 3 m. is not possible, at CD4+ 200 - 250/ $\mu$ L
- TMP-SMZ is the recommended agent  
1-2 tab OD



### Toxoplasmosis



### Toxoplasmosis

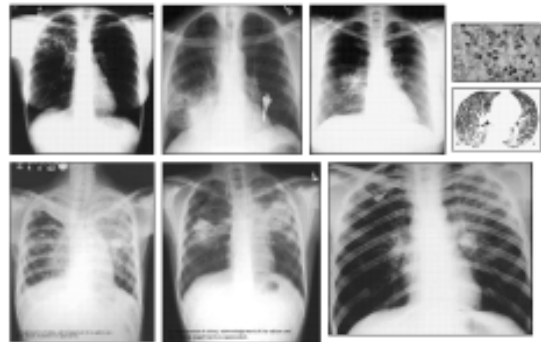


#### • Prevention of Exposure

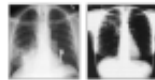
- not to eat raw or undercooked meat, particularly undercooked pork, lamb, or venison
- wash fruits and vegetables well before eating them raw
- Prevention of Disease (1° prophylaxis)
- TMP-SMZ is the recommended agent  
2 tab OD

### Tuberculosis

A variety of pulmonary tuberculosis

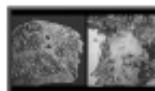


### Tuberculosis



#### • Prevention of Exposure

- Advise that certain activities & occupations might increase exposure to tuberculosis (volunteer work or employment in health-care facilities, correctional institutions, and shelters for the homeless)
- Prevention of Disease (1° prophylaxis)
- ? Thailand



### Prevalence of drug-resistant tuberculosis

in an HIV endemic area in northern Thailand, 1996-1998.

1077 patients without previous history of treatment

Resistance to:	Isoniazid	13.2%
	Rifampicin	10.8%
	Streptomycin	15.6%
	Ethambutol	5.8%
	MDR	6.3%

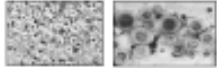


Factors associated with primary MDR-TB:

- HIV positivity (OR 2.2, 95%CI 1.3-3.9)
- age <50 years (OR 2.0)
- treatment in the provincial hospital (OR 2.3)

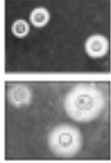
*Int J Tuberc Lung Dis* 2001; Jan;5(1):32-9



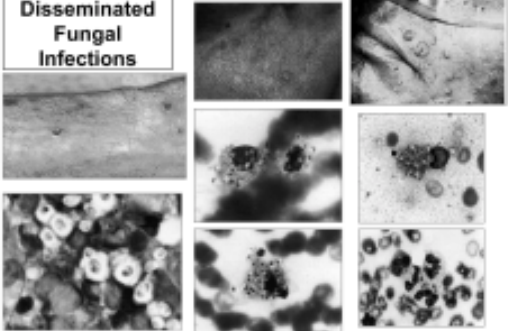
**Cryptococcosis** 

- The most common life-threatening fungal infection
- 18.5% in Thailand, the 3<sup>rd</sup> most common OI\*
- Clinical Features of Cryptococcal Meningitis: headache, fever, stiffness of neck
- Cryptococcal Ag titer is useful for diagnosis
- CSF Findings:
 

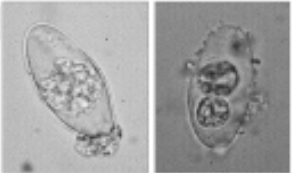
- Open pressure	usually high
- Cell counts	mild pleocytosis
- India ink	positive ~ 75%
- Crypto Ag	positive ~ 99%



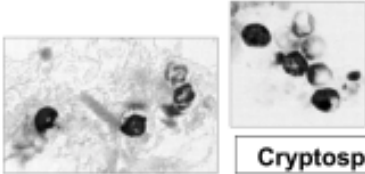
**Disseminated Fungal Infections**



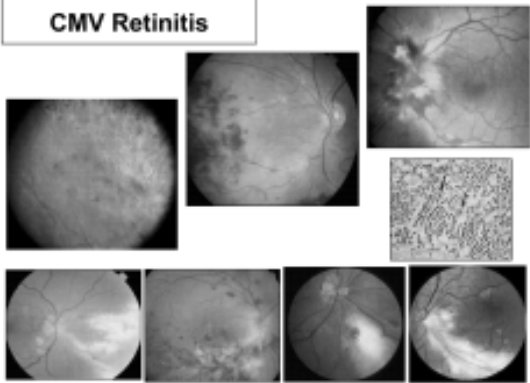
**Cryptococcosis**      **Histoplasmosis**      **Penicilliosis**

**Isospora belli** 

**Chronic Diarrhea**

**Cryptosporidiosis** 

**CMV Retinitis**



**Use Condom**

Prevent exposures to

- HIV
- HBV
- HCV
- HSV 1,2
- CMV
- HSV 8
- HPV
- ...,etc.

**If not use condom**

Exposures may increase the possibility of...

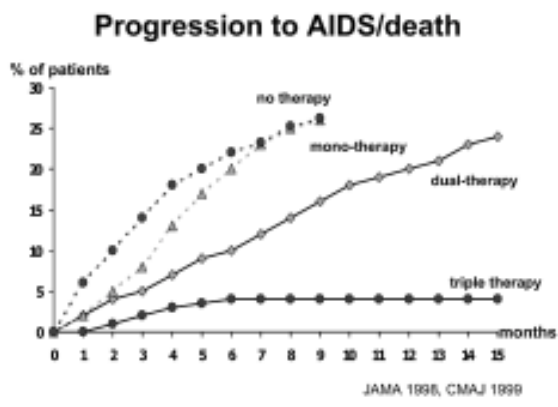
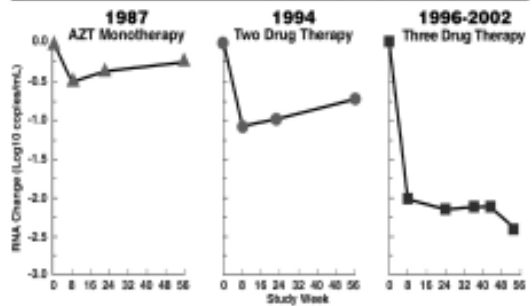
- HIV      resistant strain
- HBV      co-infection HIV-HBV
- HCV      co-infection HIV-HCV
- HSV 1,2      multiple episodes of HSV
- CMV      CMV retinitis
- HSV 8      Kaposi sarcoma
- HPV      condyloma accuminata
- ...,etc.

↓

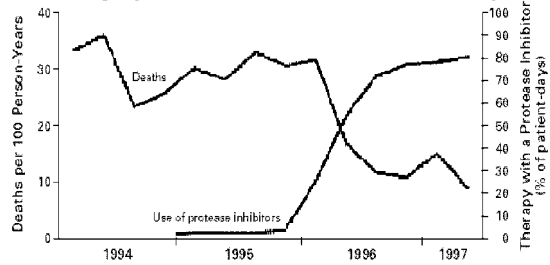
**Increase morbidity and mortality**

## Approach the Era of Antiretroviral Therapy Better Survival and Quality of Life

### Evolution of Treatment Strategies for HIV Disease

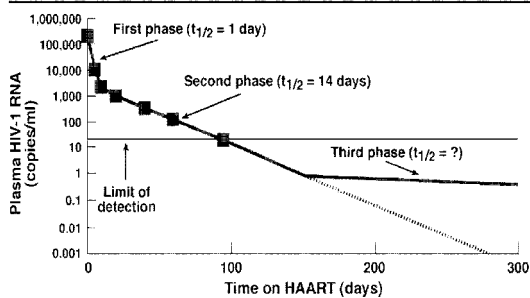


### HAART Highly Active Anti-Retroviral Therapy



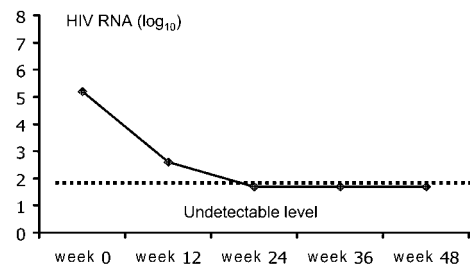
Source: Palella et al., New England journal of medicine 1998;338(13):856

### Hypothetical Decay Curve for Plasma Virus Levels in a Patient Treated with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)

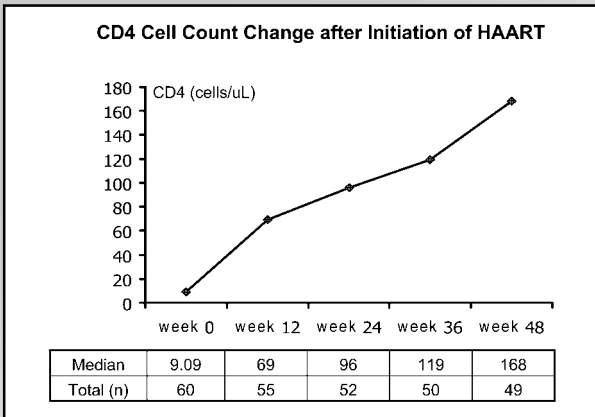


Source: Finzi, D. & Siliciano, R.F. Cell 89:685-671, 1998.

### log<sub>10</sub> HIV-1 RNA Change after Initiation of HAART



Median	5.205	2.6	<1.7	<1.7	<1.7
Total (n)	60	55	52	50	49



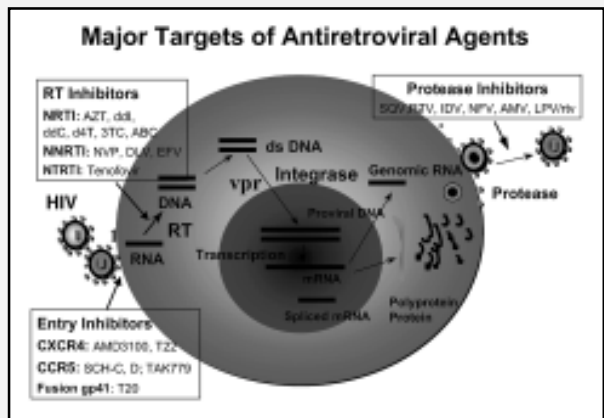
### IAS-USA Treatment Guidelines 2001

**Table 1. Recommendations for Initiating Therapy in Treatment-Naive Individuals\***

Disease Type	Recommendation
Symptomatic HIV disease	Treatment recommended
Asymptomatic HIV disease, <200 CD4 cells/ $\mu$ L	Treatment recommended
Asymptomatic HIV disease, >200 CD4 cells/ $\mu$ L	Treatment decision should be individualized; recommendations are based on: CD4 cell count and rate of decline† HIV RNA level in the plasma‡ Patient interest in and potential to adhere to therapy Individual risks of toxicity and drug-drug pharmacokinetic interaction

\*HIV indicates human immunodeficiency virus.  
 †Some clinicians and guidelines use a CD4 count threshold of 350 cells/ $\mu$ L to initiate therapy; a high rate of CD4 cell count decline is >100 cells/ $\mu$ L per annum.  
 ‡A high HIV RNA level is above 50,000-100,000 copies/mL.† The frequency of CD4 cell measurements before therapy is initiated may be guided by the plasma HIV RNA level.

- ### National Thai Guidelines 2001
- #### Indication for initiation of HAART
- Symptomatic HIV infection
  - Asymptomatic HIV infection with CD4  $\leq$  200 cells/mm<sup>3</sup>



### Antiretroviral Drugs Currently Available

<b>Nucleoside Analogs (NRTIs)</b>		
AZT or ZDV	zidovudine	
ddI	didanosine	
ddC	zalcitabine	
d4T	stavudine	
3TC	lamivudine	
ABC	abacavir	
AZT/3TC fixed dose		
zidovudine/lamivudine fixed dose		
<b>Non-nucleoside Analogs (NNRTIs)</b>		
NVP	nevirapine	
DLV	delavirdine	
EFV	efavirenz	
<b>Nucleoside Analogs (ntRTIs)</b>		
TDF	tenofovir disoproxil	
<b>Protease Inhibitors (PIs)</b>		
SQV (SQV SGC)	saquinavir (soft gel caps)	
SQV (SQV HGC)	saquinavir (hard gelatin caps)	
IDV	indinavir	
RTV	ritonavir	
NFV	nelfinavir	
APV	amprenavir	
LPV	lopinavir (w/ritonavir)	
<b>Fusion/Binding Inhibitors</b>		
T-20/pentafuside		

### Antiretroviral Drugs Currently Available in Thailand

<b>Nucleoside Analogs (NRTIs)</b>		
AZT or ZDV	zidovudine	
ddI	didanosine	
ddC	zalcitabine	
d4T	stavudine	
3TC	lamivudine	
ABC	abacavir	
AZT/3TC fixed dose		
zidovudine/lamivudine fixed dose		
<b>Non-nucleoside Analogs (NNRTIs)</b>		
NVP	nevirapine	
DLV	delavirdine	
EFV	efavirenz	
<b>Nucleoside Analogs (ntRTIs)</b>		
TDF	tenofovir disoproxil	
<b>Protease Inhibitors (PIs)</b>		
SQV (SQV SGC)	saquinavir (soft gel caps)	
SQV (SQV HGC)	saquinavir (hard gelatin caps)	
IDV	indinavir	
RTV	ritonavir	
NFV	nelfinavir	
APV	amprenavir	
LPV	lopinavir (w/ritonavir)	
<b>Fusion/Binding Inhibitors</b>		
T-20/pentafuside		

### HAART Regimens: Strongly recommended

One choice each from Column A and B

#### Column A

- EFV
- IDV
- NFV
- RTV + SQV (SGC or HGC)
- LPV/r\*\*
- RTV + IDV\*\*\*

#### Column B

- d4T + 3TC
- d4T + ddI
- AZT + 3TC
- AZT + ddI
- ddI + 3TC

\* SQV-SGC, soft-gel capsule (Fortovase); SQV-HGC, hard-gel capsule (Invirase)

\*\* Co-formulated as Kaletra

\*\*\* Based largely on expert opinion

### HAART Regimens: Alternatives

One choice each from Column A and B

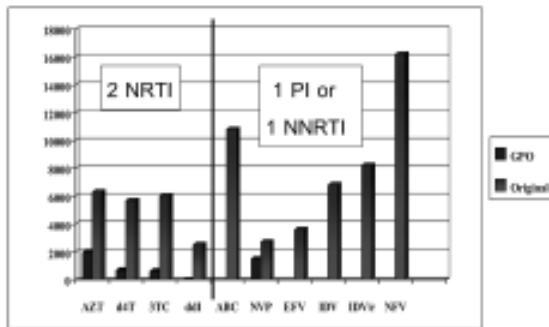
#### Column A

- Abacavir
- Amprenavir
- Delavirdine
- Nelfinavir + Saquinavir-SGC
- Nevirapine
- Ritonavir
- Saquinavir-SGC

#### Column B

- AZT + ddC

### GPO vs Original Drug Prices



### GPO Products



### Simple and affordable regimen for the majority of Thai patients



GPOvir (30)	GPOvir (40)
d4T (30)	d4T (40)
3TC (150)	3TC (150)
NVP (200)	NVP (200)
<60 kg	≥60 kg
1 tab q 12 hr	

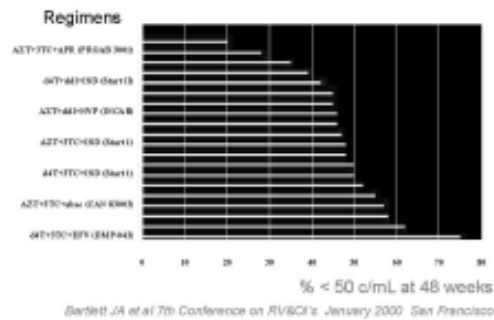
**Confront the Future  
Access to Care for All ??  
Durability??!!**

### Strategies to expand access to ARV

#### Rational and affordable ART

- Rational selection and use of ARV
- Drug Price Negotiation, Bulk purchasing
- Generic drug production
- In-house technique development for laboratory tests

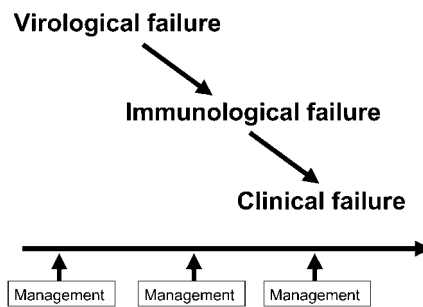
### Percent of Patients with Plasma HIV-1 RNA $\leq$ 50 c/mL at 48 weeks (ITT analysis)



### Criteria of Treatment Failure

- **Virological failure**
  - Failure to be undetectable viral load after Rx for 4-6 m.
  - Rebound of viral load after achieve undetectable level
- **Immunological failure**
  - Decline of CD4
- **Clinical failure**
  - Occurrence of AIDS defining illness

### Criteria of Treatment Failure and Disease Progression



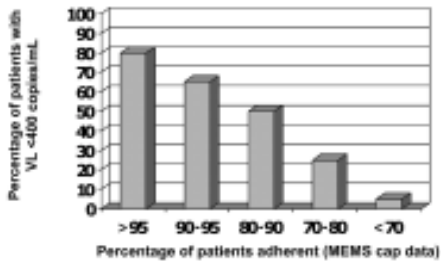
### Causes of Treatment Failure

- Poor adherence
- Insufficient potency
- Advanced disease
- Toxicity or adverse events
- Poor pharmacokinetics
- Pre-existing mutations
- Drug resistance

### Causes of Treatment Failure

- **Poor adherence**
- Insufficient potency
- Advanced disease
- Toxicity or adverse events
- Poor pharmacokinetics
- Pre-existing mutations
- Drug resistance

### Correlation between optimal therapeutic response and adherence to HIV therapy



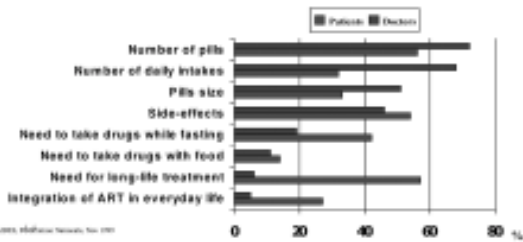
\* As measured by the Medication Event Monitoring System (MEMS)

Paterson, 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago 1999

## Antiretroviral Drug Regimen is an Unforgivable Drug Regimen

### Patients and Doctors Perspectives on the Difficulties of Adhering to Medications

National survey (1998) | 1000 patients, 128 AIDS physicians



AIDS Medicine News, Nov 1999

Raff, F. 2nd International HIV/AIDS Colloquium, Guadalajara, Mexico, May 15-18, 2000.

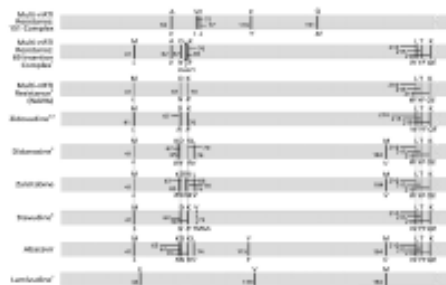


### Success Rate of HAART in Different Situation

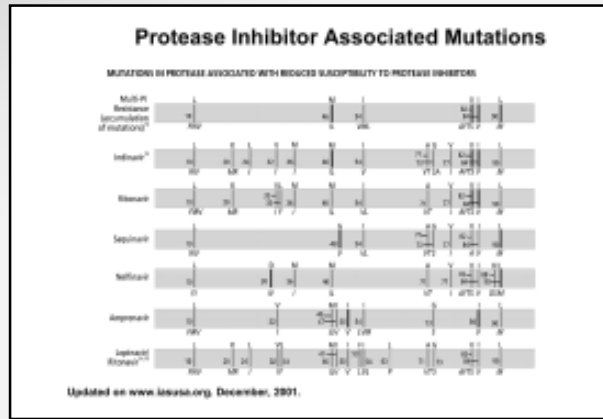
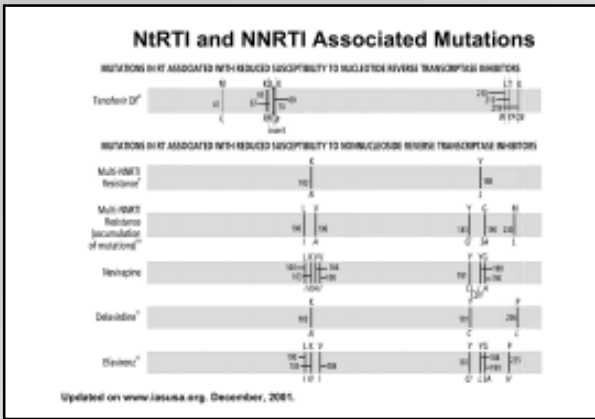


### NRTI Associated Mutations

MUTATIONS IN RT ASSOCIATED WITH REDUCED SUSCEPTIBILITY TO NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS

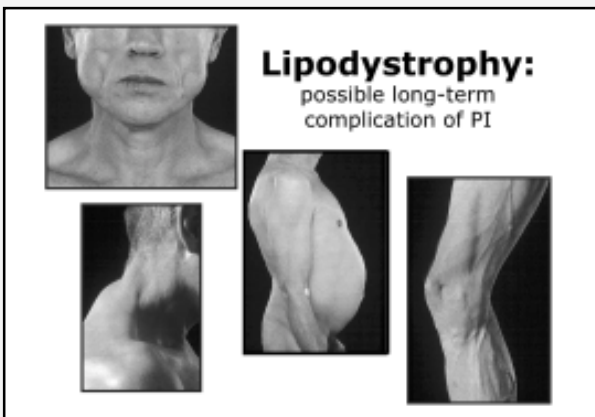
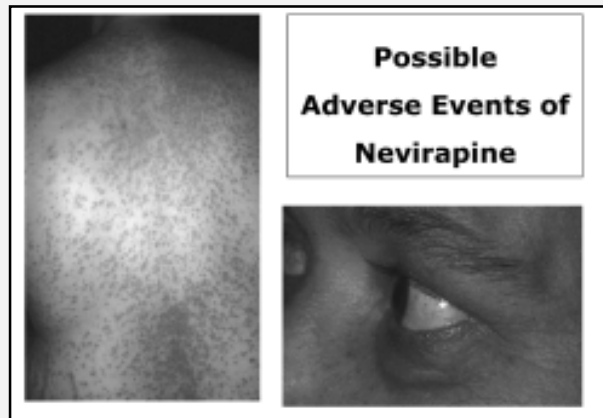


Updated on [www.isaasa.org](http://www.isaasa.org), December, 2001.



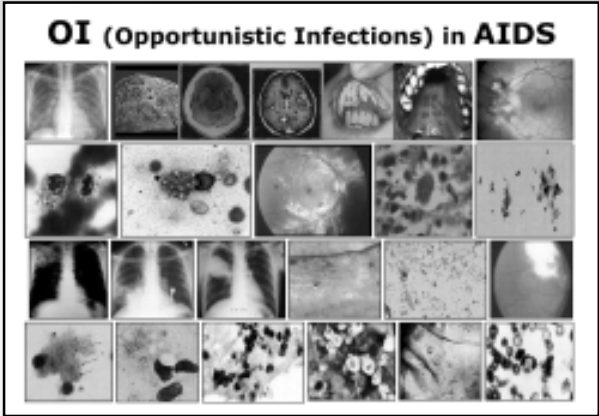
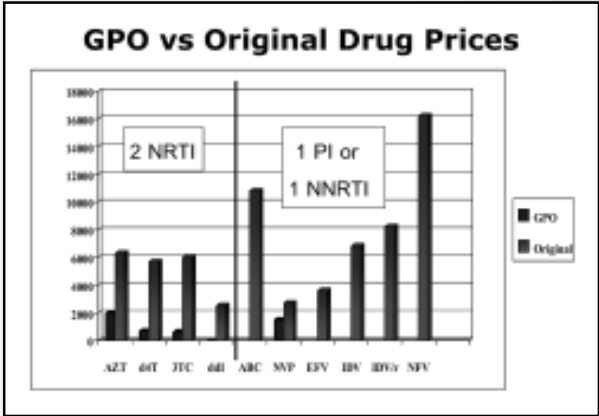
### NRTI and toxicity

	AZT	3TC	D4T	DDC	DDI	ABC
Neuropathy	-	-	++	++	++	-
Myopathy	++	-	-	-	-	-
Pancreatitis	-	-	+	-	++	-
Hepatic steatosis	+	-	++	-	+	-
Lactic acidosis	+	-	++	-	+	-
BM toxicity	++	-	-	+	+	-

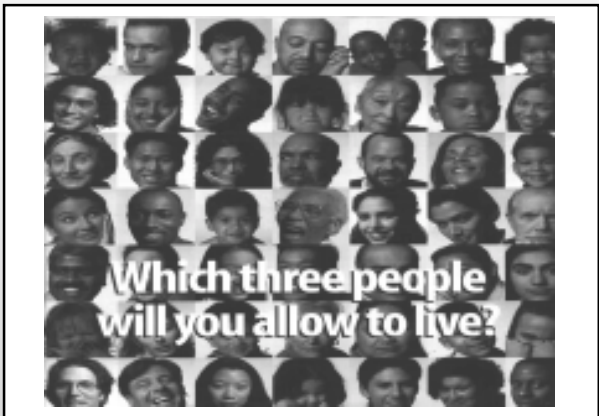
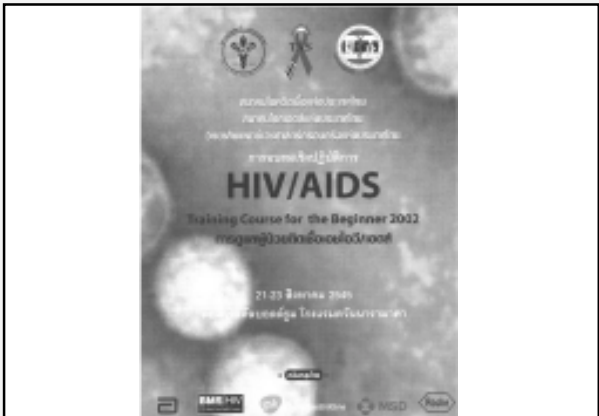


- ### Future Problems
- Induction of resistant HIV due to
    - Self-treated
    - Non-med. personnel treatment
    - Insufficient knowledge and experience
  - Transmission of resistant HIV
  - Increase prevalence of lactic acidosis and lipodystrophy
  - Diagnosis and management of short and long term adverse events
  - Unaffordable second line therapy and salvage regimens
-





- ### Factors needed for the success of antiretroviral therapy
- Good Drugs
  - Reasonable Price
  - Good Patients
    - Willing to be treated
    - Good compliance
  - Good Doctors
    - Time available
    - Willing to treat
    - Good knowledge
  - Good Patient-Doctor Relationship
- 



## I have AIDS



I need hugs.  
You do not have to be afraid  
to hug me.



# การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (Treatment Failure)

นพ.สมนึก สังฆานุภาพ

หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ในบรรดาทั้งหมดของการดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อใช้ยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมและถูกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็พบว่าหลังจากที่รักษาผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยยาต้านไวรัสสักระยะหนึ่ง จะพบกับความล้มเหลวในการรักษา การใช้ยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดและหลีกเลี่ยงการเกิดความล้มเหลวในการรักษา จะต้องมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและถูกวิธีตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการรักษา แพทย์ผู้รักษาจะต้องติดตามข้อมูลใหม่ๆ ที่มีอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถรักษาได้ดียิ่งขึ้น

## ความหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว

เมื่อใดที่จะถือว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (Treatment Failure) นั้น ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย (goal) ในการรักษาว่าคืออะไร เป็นที่ทราบกันดีว่าในปัจจุบันเรายังไม่สามารถกำจัดไวรัสเอชไอวีให้หมดไปได้ด้วยวิธีการรักษาที่มีอยู่ เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสครั้งแรก (initial regimen) ในปัจจุบันจึงเป็นการลดปริมาณไวรัสให้ได้มากที่สุด (maximal suppression) และนานที่สุด (durable suppression) การฟื้นคืนและคงสภาพของระบบภูมิคุ้มกัน การให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือตายที่เกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เช่นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (malignant lymphoma) เป็นต้น โดยหลักการแล้ว การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลวจึงเป็นการที่ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

การประเมินว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถบรรลุเป้าหมายหรือไม่ จะต้องอาศัยการประเมินจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่ดี การตรวจปริมาณไวรัส และการตรวจปริมาณ CD4 ปริมาณไวรัสเป็นดัชนีที่บ่งชี้ความล้มเหลวของการรักษาได้ดี เร็วและแม่นยำที่สุด และการที่แพทย์ผู้รักษาสามารถทราบว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลวได้เร็วและแม่นยำ จะทำให้สามารถบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนการรักษาได้ดีที่สุด ทั้งนี้ อยู่บนพื้นฐานที่ว่า การปล่อยให้ไวรัสตั้งตัวเกิดขึ้นต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้การตั้งตัวรุนแรงและมาก (Cross resistance) ขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งทำให้จำกัดทางเลือกสูตรยาต่อๆ ไปมากขึ้นเรื่อยๆ

## ข้อบ่งชี้ที่บอกว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครั้งแรก (initial regimen) ล้มเหลวคือ

1. ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีพอ คือหลังจากให้ยานาน 16 - 24 สัปดาห์แล้วยังไม่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้ (undetectable)
2. ลดปริมาณไวรัสได้ดีแล้วกลับมีปริมาณสูงขึ้นใหม่ คือหลังจากที่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้แล้วระยะหนึ่ง มีปริมาณไวรัสกลับสูงขึ้นให้นับได้ใหม่ โดยเฉพาะถ้ามากกว่า 100 copies/ml (ส่วนใหญ่เหตุการณ์เช่นนี้ในทางปฏิบัติไม่ใช่ viral blips)
3. ปริมาณ CD4 ที่ลดลงระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยปริมาณ CD4 ลดลง 30% ของระดับ CD4 ที่เคยขึ้นไปได้สูงที่สุด อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

ในกรณีที่อยู่ในสถานการณ์ที่จำกัดที่สุด คือไม่สามารถตรวจปริมาณไวรัสและตรวจปริมาณ CD4 แพทย์ผู้รักษาต้องเข้าใจว่าไม่มีดัชนีที่บ่งชี้การรักษาล้มเหลวได้ดีพอ จะต้องกลับไปเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวโดยอาศัยการเริ่มต้นการรักษาและการติดตามการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพและต้องอาศัยการประเมินทางคลินิกมากขึ้น ความล้มเหลวทางคลินิกคือการใช้ยาต้านไวรัสแล้วผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา เช่น หลังเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วผู้ป่วยยังคงผอมลงเรื่อยๆ อ่อนเพลีย มีไข้เรื้อรังหรือเกิด Cryptococcal meningitis ขึ้น เป็นต้น โดยที่แพทย์ผู้ดูแลจะต้องรู้จักการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจาก Immune Reconstitution Syndrome เพื่อที่จะได้แยกจากการรักษาล้มเหลว กล่าวคือ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Immune Reconstitution Syndrome มักจะเกิดขึ้นในช่วง 2 - 3 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งเกิดจากการที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้นในช่วงแรกแล้วตอบสนองต่อเชื้อจุลชีพที่มีอยู่แล้วในร่างกาย (reactive immunological response) ดังนั้น ข้อสังเกตคือ ถ้าผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังการเริ่มรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสใหม่ๆ อย่าเพิ่งด่วนสรุปว่าการรักษาล้มเหลวและมีข้อสังเกตว่าถ้าเตรียมผู้ป่วยให้ดีก่อนการเริ่มรักษา ตรวจคัดกรองการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เป็นอย่างดี จะพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจาก Immune Reconstitution Syndrome น้อยกว่า

## ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว

การเกิดความล้มเหลวในการรักษาจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้การรักษาล้มเหลวได้มากและรุนแรงเพียงใด ปัจจัยต่างๆ ที่พบว่าที่ส่งเสริมให้การรักษาล้มเหลวได้คือ

### 1. ประสิทธิภาพของยา / สูตรยาที่ไม่ดีพอ (Insufficient antiviral potency)

ถ้ายาและสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ จะทำให้เกิดการคัดเลือก (selection) ของไวรัสที่ดื้อยาและมีการเพิ่มปริมาณอย่างรวดเร็ว ปริมาณ CD4 จะค่อยๆ ลดลง ทำให้ประโยชน์ทางคลินิกจากการรักษามี

การเกิดไวรัสที่ดื้อยาในทางคลินิกอาจเกิดจากการมีหลายๆ ปัจจัยข้างต้นร่วมกัน เมื่อมีการดื้อยาเกิดขึ้นจะทำให้ปริมาณไวรัสกลับมาสูงขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด

## การดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี

การใช้ยาที่ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีพอ จะทำให้เกิดไวรัสที่ดื้อยาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และไวรัสที่ดื้อยาเหล่านี้จะเป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเวลาต่อมาล้มเหลว และจะมีการล้มเหลวมากขึ้นเรื่อยๆ ในการรักษาครั้งต่อไป การดื้อยาต้านไวรัสจึงเป็นภาวะที่แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรเข้าใจและตระหนักถึง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งมีความสำคัญมากกว่าการเรียนรู้การรักษาการดื้อยาเพราะเมื่อเกิดไวรัสที่ดื้อยาขึ้นแล้ว การรักษาต่อมาจะประสบความสำเร็จได้น้อยลงเรื่อยๆ

## การจัดการเมื่อมีการรักษาล้มเหลวและสงสัยว่าน่าจะเกิดการดื้อยา

ในผู้ป่วยที่ผ่านการรักษามาแล้วและล้มเหลว การใช้ประวัติการรักษาและความรู้เกี่ยวกับรูปแบบในการเกิด cross resistance มีประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้านไวรัสสูตรต่อมา (salvage regimen) แต่ก็ไม่สามารถทำนายครอบคลุมรูปแบบการดื้อยาทั้งหมดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนั้นๆ และทำให้การเลือกยาในสูตรยาต่อมามีความผิดพลาดได้ ปัจจุบันมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการดื้อยาที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาต้านไวรัสได้ และพบว่าช่วยให้สามารถเลือกใช้ใน salvage regimen ได้ดีขึ้นและประสบความสำเร็จมากขึ้น

แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โดย International AIDS Society ในปี พ.ศ. 2543 และสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2544 จึงแนะนำให้ใช้ resistance testing ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้านไวรัสสูตรต่อมา โดยเฉพาะในรายที่สงสัยว่าจะมีการดื้อยาเกิดขึ้น แต่ปัญหาอันเนื่องมาจากราคาและความซับซ้อนในการทำและแปลผล ทำให้การใช้การตรวจเหล่านี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักในประเทศไทย

การตรวจการดื้อยาของเชื้อไวรัส (resistance testing) ซึ่งประกอบด้วยการทำ genotypic assay และการทำ phenotypic assay ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการเลือกใช้ยา แต่การตรวจเหล่านี้ในปัจจุบันยังไม่มี ความไว (sensitivity) เพียงพอในการตรวจหาการดื้อยาของกลุ่มประชากรไวรัสที่มีปริมาณน้อยๆ การทำ genotypic assay และการทำ phenotypic assay ที่เชื่อถือได้ ต้องมีปริมาณไวรัส (viral load) อย่างน้อย 1000copies/ml

การตรวจหาไวรัสดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้รับมาจากผู้อื่น ยังมีข้อควรระวังคือ หลังจากที่ได้รับไวรัสที่ดื้อยามาปะปนกับ wild type ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เวลาผ่านไป ไวรัสชนิด wild type จะเพิ่มจำนวนจนทำให้ไวรัสที่ดื้อยามีจำนวนน้อยมาก ทำให้การตรวจ resistance testing เพียงช่วงสั้นๆ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของยา / สูตรยาที่ให้ไม่ดีพอ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในประเทศไทย เนื่องจากในปัจจุบันยังมีการใช้ยาแบบ monotherapy, duotherapy และ tripledrug regimens ที่ไม่เหมาะสมอยู่ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นจากการให้ขนาดยาหรือวิธีการกินยาที่ไม่ถูกต้อง การทำความเข้าใจถึงการเกิดไวรัสดื้อยาและผลเสียที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญมากในการลดปัจจัยนี้

### 2. ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ (poor adherence)

เนื่องจากปริมาณไวรัสมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วในร่างกาย โดยมีการเพิ่มปริมาณถึง 10 ตัวต่อวัน ถ้าไม่ได้รับการรักษา ยาต้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มี half - life สั้นและต้องกินบ่อยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การกินยาที่ไม่สม่ำเสมอแม้แต่การขาดยาเพียง 1 ครั้ง ก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลด



ปริมาณไวรัสและก่อให้เกิดไวรัสดื้อยาได้ นอกจากนี้ การกินยาไม่สม่ำเสมอเป็นช่วงๆ เช่น ผู้ป่วยกินยาโดยที่ยังไม่พร้อม ขาดยาเป็นช่วงๆ เพราะไม่มีเงินซื้อยา จะทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่ายขึ้น การหาสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ เช่น ไม่เข้าใจวิธีกินยา ทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ไม่มีเงินซื้อยา ต้องคอยกินยาในที่ลับตาผู้อื่น เป็นต้น จะช่วยลดปัจจัยนี้ได้ และเมื่อเกิดความล้มเหลวจากการรักษาแล้วจะต้องกลับมาดูปัจจัยนี้ให้ละเอียดใหม่ทุกครั้ง เพราะมักจะเกิดขึ้นอีกในการรักษาครั้งต่อไป

### 3. ปัจจัยทางเภสัชวิทยา (Pharmacologic factors)

การเลือกใช้ยาแต่ละตัวจำเป็นต้องรู้จักปัจจัยทางเภสัชวิทยาเป็นอย่างดี ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยคือการใช้ยาโดยไม่ทราบปฏิกริยาระหว่างยาและจากอาหารที่มีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย เช่น การใช้ยาด้านไวรัสร่วมกับยาด้านโรค การใช้ยาด้านไวรัสร่วมกับยาลดไขมัน เป็นต้น และไม่ได้เน้นผู้ป่วยเรื่องการกินยาอย่างถูกวิธี เช่น ก่อนหรือหลังอาหาร และข้อปลีกย่อยอื่นๆ ของยาเฉพาะแต่ละตัว เช่น การกิน didanosine (ddi) ชนิดเม็ดต้องกินครั้งละอย่างน้อย 2 เม็ดเสมอไม่ว่าจะใช้ขนาดใด เพื่อให้ปริมาณ buffer เพียงพอ เป็นต้น

### 4. ระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมากแล้ว (Advanced disease)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการมากและระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำมากแล้วอาจได้ผลไม่ดีหรือล้มเหลว ส่วนหนึ่งอาจเป็นจากการที่ระดับ CD 4 ในร่างกายต่ำเกินไปและมีปริมาณไวรัสสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับ CD4 ได้และ/หรือผลเป็นจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้

### 5. การดื้อยาที่มีอยู่ก่อน (pre-existing mutation)

ผู้ป่วยที่ได้รับไวรัสเอชไอวีที่ดื้อยามาจากผู้อื่นตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ เช่น อาจได้รับเชื้อมาจากผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสอยู่ โดยเฉพาะถ้าเป็นยา/สูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอและก่อให้เกิดการดื้อยาไม่พบไวรัสดื้อยาและเมื่อผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสไวรัสชนิด wild type จะลดลงอย่างรวดเร็วและไวรัสดื้อยาจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและแสดงให้เห็นใน resistance testing ซึ่งอาจจะสายเกินไป

การตรวจพบ mutation หรือความไวต่อยาที่ลดลงจากการทำ resistance testing ในขณะที่มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัส แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามีการดื้อยาดังกล่าวชัดเจน แต่ถ้าไม่พบ mutation หรือความไวต่อยาที่ลดลงขณะที่มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัส จะต้องสงสัยว่ามีการกินยาไม่สม่ำเสมอหรือขนาดและชนิดของยาที่ให้ไม่เพียงพอ ทั้งสองกรณีจะต้องมีการปรับเปลี่ยนยาที่ให้ ในกรณีที่ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ จะต้องดูว่าเกิดจากสาเหตุใด เช่น ผลข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยกินไม่ได้หรือไม่อยากกิน หรือวิธีกินยายุ่งยากเกินไป ไม่เข้าใจหรือทำไม่ได้ เป็นต้น

การทำ resistance testing ที่ดูจะมีประโยชน์มากที่สุดคือการใช้ในผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วย initial regimen เพื่อที่จะดูว่าการดื้อต่อยาใด แต่จะต้องตระหนักเสมอว่าอาจมีไวรัสดื้อยาอีกหลายกลุ่มที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย แต่ไม่มากพอที่จะตรวจพบ ดังนั้น การทำ resistance testing จะเพียงให้ข้อมูลว่าควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาตัวใด แต่จะไม่ชี้แนะว่าควรใช้ยาตัวใด และการไม่ได้บอกว่ามี การดื้อต่อยาตัวหนึ่งๆ ไม่ได้รับรองว่าจะใช้ยาดังกล่าวได้ผลดีเสมอไป เมื่อจะสั่งตรวจการทำ resistance testing จึงควรที่จะเข้าใจถึงผลที่จะได้และสามารถใช้ผลที่ได้นั้นอย่างถูกต้องด้วย

## หลักการรักษาผู้ป่วยที่มีการดื้อยา

ก่อนอื่นจะต้องเข้าใจว่า ไม่มีวิธีการง่ายๆ ในการบอกว่าเมื่อดื้อยาในการรักษาครั้งแรกด้วยยาสูตรหนึ่งแล้ว ควรจะใช้ยาสูตรอะไรต่อไป ไม่มีการจัดลำดับการใช้ยาไว้อย่างชัดเจนเหมือนการรักษาโรคติดเชื้อชนิดอื่นๆ เนื่องจากเมื่อมีการดื้อยาเกิดขึ้นแล้ว โอกาสที่จะรักษาให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไปจะลดลงเรื่อยๆ สิ่งที่สำคัญที่สุดจึงเป็นการให้ยาอย่างเหมาะสมถูกต้องตั้งแต่แรก (Initial regimen) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยาเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด และเมื่อประสบความสำเร็จหลังจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สิ่งแรกคือต้องกลับมาทบทวนคือ การหาว่าเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่ ถ้าไม่มีแล้วจึงสงสัยว่าน่าจะมีการดื้อยาเกิดขึ้น

การรักษาผู้ป่วยที่มีการดื้อยาเกิดขึ้น ถ้ามีข้อจำกัดไม่สามารถตรวจ resistance testing จะต้องมีหลักปฏิบัติ (standard of care) ดังนี้

1. จะต้องทราบสาเหตุที่การรักษาล้มเหลว เพราะสาเหตุนั้นมักจะเกิดขึ้นอีกในการรักษาครั้งต่อไป เช่น ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอเพราะยังไม่พร้อม เป็นต้น
2. การดื้อยาแบบ cross resistance เป็นสิ่งที่พบบ่อย จะต้องรู้จักเป็นอย่างดีว่ายาแต่ละกลุ่ม แต่ละตัวมีการดื้อยาแบบ cross resistance ต่อยาตัวใดบ้าง เช่น ยาในกลุ่ม NNRTI (nevirapine และ efavirenz) ถ้าดื้อยาต่อตัวหนึ่งจะดื้อทุกตัวในกลุ่ม ถ้าดื้อต่อ AZT จะดื้อต่อ d4t ด้วยและในทางกลับกัน
3. เมื่อตัดสินใจที่จะเปลี่ยนยา (switch therapy) แล้ว และเป้าหมายยังอยู่ที่การรักษาจนลดปริมาณไวรัสได้ดีและนานที่สุด ควรจะเปลี่ยนยาพร้อมกันทุกตัว ไม่ควรใส่ยาใหม่ 1 หรือ 2 ตัว เพราะจะทำให้ยาที่ใส่ใหม่ดื้อในเวลาต่อมา การพิจารณายาใหม่ต้องรู้จัก cross resistance กับยาที่เคยได้ ไม่ถือเป็นยาใหม่
4. เมื่อตัดสินใจที่จะเปลี่ยนยาแล้ว ควรจะเปลี่ยนให้เร็วที่สุด เพราะการยังคงรักษาด้วยยาที่ดื้ออยู่ จะทำให้มีการคัดเลือกที่เกิด high level resistance และการดื้อยาแบบ cross resistance มากขึ้น แต่ไม่ควรรีบเปลี่ยนยาโดยที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม ไม่มีสูตรยาใหม่ที่ตีพอ หรือยังไม่สามารถแก้ปัญหาดั้งเดิมที่ทำให้การรักษาครั้งแรกล้มเหลว
5. การใช้ยาต้านไวรัสเป็นเรื่องที่ซับซ้อน โดยเฉพาะการใช้ salvage regimen และมีความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อแพทย์ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ ควรจะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ทบทวนข้อมูลความรู้ และทำความเข้าใจก่อนให้การรักษาในขั้นต่อไป

ปัจจุบันแนวทางการเลือกใช้ resistance testing ได้แนะนำให้ใช้เมื่อมีการเปลี่ยนยาต้านไวรัสเพราะล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน โดยใช้เหตุผลว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกือบทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการใช้ resistance testing ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น ในบ้านเรามี genotypic assay ที่สามารถส่งตรวจได้ โดยจะเข้าใจถึงผลที่จะได้และคำนึงถึงความเหมาะสมในแต่ละรายด้วย

การเลือกยาที่จะมาเป็น salvage regimen จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และถึงจะอาศัยข้อมูลอย่างดีแล้ว พบว่าการรักษาในครั้งที่สองมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จน้อยกว่าร้อยละ 50 และน้อยกว่าร้อยละ 30 ในการรักษาครั้งที่ 3 การพัฒนายาใหม่ๆ อาจทำให้การรักษาไวรัสดื้อยาดีขึ้น แต่เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าจะต้องพบกับผลข้างเคียงมากขึ้นและอาจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ได้ด้วยและการเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจะเห็นได้ว่าการป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เน้นการรักษาที่ดีที่สุด



# การติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

นพ.สมนึก สังฆานภาพ

หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การใช้ยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากจะต้องมีการเลือกยาที่เหมาะสมแล้ว จะต้องมีการติดตามการรักษาที่ดี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ถ้าแพทย์ผู้ดูแลมีความรู้และมีประสบการณ์ จะสามารถติดตามการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การติดตามผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสประกอบด้วยหลักๆ 3 ส่วนคือ

1. การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย
2. การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา
3. การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
4. การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

## การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยา (adherence) ของผู้ป่วย

การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เนื่องจากความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV viral load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (durability) มีผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ได้ผลดี ผู้ป่วยจะต้องกินยาอย่างน้อยร้อยละ 90-95 นั่นแปลว่าถ้าผู้ป่วยต้องกินยาวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน แพทย์ผู้ดูแลควรสอบถามการกินยาของผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในการพบผู้ป่วยทุกครั้ง และถ้าให้ดี ควรจะให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาให้ดู เพื่อตรวจดูคร่าวๆ ว่าผู้ป่วยกินยาจริง การขอดูยาที่เหลือของผู้ป่วยยังมีประโยชน์ในการตรวจพบว่าผู้ป่วยกินจำนวนเม็ดและครั้งถูกต้องหรือไม่ ถ้ามียาชนิดใดเหลือมากกว่าปกติ ควรจะสอบถามว่ากินยาอีกครั้ง เช่น ผู้ป่วยอาจจะกินยาเพียงวันละครั้งทั้งที่ที่ต้องกิน 2 ครั้ง หรือกินครั้งละ 2 เม็ดโดยที่ต้องกินจริง 3 เม็ด เป็นต้น ซึ่งเหตุเหล่านี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับขนาดยาเองหรือไม่เข้าใจคำสั่งบนซองยา

การที่จะทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง คือ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกินยา ยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป ผู้ป่วยเข้าใจดีว่าการขาดยาบ่อยๆ จะทำให้เกิดเชื้อไวรัส

ดี้อย่าและนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว มีคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัวสนับสนุน และผู้ป่วยสามารถกินยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต้องพิจารณาตั้งแต่ก่อนที่เริ่มให้การรักษาผู้ป่วย

## การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา

การติดตามประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีในปัจจุบัน คือการวัดปริมาณไวรัสและการวัดระดับ CD4 การวัดปริมาณไวรัส (HIV RNA) ในปริมาณ plasma 1 มิลลิเมตร หรือที่เรียกกันทั่วไป HIV viral load เป็นดัชนีที่สำคัญในการบอกการดำเนินของโรค การศึกษาที่เป็น large cohort ได้แสดงให้เห็นว่าการวัดปริมาณไวรัสเป็นดัชนีที่บอกการดำเนินของโรคได้แม่นยำกว่าการวัดปริมาณ CD4 หลังจากเริ่มให้ยาต้านไวรัส ปริมาณ viral load จะลดลงอย่างรวดเร็ว โดยอาจลดลงถึง 3 log มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการลดลงของ viral load หลังการรักษามีความสัมพันธ์กับการชะลอการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ระหว่างการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยต่อไปยังพบว่าปริมาณไวรัสจะมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่า CD4 โดยพบว่าจะมีการเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มมีความล้มเหลวจากการรักษาเร็วกว่าการลดลงของ CD4

การตรวจวัดปริมาณไวรัสที่มีส่วนช่วยอย่างมากในการทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสได้ดีในปัจจุบัน ด้วยเหตุผลเหล่านี้ หลักการรักษาผู้ป่วยด้วยยาไวรัสโดย guideline ต่างๆ จึงแนะนำให้ใช้วัดปริมาณไวรัสก่อนการรักษา หลังการรักษา 8-12 สัปดาห์ และต่อไปทุกๆ 3 เดือน ความถี่ในการตรวจนี้อาจยืดหยุ่นตามความเหมาะสม แต่ต้องเน้นการกินยาของผู้ป่วยมากขึ้นทุกครั้งที่ต้องเลื่อนการตรวจวัดปริมาณไวรัสออกไป การตรวจหลังเริ่มการรักษา 8-12 สัปดาห์ มีความสำคัญมากในการบอกว่าสูตรยาที่ผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพพอสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยมีเชื้อไวรัสดี้อย่าแต่แรกหรือไม่ การตรวจระดับ CD4 มีความสำคัญในการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดกินยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis) แต่ละชนิดได้

ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวัดปริมาณไวรัสได้ การวัดปริมาณ CD4 ยังเป็นดัชนีที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อไม่สามารถตรวจวัดปริมาณไวรัสได้ การวัดปริมาณ CD4 เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการรักษาควรจะทำอย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อจะได้สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างใกล้ชิด และให้สงสัยว่าผลการรักษาล้มเหลวถ้าปริมาณ CD4 เริ่มกลับมาลดลงใหม่หรือไม่เพิ่มขึ้น

ในกรณีที่ไม่สามารถทำทั้งการวัดปริมาณไวรัสและปริมาณ CD4 ต้องยอมรับแพทย์จะไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการรักษาได้ดี โดยเฉพาะในระยะสั้นหรือในกรณีที่มีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง แม้จะใช้แพทย์ที่มีความรู้และประสบการณ์มาก ดังนั้น จึงควรใช้กรณีนี้เมื่อจำเป็นจริงๆ เท่านั้น ในกรณีนี้ ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา แพทย์ผู้ดูแลควรจะเลือกใช้สูตรยาที่มีประสิทธิภาพและซักประวัติให้ละเอียดว่าผู้ป่วยเคยกินยาด้านไวรัสมาหรือไม่ ถ้าเคย กินยาอะไรแต่ละตัวนานแค่ไหน เพื่อที่จะสามารถเลือกสูตรยาที่ประกอบไปด้วยยาที่เชื่อไม่คือทั้ง 3 ตัว ควรติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรขอดยาที่เหลือของผู้ป่วยทุกครั้งที่จะส่งยาครั้งต่อไป แต่ครั้งที่พบผู้ป่วย ควรซักถามถึงอาการผิดปกติต่างๆ และตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อสืบค้นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ แต่เน้นๆ อันจะเป็นการช่วยบ่งชี้ว่าผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้อาจล้มเหลว การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยดูจาก total lymphocyte ไม่สามารถทดแทน

ปริมาณ CD4 ได้ แต่อาจพอดูได้อย่างหายาบ การติดตามน้ำหนักของผู้ป่วยจะเห็นได้ชัดในรายที่น้ำหนักลดมากก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะถ้าการรักษาได้ผล น้ำหนักตัวผู้ป่วยจะสูงขึ้นเรื่อยๆ

## การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ควรติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทุกครั้ง โดยแพทย์จะต้องทราบบว่ายาแต่ละตัวจะมีผลข้างเคียงในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไรบ้าง และต้องคอยมองหาสิ่งนั้น เช่น ผู้ป่วยที่กิน AZT จะต้องคอยตรวจตาทุกครั้งว่าซีดหรือไม่ ผู้ป่วยที่กิน d4T โดยเฉพาะถ้ากินนาน ต้องซักถามว่ามีอาการ หอบเหนื่อย เหนื่อยเพลีย หรือเมื่อยกล้ามเนื้อหรือไม่ ถ้ามีอาการต้องสงสัย lactic acidosis ซึ่งการตรวจดู electrolyte จะพบ เบื้องต้นว่ามี HCO<sub>3</sub> ต่ำและในผู้ป่วยที่กิน protease inhibitor มานาน อาจจะต้องคอยสังเกตรูปร่าง และไขมันบนใบหน้าของผู้ป่วย ว่าเริ่มมีอาการแสดงของ lipodystrophy หรือไม่ และอาจจะต้องตรวจระดับ glucose, cholesterol และ triglyceride เป็นระยะเพื่อประเมินผลข้างเคียงเหล่านี้ การที่แพทย์ศึกษาและให้ความรู้ผู้ป่วยตั้งแต่นั้นว่ายาแต่ละชนิดจะมีผลข้างเคียงในระยะสั้นและระยะยาวอะไรบ้าง จะทำให้ผู้ป่วยช่วยรายงานเมื่อมีความผิดปกติตั้งแต่ต้นได้

## การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

ในระหว่างที่ติดตามผู้ป่วย ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นหรือไม่โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังมีปริมาณ CD4 ค่อนข้างต่ำ เพราะยังเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่รอให้การรักษาทำให้ปริมาณ CD4 สูงขึ้นจนระดับที่เกินระดับที่เป็นความเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิดและในผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นใหม่ๆ ในช่วง 3 เดือนแรก ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจาก Immune Reconstitution Syndrome อีกด้วย

โดยสรุปแล้ว แพทย์ผู้ดูแลจะสามารถติดตามการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้ามีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น มีเวลาให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และต้องไม่ลืมว่า ถ้าเราเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสดี และให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ต้น จะลดปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการติดตามผลการรักษาโดยเฉพาะปัญหาเรื่องผลการรักษาล้มเหลวได้อย่างชัดเจน



# ปัจจัยทางสังคมจิตใจของผู้รับและผู้ให้บริการ ตามสิทธิของผู้รับบริการ

**ปัจจัยทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Factors)** หมายถึง **ปัจจัยทางสังคมและหรือจิตใจ** ได้แก่ สภาพสังคม วัฒนธรรมประเพณี ความรู้สึกนึกคิด นิสัยใจคอ ความเชื่อ ทศนคติ แรงจูงใจ วิธีคิด วิธียอมรับความจริง และความเคยชิน เป็นต้น **ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล** ปัจจัยเหล่านี้มักแปรผันไปตามลักษณะของบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ฯลฯ

**ปัญหาทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Problems)** หมายถึง ปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อจิตใจของบุคคล เช่น การที่คนในสังคมไม่ยอมรับและแสดงท่าทีรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีผลให้ผู้ติดเชื้อตัดสินใจไม่เปิดเผยผลเลือดแก่ผู้ใกล้ชิดและหรือส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ เศร้า วิตกกังวล

ในขณะเดียวกัน สภาพทางร่างกายก็อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ด้วย เช่น เมื่อผู้ป่วยเอดส์มีระดับ CD4 ลดต่ำลงจนเกิดอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับรุนแรงขึ้น ก็จะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า มองไม่เห็นอนาคต วางเป้าหมายชีวิตไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองอยู่บนความไม่แน่นอนในระดับที่สูงเกินกว่าจะควบคุมได้

**ผู้ให้บริการไม่ควรจดจำปัจจัยต่างๆ ทางสังคมจิตใจของบุคคลอย่างตายตัว แต่ควรยึดถือความหมายของปัจจัยและปัญหาทางสังคมจิตใจข้างต้น เป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพทางสังคมและลักษณะทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องพิจารณาถึงความเป็นจริงและความสอดคล้องกับสังคมแต่ละสมัยร่วมด้วย**

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์** ในการเข้าโครงการฯ และการกินยาอย่างต่อเนื่องนั้น นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีปัจจัยทางด้านสังคมจิตใจของผู้ติดเชื้อด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อที่จะเลือกหรือเป็นอุปสรรคต่อการรักษา การให้บริการปรึกษาเพื่อการกินยาต้านไวรัสและการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ให้บริการควรคำนึงถึงบุคลิกภาพและธรรมชาติของจิตใจมนุษย์ควบคู่ไปกับภาวะการติดเชื้อของผู้รับบริการด้วย

ตัวอย่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าโครงการฯ และการกินยาอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่

- ◆ ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา กลัวผลข้างเคียงของยา การดื้อยา และความยุ่งยากในการกินยา
- ◆ การต้องกินยาตลอดชีวิต
- ◆ ไม่อยากขาดงาน/ลางานไม่ได้ เพื่อมารับบริการตามที่แพทย์นัด
- ◆ ย้ายที่อยู่ / ย้ายบ้าน
- ◆ เดินทางไม่สะดวก ไปทำงานที่อื่น อาจขาดการติดต่อกับหน่วยบริการที่ให้ยา
- ◆ ได้รับข้อมูลจากคนรอบข้าง หรือจากสื่อเกี่ยวกับการรักษา หรือยาต้านไวรัสที่ไม่ตรงกับข้อมูลในโครงการ ทำให้เกิดการสับสน
- ◆ ครอบครัวไม่สนับสนุน ไม่ให้ความช่วยเหลือ
- ◆ ไม่สามารถเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี ต่อสามี/ภรรยาหรือครอบครัว
- ◆ ไม่มีเงิน หรือค่าใช้จ่ายบางอย่างที่จำเป็นในการรักษา เนื่องจากความยากจน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้
- ◆ อื่นๆ

### ปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการอยู่ในโครงการฯ

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อยินดีสมัครใจเข้าโครงการฯ จะต้องมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจ CD4 ก่อน หากผลการตรวจ CD4 สูงกว่า 200 cell/ml จะยังไม่ได้รับยาและต้องมาเจาะเลือดตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อแต่ละคน ภาวะทางสังคมจิตใจของคนกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งจะเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าผล CD4 จะต่ำกว่า 200 cell/ml ซึ่งหมายความว่า ภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายลดต่ำลง และผลที่ตามมาจะเกิดอะไรขึ้น ภาวะของโรคจะเป็นอย่างไร ส่วนอีกกลุ่มเมื่อได้ทราบข้อมูลเรื่องยาจะเกิดความหวังในชีวิต และมีความคาดหวังต่อยาสูง เมื่อไม่ได้รับยาจะรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ วิตกกังวล กลัวว่าเชื้อเอชไอวี จะเพิ่มมากขึ้น

การต้องมาเจาะเลือดเพื่อตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะเกิดความรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ วิตกกังวลในผลเลือด กลัวความลับเรื่องผลเลือดถูกเปิดเผย และอาจประสบปัญหาอื่นๆที่ทำให้ไม่สามารถมาเจาะเลือดได้ เช่น ต้องย้ายที่อยู่หรือสถานทำงาน เป็นต้น

### ปัจจัยอะไรบ้าง ที่เป็นอุปสรรคต่อการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาและต่อความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสนั้นนอกจากจะเกิดจากฤทธิ์ของตัวยา อาการข้างเคียงและระบบการดูแลรักษาของหน่วยงานแล้ว ปัจจัยด้านสังคมจิตใจของหญิงหลังคลอดและสามีก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง การรักษาที่จำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อมีปัญหาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่

1. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ติดเชื้อ
  - ◆ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และการกินยาที่ถูกต้อง
  - ◆ ขาดแรงจูงใจที่แน่นอน



- ◆ ลืมกินยา/ลืมเวลากินยา
- ◆ มีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อน เช่น เจ็บคอ มีความลำบากในการกลืนยา หรือมีประวัติกินยายาก
- ◆ ผู้ติดเชื่อหมกกำลังใจ เมื่อต้องกินยาเป็นเวลานาน แต่ยังไม่เห็นผลของการรักษาหรืออาการยังไม่ดีขึ้น
- ◆ เมื่อเกิดปัญหาการกินยา ผู้ติดเชื่อไม่กล้าบอกความจริงแก่ผู้ให้การรักษาเนื่องจากวิตกกังวลหรือกลัวว่าจะถูกตำหนิ
- ◆ ยังไม่ได้เปิดเผยผลเลือดแก่คนรอบข้างหรือครอบครัว ทำให้เกิดปัญหา เช่น กลัวคนอื่นรู้ ต้องปิดบังการกินยาจนทำให้ขาดยาในบางมื้อ
- ◆ มีความเชื่อที่ผิดต่อการรักษา การดูแลสุขภาพ ใช้ชีวิต หรือรับการรักษาแนวอื่นๆ ที่ขัดกับแนวทางปฏิบัติตามโครงการฯ
- ◆ ขาดการรักษาสุขภาพ ใช้สารเสพติด เช่น สุราและยาเสพติดอื่นๆ
- ◆ มองยาทุกวันแล้วเหมือนตอกย้ำว่าเป็นเอดส์

## 2. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

- ◆ ข้อจำกัดของระบบบริการ ได้แก่ การนัดตรวจสุขภาพ นัดรับยา การให้การรักษา ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้ติดเชื่อ เช่น การนัดในช่วงเวลาที่ต้องทำงาน คนในครอบครัวต้องมาตรวจในเวลาที่แตกต่างกัน เพราะการนัดหมายให้คนในครอบครัวมารับบริการคนละเวลาทำให้ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่มงานทำให้ขาดความต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการมีข้อมูลแตกต่างกันหรือให้ข้อมูลที่ไมตรงกัน ทำให้ผู้ติดเชื่อเกิดความสับสน เป็นต้น
- ◆ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการรักษา ได้แก่ สถานที่ให้การรักษาไม่เหมาะสมต่อการพูดคุยเรื่องที่เป็นปัญหาซับซ้อน ผู้ให้บริการรักษาขาดความเข้าใจหรือมีประสบการณ์น้อยในการให้การรักษา เป็นต้น
- ◆ ผู้รับการรักษามีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการให้บริการรักษาเพิ่มขึ้น

## 1. ปัจจัยทางสังคมจิตใจของผู้ให้การรักษา

ผู้ให้การรักษาฝึกหัดใหม่บางรายอาจมีทัศนคติบางประการที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้การรักษาได้อย่างมีคุณภาพ การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติงานแล้วประเมินผล วิเคราะห์ข้อดี ข้อบกพร่องของตนเองภายหลัง การให้การรักษาแก่ผู้รับการรักษาอยู่เสมอ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นปกติ

ปัจจัยทางสังคมจิตใจของผู้ให้การรักษาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้การรักษา มักเกี่ยวข้องกับทัศนคติด้านลบ หรือการขาดประสบการณ์ ได้แก่

**1.1 เลือกปฏิบัติ** ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น เนื่องจากบุคลากรใส่ใจแต่ข้อเท็จจริงทางด้านร่างกาย จึงอาจมองไม่เห็นปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา หรืออารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อท่าทีของผู้รักษา ส่งผลให้บุคลากรไม่รู้เท่าทันว่าท่าทีอะไรของตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ โดยทั่วไปบุคลากรมักคิดว่าตนเองมีเจตนาที่ดีก็เพียงพอต่อการให้บริการแล้ว

**1.2 ตัดสินผู้ป่วยจากพฤติกรรม** ในบางกรณีเมื่อผู้ให้บริการพบว่าผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดในลักษณะที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป บุคลากรก็อาจด่วนตัดสินคุณค่าของบุคคลนั้นด้วยประสบการณ์เดิมของตน หรือตีความว่าการที่ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมอย่างนั้นเพราะเหตุอย่างนั้น ซึ่งเป็นไปตามความคิดความเชื่อของตนเอง ขาดความเป็นกลาง มีอคติต่อผู้รับการปรึกษา

**1.3 ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง** ผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์น้อยอาจจะยึดถือความคิด-ความรู้สึกของตนเองเป็นที่ตั้ง ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ตามความเห็นของตนเอง โดยมีได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และศักยภาพของผู้รับการปรึกษา แสดงบทบาทเป็นผู้นำทางหรือผู้แนะนำ ยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจแทนผู้รับการปรึกษา จนทำให้ละเลยบทบาทของผู้ให้การปรึกษาที่เป็นผู้ร่วมทางและผู้สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจปัญหาและหาวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างเต็มความสามารถ

## 2. ปัจจัยทางสังคมจิตใจของผู้รับการปรึกษา

2.1 ปัจจัยทางสังคมจิตใจที่มีต่อระบบบริการและการเจ็บป่วย

2.1.1 ปรับตัวต่ออาการทรมาณ ปางตาย และความสามารถช่วยตนเองลดลง

2.1.2 ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งไม่คุ้นเคย

2.1.3 ต้องพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรให้ได้

2.1.4 ต้องควบคุมอารมณ์ความรู้สึก

2.1.5 ต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือภาพลักษณ์ด้านลบที่เกิดจากสภาพการเจ็บป่วยทางกาย

2.1.6 ต้องรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนและญาติเมื่อมีอาการป่วยเป็นเวลานาน หรือมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์

2.1.7 ต้องเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค

2.2 ด้านการตอบสนองทางจิตใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วย

2.2.1 ผู้ป่วย

2.2.2 กลุ่มญาติและผู้เกี่ยวข้อง



## ผู้ป่วย

1. ระยะเริ่มต้นที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อ ช่วงนี้ผู้รับการรักษาจะมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้การติดเชื้อของตน ซึ่งเป็นข่าวร้ายที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในชีวิต ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียและปฏิกิริยาทางจิตใจต่างๆ ดังที่ อลิซาเบธ คูเบอร์ รอสส์ ได้เคยศึกษาไว้ ได้แก่ ซ็อก ปฏิเสธความจริง โกรธ ต่อรอง มีภาวะซึมเศร้า ก่อนที่จะสามารถยอมรับความจริงเกี่ยวกับการติดเชื้อได้

2. ระยะเรื้อรัง ปลอดภัย ระยะเวลาที่มีความยาวนานหลายปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ละรายจะอยู่ในระยะนี้นานแตกต่างกัน บางรายอยู่เพียงช่วงสั้นๆ ไม่กี่เดือน บางรายอาจนานเป็นหลายปีก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและการดูแลของแต่ละบุคคล การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม รวมทั้งการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสจะช่วยให้ได้มาก

3. ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางกายค่อนข้างมาก ทำให้พึ่งตนเองได้น้อยลงตามลำดับ การช่วยเหลือส่วนใหญ่จะเป็นการช่วยเหลือด้วยยา การดูแลด้านร่างกาย เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นอย่างมากจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาของชีวิตที่สั้นลง ปัญหาส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกขัดแย้งต่างๆ ที่มีต่อบุคคลใกล้ชิด

## กลุ่มญาติและผู้เกี่ยวข้อง

1. ระยะเริ่มเกี่ยวข้อง ระยะนี้โดยมากถ้าไม่รู้ผลเลือดของผู้ป่วย ญาติจะปฏิบัติตัวเหมือนคนทั่วไป แต่เมื่อรู้ผลเลือดแล้ว ญาติจะเกิดความรู้สึกหลายอย่าง

2. ระยะเริ่มรับผิดชอบ ญาติบางคนที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย จะรู้สึกเห็นใจและเข้าใจมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันระยะที่ต้องดูแลก็อาจเกิดความรู้สึกต่างๆ ได้เช่นกัน

3. ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ช่วงนี้ญาติที่ใกล้ชิดจะมีความรู้สึกหลายอย่างที่อาจค้างคาใจเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกผิด และความรู้สึกว่ายังไม่หมดภาระ



# ธรรมชาติของจิตใจ (Nature of Mind)

ผู้ให้การศึกษาจะต้องมีความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ภายในจิตใจ เพื่อเรียนรู้และเข้าใจธรรมชาติ และนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจภาวะจิตใจของผู้รับการปรึกษา และที่สำคัญอย่างยิ่งยวด คือ การเข้าใจภาวะจิตใจของตนเองด้วย (เรียกว่า “รู้เขา-รู้เรา” )

## 1. จิตใจ (Mind) ประกอบด้วยระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

จิตสำนึกเป็นส่วนซึ่งเราสามารถตระหนักรู้หรือรับรู้ได้ ส่วนจิตใต้สำนึกเป็นส่วนที่เรามีโอกาสเข้าใจได้ในระดับการคิดนึกด้วยเหตุผล มีการทำงานด้วยกลไกทางจิตต่างๆภายใน ซึ่งเราไม่รู้ตัว

ปัญหาทางจิตใจก็มีทั้งสองระดับเช่นกัน การให้การศึกษาเป็นการช่วยเหลือจิตใจในระดับจิตสำนึก อันเกิดจากสถานการณ์แวดล้อม ซึ่งเราเรียกว่า Psycho-social Problem ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความทุกข์หรือความไม่สบายใจ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

## 2. จิตใจ (ระดับจิตสำนึก) ประกอบด้วย ความคิดและความรู้สึก

จิตใจระดับจิตสำนึก(Conscious Mind) ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ความคิด (Cognition) และอารมณ์ความรู้สึก (Emotion) ดังนั้นโดยทั่วไปเรามักเรียกจิตใจในภาพรวมว่า “ความรู้สึกนึกคิด” ซึ่งเป็นส่วนที่สามารถตระหนักรู้ได้และเป็นการทำงานของสมอง แม้บางครั้งเราจะใช้คำว่า “หัวใจ” แทนก็ตาม

## 3. ความคิดและความรู้สึกสามารถโน้มนำกันได้

ความคิดในทางบวก สามารถโน้มนำความรู้สึกหรือภาวะอารมณ์ให้เป็นทางบวกได้ เช่น ถ้าเราคิดในสิ่งดี มองโลกหรือผู้รอบข้างด้วยความคิดที่ดี เห็นสิ่งดีในผู้อื่น ก็จะเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกในทางบวกหรือในทางดี ในทางตรงกันข้าม ความคิดทางลบก็ชักนำความรู้สึกให้เป็นทางลบได้เช่นกัน

อารมณ์ในทางใด ก็โน้มนำความคิดในทางเดียวกัน เช่น ถ้าเรามีความรักต่อใครคนหนึ่ง เราจะคิดถึงแต่สิ่งดีงามในตัวเขา แต่เมื่อใจถูกแทนที่ด้วยความโกรธหรือเคืองแค้น การกระทำต่างๆในทางไม่ดีที่เขาเคยทำก็จะผุดขึ้นในความคิดของเรา และเป็นการยากหากจะพูดถึงความดีที่เขาเคยทำในอดีต

## 4. อารมณ์ใดๆ ก็ตามจะรบกวนการทำงานของความคิด

หากภาวะจิตใจเต็มไปด้วยอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นความกังวล ความโศกเศร้า ความโกรธหรือแม้จะเป็นความตื่นเต้น ดีใจก็ตาม ในขณะที่นั้นประสิทธิภาพการทำงานของความคิดจะลดลง ไม่ว่าจะเป็นความคิดด้วยเหตุผล การคิดคำนวณ หรือการตัดสินใจใดๆ

ดังนั้น หากผู้ให้การศึกษา ต้องการให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ หรือตัดสินใจ เลือกลงปฏิบัติ จำเป็นต้องให้ผู้รับการปรึกษาอยู่ในภาวะอารมณ์ที่สงบเสียก่อน เพราะภาวะอารมณ์จะรบกวนการทำงานของความคิด หรือสกัดกั้น การรับรู้ข้อมูลต่างๆ

ในทางกลับกัน จะพบว่าหากจิตใจมีสมาธิ ปราศจากภาวะอารมณ์ใดๆ ความคิดจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดปัญญาหรือความหยั่งรู้จะบังเกิดขึ้นในภาวะที่จิตนิ่งเป็นสมาธิเท่านั้น

#### 5. ความทุกข์ใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความกังวล ความเสียใจและความโกรธ

ความวิตกกังวล เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อคิดล่วงหน้าไปถึงสถานการณ์ในอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดผลในทางใดทางหนึ่ง อันมีผลกระทบต่อชีวิต

ความเสียใจ เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่านสถานการณ์หรือทบทวนเหตุการณ์ในอดีตที่มีความหมายถึงการสูญเสีย หากจิตใจมีความผูกพันอย่างมาก หรือยึดมั่นต่อสิ่งที่ “สูญเสีย” ความเสียใจยิ่งเกิดมาก

ความโกรธ เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อพบสิ่งที่ตนไม่ต้องการและกระทบต่อความคาดหวังทำให้มีแนวโน้มตอบโต้ด้วยพฤติกรรมต่างๆ ทั้งคำพูดหรือการกระทำ

#### 6. ความคิดที่แสดงออกทางวาจา (Verbal Expression) และความคิดที่แสดงออกทางกาย (Non-Verbal Expression)

เมื่อเรามีความคิดบางอย่างที่ต้องการสื่อให้ผู้อื่นรับรู้หรือเกิดความเข้าใจที่ตรงกันเราจะแสดงออกทางคำพูดและอารมณ์ ความรู้สึก ก็สามารถสื่อสารให้รู้ได้โดยแสดงออกทางน้ำเสียง แววตา สีหน้า ท่าทาง รวมทั้งการสัมผัสร่างกายต่อกัน

หากอารมณ์ความรู้สึกมีน้อย จะปรากฏให้รู้ทางแววตา เมื่ออารมณ์มากขึ้นการแสดงออกจะปรากฏให้เห็นทางสีหน้า และหากปริมาณหรือความเข้มข้นของอารมณ์สูงมาก จะแสดงออกทางท่าทาง

ดังนั้นการที่ผู้ให้การศึกษาเกิดความเข้าใจในภาวะจิตใจของผู้รับการปรึกษา จึงต้องมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งการสัมผัสร่างกายต่อกัน ต้องเป็นผู้ช่างสังเกตและไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น จึงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจต่อความคิด ภาวะอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาได้ดี

## คำประกาศ สิทธิของผู้ป่วย

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอนามัยกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทย์สภา สภากาชาด สภากาชาด สภากาชาด สภากาชาด แพทย์สภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

# เทคนิคสำคัญในการให้การปรึกษา โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว ที่ติดเชื่อเอชไอวี

เรืออากาศเอกหญิงสุภาพร สิงห์โกวิท  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การดำเนินงานในโครงการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื่อเอชไอวี เป็นการให้บริการแบบ Holistic care ซึ่งเป็นการดูแลด้านกาย จิตใจ และสังคม ควบคู่กันไป โดยมีเป้าหมายที่ผู้รับบริการปรึกษาเป็นสำคัญ เป็นการผสมผสานการทำงานในรูปแบบเบ็ดเสร็จ ไม่แยกส่วนในการทำงาน จึงเป็นการทำงานที่อาศัยกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่หลากหลาย ทีมผู้ให้บริการจะต้องร่วมกันวางแผน กำหนดวิธีการดำเนินงาน รูปแบบในการให้บริการที่เน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย นับเป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีมอย่างแท้จริง จะขาดทีมใดทีมหนึ่งไปไม่ได้ หรือจะให้ใครคนใดคนหนึ่งจัดการโครงการฯ ทั้งหมดย่อมไม่เกิดผลดีต่อการดำเนินงาน และต่อผู้รับบริการปรึกษาอย่างแน่นอน ผู้ให้การปรึกษาเป็นบุคลากรในทีมที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการ เพราะเป็นทีมที่พบผู้รับบริการปรึกษามากที่สุด เป็นทีมที่ช่วยในการคัดกรองผู้รับบริการปรึกษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่อง โครงการฯ และยาเป็นอย่างดี ตลอดจนเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื่อ สามารถผสมผสานทักษะในการสื่อสารได้อย่างเป็นธรรมชาติ เอื้อให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เข้าใจ สามารถค้นหาศักยภาพของตนเองได้

การให้การปรึกษาในโครงการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื่อเอชไอวี จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งเพราะมีส่วนช่วยในการคัดกรองผู้รับบริการปรึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา(ชนิดของยา สูตรยา ระยะเวลาในการกินยา ผลข้างเคียงของยา ผลที่ได้จากการกินยาฯลฯ) ทำให้ผู้รับบริการปรึกษาเข้าใจปฏิบัติได้ถูกต้อง เข้าใจ และรู้ว่าตนเองมีปัจจัยเอื้ออะไร มีอุปสรรคอะไรต่อการกินยา เมื่อเบื่อหน่าย ท้อแท้ ปฏิกริยาทางจิตใจเป็นอย่างไร อีกทั้งโครงการฯนี้เป็นโครงการฯที่ดูแลคนทั้งชีวิต จะให้คำแนะนำแต่เรื่องยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ ยังต้องให้ความสนใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ติดเชื่อ อากาและการรักษาพยาบาลโรคติดเชื่อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ การอยู่ร่วมกันในครอบครัว การป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื่อ โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื่อ เอชไอวีที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ติดเชื่อ เป็นต้น หรือไม่ใช่สนใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มผู้เข้าโครงการฯ



เพียงอย่างเดียว เพราะยังมีกลุ่มผู้รับการรักษาอีกหลายประเภทที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ เช่น กลุ่มที่ต้องการกินยาแต่กินไม่ได้ กลุ่มที่สามารถกินยาได้แต่ไม่ประสงค์จะกิน กลุ่มที่อยู่ในโครงการฯแล้วแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ในการกินยาเพราะระดับ CD4 มากกว่า 200 cells/mm<sup>3</sup> กลุ่มที่กินยาแล้วในระยะหนึ่งแต่ประสบปัญหาไม่สามารถกินยาต่อได้ ฯลฯ รวมถึงยังมีผู้ติดเชื้อที่ต้องดูแลแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสิ่งที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์ คือ พื้นฐานการให้การปรึกษา การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การดูแลผู้ติดเชื้อด้านโภชนาการ สิ่งแวดล้อม มีทักษะในการให้การปรึกษา การสำรวจแรงจูงใจ การให้ข้อมูล การพิจารณาทางเลือก และการให้กำลังใจ เป็นต้น เพราะแรงจูงใจของผู้รับการรักษาในการเข้าโครงการฯ อาจมีแรงจูงใจในระยะสั้น คือยอมรับเงื่อนไขของโครงการฯ โดยไม่สนใจข้อมูลในระดับลึก ทำให้เกิดปัญหาในการกินยาไม่ต่อเนื่อง การแก้ไขนอกจากกระบวนการให้การปรึกษาที่มีคุณภาพแล้ว ต้องมีระบบการติดตามที่มีคุณภาพ สัมพันธภาพของผู้ให้บริการ (ทีมผู้ให้บริการในโครงการฯ ทุกคน) กับผู้รับการรักษาต้องดีมากๆ และให้ผู้รับการปรึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเป็นสำคัญ

เอกสารฉบับนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ กระบวนการให้การปรึกษา ขั้นตอนการให้การปรึกษา ทักษะที่สำคัญในการให้การปรึกษาในโครงการฯ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีความสำคัญต่อการให้การปรึกษาในโครงการนี้

## หลักการสำคัญในการให้การปรึกษาในโครงการฯ

1. ผู้ให้การปรึกษาสามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารความก้าวหน้าที่เกี่ยวข้องกับสูตรยาและการรักษาใหม่ๆ
2. มีทักษะในการสื่อสาร การให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับปรึกษาได้เข้าใจได้ง่าย เห็นแนวทาง และสามารถปฏิบัติได้จริง
3. เป็นการผสมผสานทักษะต่างๆของกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับปรึกษาพิจารณาทางเลือกต่างๆ ได้อย่างรอบด้าน เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ เหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สามารถช่วยให้สภาวะอารมณ์ผ่อนคลายลงได้
4. ช่วยให้ผู้รับปรึกษา วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ต่อผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ของแต่ละทางเลือก
5. ช่วยให้ผู้รับปรึกษากำหนดทางเลือกได้ด้วยตนเองโดยเน้นรูปแบบของพฤติกรรมที่จะนำไปปฏิบัติ

## กระบวนการให้การปรึกษา

**การให้การปรึกษา** หมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษาซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจ สิ่งที่เป็นปัญหา และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับปรึกษาพึ่งตนเองได้ สามารถเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ และแก้ไขปัญหามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้



## ขั้นตอนในการให้การปรึกษา

♥ การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ เป็นการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและความสมัครใจในการรับบริการ เกิดความมั่นใจต่อการเปิดเผยปัญหาและแสดงความรู้สึก ทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในระหว่างการให้การปรึกษาว่าจะพูดคุยในประเด็นอะไร ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้รับการปรึกษาสนใจเป็นสำคัญ เวลาที่ใช้ การรักษาความลับ เพื่อให้การให้การปรึกษาเป็นไปอย่างมีทิศทาง เป้าหมาย และวิธีที่ตรงกัน

♥ สสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา สาเหตุความต้องการ เป็นการค้นหารายละเอียดของปัญหา ความเป็นมา สาเหตุของปัญหาให้มีความชัดเจนมากที่สุด ก่อนที่จะนำไปแก้ไขพร้อมกับพิจารณาถึงความต้องการของผู้รับการปรึกษาด้วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ ทบทวนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน ผู้ให้การปรึกษาจะทำตามติดตามเรื่องราวของปัญหาโดยการผสมผสานทักษะต่างๆ

♥ การวางแผนแก้ไขปัญหาคือ เป็นการลำดับความสำคัญ ความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหา ค้นหาความยากง่าย และความเป็นไปได้ในการแก้ไขสาเหตุของปัญหา พิจารณาศักยภาพของผู้รับการปรึกษาในปัญหาด้วยตนเองก่อน โดยผู้ให้การปรึกษาพยายามเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสม ซึ่งมีการวางแผนการปฏิบัติอย่างละเอียด การแก้ไขปัญห โดยพิจารณาความสามารถและประสบการณ์ของผู้ให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาในการวางแผนแก้ไขปัญห และความสามารถในการปฏิบัติได้ร่วมด้วย

♥ การยุติการปรึกษา เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นการสิ้นสุดของบริการ สิ้นสุดการพูดคุยในแต่ละครั้งหรือเป็นการยุติการให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษารายนั้นตลอดไป วิธีการปฏิบัติในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ให้การปรึกษาจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาสรุปประเด็นที่พูดคุยกันมา และแนวทางแก้ไขที่จะนำกลับไปปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยจะมีการให้การปรึกษาต่อจนผู้รับการปรึกษา และผู้ให้การปรึกษาเห็นว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษาได้รับการแก้ไข ผู้รับการปรึกษามีความพึงพอใจ และสามารถดำรงอยู่ได้ตามศักยภาพของตนเอง จึงทำการปิดหรือยุติการปรึกษาตลอดไป

## ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษา

ในการให้การปรึกษามีการพูดคุย การสื่อสารระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทักษะการสื่อสารจึงมีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือเพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาได้ร่วมกันแก้ไขปัญห การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมคนสองคนเข้าหากัน สร้างความไว้วางใจต่อกัน ช่วยให้การปรึกษามีคุณภาพ และได้ผลตามที่ต้องการ

### ♥ การฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening)

เป็นการฟังเนื้อหาเรื่องราวที่ถ่ายทอดจากความคิด อารมณ์ ความรู้สึก สภาพที่ผู้รับการปรึกษาประสบอยู่ รวมถึงการสังเกตภาษากายที่แสดงออกมาได้แก่ กิริยา ท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย น้ำเสียง จังหวะการพูด ความดังของเสียง ซึ่งจะทำให้เข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด และไม่ได้พูด แต่สามารถสังเกตได้จากท่าทางรวมทั้งอารมณ์ หรือความหมายที่แฝงอยู่คำพูดนั้นๆ ผู้ให้การปรึกษาสามารถตั้งข้อสังเกตในเรื่องที่น่าจะตรวจสอบดูว่าผู้รับการปรึกษาเข้าใจผิด

การฟังที่ดีต้องมีการจับประเด็น และสาระสำคัญที่แทรกอยู่ในคำพูด และท่าทาง มีสมาธิ ตั้งใจฟัง สนใจ ติดตามเรื่องราว มีการแสดงออกที่สอดคล้องกับเรื่องราวที่ฟัง และมีการแสดงการตอบรับเรื่องที่ฟัง ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ได้ว่ามีผู้ที่เข้าใจ แสดงถึงความตั้งใจในการรับฟัง

## ♥ การถาม

การถามเป็นทักษะที่ใช้ในการหาข้อมูลของผู้รับการปรึกษา เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษามากขึ้น และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงความคิด ความรู้สึก และเรื่องราวต่างๆที่จะให้การปรึกษา การตั้งคำถามที่ดีเป็นส่วนในการพูดคุยโต้ตอบระหว่างกัน ทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยผู้รับการปรึกษาเรียบเรียงความคิด ความรู้สึก การเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการปรึกษา ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ชีวิต เข้าถึงปัญหาของผู้รับการปรึกษามากยิ่งขึ้น

โดยทั่วไปการถามมี 2 ประเภท ได้แก่คำถามปิด และคำถามเปิด ซึ่งมีที่ใช้และข้อจำกัดต่างกัน คำถามปิด เป็นคำถามที่มีตัวเลือกให้ผู้ตอบ หรือถามเพื่อต้องการคำตอบโดยเฉพาะ มีประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เช่นข้อมูลการซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยโรค ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำถามปิดในการให้การปรึกษาจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกอึดอัด เหมือนถูกสอบสวน และคาดคั้น ส่วนคำถามเปิดเป็นคำถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบ มีประโยชน์มากในการให้อิสระในการตอบ และพูดคุย ทำให้ได้ข้อมูลของผู้รับการปรึกษาเพิ่มขึ้น ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงความคิด ความรู้สึก และได้ระบายสิ่งที่เป็นปัญหาตามความต้องการของตนเอง คำถามเปิดจะมีลักษณะคำถามที่ใช้คำว่า อะไร อย่างไร เพราะอะไร

## ♥ การสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก คือการที่ผู้ให้การปรึกษารับรู้ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา โดยภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งแฝงเร้น อยู่ในข้อความหรือเนื้อหาของคำพูดกิริยาท่าทาง โดยผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้วยภาษาพูดที่เหมาะสมชัดเจน ทำให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง สามารถมองปัญหาของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นการสะท้อนความรู้สึกเป็นเทคนิคสำคัญที่แสดงว่าผู้ให้การปรึกษามีความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างดี การสะท้อนความรู้สึกทำได้โดยจับความรู้สึกจากการใส่ใจกับการแสดงออก และการสังเกตอารมณ์ในคำพูดของผู้รับการปรึกษา กำหนดความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาหลังการสังเกต และพูดสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกมาพร้อมกับการเล่าเรื่องราวต่างๆ โดยไม่มีการตีความจากผู้ให้การปรึกษา

## ♥ การสรุปความ

คือการจับประเด็นการพูดคุยที่มีความสำคัญแล้วนำมาเรียบเรียงให้เข้าใจง่ายต่อการรับรู้ทั้งสองฝ่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปประเด็นสิ่งที่ได้พูดคุยไปและตรวจสอบว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจถูกต้องหรือไม่ ขณะเดียวกันก็เป็นการให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหา หรือทางเลือกของตนเองได้อย่างชัดเจนขึ้น จะสรุปความได้ดีเมื่อตั้งใจฟัง ติดตามเรื่องราว สังเกตท่าทาง ภาษากายที่สื่อออกมา บอกเนื้อหาที่ได้ยินได้ฟังตามความเป็นจริง อาจเชื่อมโยงประเด็นที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน การสรุปความมี 3 แบบ คือผู้รับการปรึกษาสรุปทั้งหมด ผู้ให้การปรึกษา

เป็นผู้สรุป หรือช่วยกันสรุปทั้งผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ที่ดีที่สุดคือให้ผู้รับการปรึกษารูปความด้วยตนเอง จะทำให้ทราบว่า การให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจในประเด็นที่ได้พูดคุยกันมากน้อยเพียงไร เท่ากับเป็นการประเมินสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้ให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษาด้วย

### ♥ การเจียบ

คือเป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีเวลาความคิด รวบรวมรายละเอียดประเด็นปัญหาต่างๆ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดความคิด ความรู้สึกที่มีต่อปัญหา การเจียบระหว่างการให้การปรึกษา มี 2 ลักษณะ คือ เจียบบวก และเจียบลบ

### ♥ การทวนความ

คือการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่า หรือพูดไปแล้ว อีกครั้งหนึ่ง โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าในแง่ของภาษา หรือความรู้สึกที่แสดงออกมา ไม่มีการใส่ความคิดเห็น หรือไม่มีการตีความ การทวนความมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การทวนความทุกประการที่ผู้รับการปรึกษาพูด เป็นการทวนทุกคำที่ผู้รับการปรึกษาพูด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และการทวนความแบบสรุป เป็นการจับประเด็นสำคัญเพียงส่วนเดียว เอาแต่ใจความสำคัญ ทวนในส่วนที่ผู้รับการปรึกษาพูด โดยที่ผู้ให้การปรึกษาเห็นว่าสำคัญที่สุด

## ทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหา

### ♥ การให้ข้อมูล

คือ การให้รายละเอียดที่จำเป็นแก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจ การเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหานั้นเป็นแนวทางที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งในการดำเนินงานโครงการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้การปรึกษาในโครงการฯ จำเป็นต้องใช้ทักษะนี้ในการให้บริการเป็นอย่างมาก การให้ข้อมูลด้านบวก และด้านลบ จึงจำเป็นต้องให้ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจเลือกอย่างดีที่สุด โดยไม่โน้มเอียงไปตามความคิด หรือข้อเสนอแนะจากผู้ให้การปรึกษา

#### ขั้นตอนในการให้ข้อมูล

1. สสำรวจ ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาลือเลือกกระทำอย่างไร อย่างหนึ่ง
2. แก้ไขข้อมูลที่อาจเป็นการเข้าใจผิด เสริมข้อมูลที่ยังไม่รู้
3. ตรวจสอบการรับรู้ของผู้รับการปรึกษาต่อข้อมูลที่ได้รับ
4. ตรวจสอบความต้องการทราบข้อมูลของผู้รับการปรึกษา

## วิธีการในการให้ข้อมูล

1. ใช้ทักษะคำถามเปิด การทวนความ การสรุปความ
2. อธิบายให้ทราบข้อมูลที่ยังขาด/ที่ต้องการ
3. ให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับ
4. ให้ผู้รับการปรึกษา ได้พิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม ถูกต้อง ที่เป็นไปได้ตามข้อมูลที่ได้รับ

## ♥ การพิจารณาทางเลือก

เป็นการสำรวจศักยภาพของผู้รับการปรึกษาในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหามีอยู่แต่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางนั้นๆได้ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นศักยภาพที่ดีของตนเองที่มีอยู่ เพื่อประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาของผู้รับการปรึกษา กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคำนิ่งถึงผลดี ผลเสีย และผลกระทบในแต่ละทางเลือกนั้นๆ เพื่อประกอบในการตัดสินใจ เพราะในทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษาได้ตัดสินใจนั้น อาจเป็นทางเลือกที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดในขณะนั้น แต่อาจไม่ใช่สิ่งที่คุณรับการปรึกษาพึงประสงค์เท่าไรนัก ผู้รับการปรึกษาจะต้องยอมรับในทางเลือกที่ตนเองได้เลือกไว้ โดยผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเตรียมความพร้อม จนเกิดความมั่นใจในทางเลือกที่ได้วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเองไว้ และสามารถดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมั่นใจ ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะพิจารณาทางเลือกในระหว่างการให้การปรึกษา ร่วมด้วย ทั้งนี้ในแต่ละทางเลือกต้องมีข้อมูลที่เป็น ทั้งด้านบวก และด้านลบ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือก ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญห อย่างมีเหตุมีผล และมีคุณภาพ มากที่สุด

## วิธีการพิจารณาทางเลือก

1. สำรวจความคิด อารมณ์ และความรู้สึก โดยใช้ทักษะการถาม ทวนความ สะท้อนความรู้สึก และสรุปความ
2. ประเมินโดยการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การยอมรับ การพูด การเอาใจใส่ และความสม่ำเสมอ อธิบายให้ทราบข้อมูลที่ยังขาด / ที่ต้องการ
3. ให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาผลดี ผลเสีย และผลกระทบของแต่ละทางเลือก อย่างรอบด้าน
4. ตัดสินใจเลือกด้วยผู้รับการปรึกษาเอง
5. ให้กำลังใจ ชักชวน หรือเตรียมผู้รับการปรึกษาในการปฏิบัติจริงในแต่ละทางเลือกที่เลือกไว้ พร้อมทั้งวางแผนในการติดตามผลด้วย

## ♥ การให้กำลังใจ

เป็นการแสดงความสนใจ ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้พูดมาแล้ว และเป็นการสนับสนุนให้เขาได้พูดต่อ โดยมีกิริยาท่าทางที่แสดงให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าผู้ให้การปรึกษาได้รับรู้และได้ยินในสิ่งที่พูดออกมา เช่นการพยักหน้า การอุทานตอบรับ ครับ ค่ะ การทวนความ ทำให้ผู้ให้การปรึกษารู้ถึงศักยภาพของผู้รับการปรึกษา มีแนวทางในการหาแรงจูงใจให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าผู้ให้การปรึกษาได้รับรู้และเข้าใจ เกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจในการเผชิญ ปัญหา แก้ไขปัญหา มีความเชื่อมั่น



และมองเห็นศักยภาพของตนเอง ในกรณีผู้รับการปรึกษาในโครงการฯ ต้องปรับตัวในการกินยาให้ต่อเนื่อง ทักษะการให้กำลังมีความจำเป็นเพื่อจูงใจให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางในการกินยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่จะตามมาด้วย

### วิธีการในการให้กำลังใจ

1. ใช้ทักษะคำถามเปิด การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก และการสรุปความ
2. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุยถึงศักยภาพของตน ภายใต้อารมณ์และความรู้สึกนั้นๆ
3. สนับสนุนให้ศักยภาพ กำลังใจ

### ♥ การเสนอแนะ

การเสนอแนะจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการได้แนวทางในการแก้ปัญหาให้ตนเอง ผู้ให้การปรึกษาที่ให้การเสนอแนะ ต้องให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้มีการพิจารณาตามข้อเสนอนั้นว่าเหมาะสม หรือปฏิบัติได้หรือไม่ จะช่วยให้การแก้ปัญหาของผู้รับการปรึกษานั้นเหมาะสมและเป็นจริงได้ ฟังระลึกไว้เสมอว่าการให้ข้อเสนอแนะจะให้เมื่อผู้รับการปรึกษาถึงทางตันจริงๆ ไม่สามารถคิดหรือหาทางออกได้ ผู้ให้การปรึกษาต้องกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาพยายามคิดหาทางออกได้ด้วยตนเองก่อน ถึงใช้ทักษะนี้เป็นลำดับสุดท้าย

### วิธีการในการเสนอแนะ

1. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจว่าผู้รับการปรึกษาไม่สามารถคิดหาแนวทางในการปฏิบัติได้
2. เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาบ้างหรือไม่
3. ให้ข้อเสนอแนะ โดยบอกถึงวิธีปฏิบัติ หรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ
4. ตรวจสอบปฏิกิริยาได้ตอบของผู้รับการปรึกษาต่อข้อเสนอแนะ
5. ชักชวนในการนำข้อเสนอไปใช้ เป็นการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้รับการปรึกษาในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้มากขึ้น

ทักษะต่างๆ ที่ได้กล่าวมาทั้งหมดเป็นทักษะที่จำเป็นในการให้การปรึกษาผู้รับการปรึกษาในโครงการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้การปรึกษาต้องผสมผสานองค์ความรู้ทั้งหมดที่ได้รับ และความรู้ทั้งหมดที่ได้ค้นหามาจากแหล่งอื่นๆ นำมาแปลงให้เป็นข้อมูลอย่างง่าย ที่ผู้รับการปรึกษาสามารถเข้าใจได้ เพราะในการตัดสินใจเรื่องของการกินยา หมายถึงความสำคัญในการตัดสินใจพิจารณาเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้กับชีวิต และครอบครัวของเขา ผู้รับการปรึกษาควรเลือกในสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดีที่สุดสำหรับเขา และครอบครัวของเขา ภายใต้การเอื้ออำนวยของผู้ให้การปรึกษา ที่เลือกใช้กระบวนการ ขั้นตอน และทักษะที่เหมาะสมต่อผู้รับการปรึกษา

## การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ปัจจุบันในการทำงานการให้การปรึกษาเรื่องเอดส์ ผู้ให้การปรึกษาจะทำงานใน 2 ส่วนด้วยกัน คือ

- 1) Supportive Counselling คือการให้การปรึกษาเพื่อประคับประคองจิตใจสำหรับผู้มีความทุกข์ใจจากการติดเชื้อเอชไอวี
- 2) Preventive Counselling คือการให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ทั้งจากผู้ติดเชื้อแล้วไม่ถ่ายทอดเชื้อไปสู่บุคคลอื่น และผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการรับเชื้อจากบุคคลอื่น

ในการให้การปรึกษา เรื่องเอดส์ ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องมีความเข้าใจในเรื่องการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างถูกต้องและสามารถพูดคุยกับผู้รับการปรึกษาได้ ถึงแม้จะเป็นผู้รับการปรึกษาที่ติดเชื้อเอชไอวี มานานแล้วก็ตาม โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อที่สมัครใจกินยาต้านไวรัส ในระหว่างการกินอาจเกิดการตั้งยาได้ ฉะนั้นถ้าผู้รับการปรึกษายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยที่ไม่ป้องกัน กับคู่เพศสัมพันธ์ นอกจากคู่เพศสัมพันธ์จะรับเชื้อเอชไอวีแล้ว คู่เพศสัมพันธ์จะได้รับถ่ายทอดเชื้อที่ดื้อยาอีกด้วย ซึ่งโอกาสในการรักษาของผู้ที่รับเชือรายนั้นๆ ย่อมน้อยลง กว่าผู้ติดเชื้อแต่ไม่ดื้อยา ผู้รับการปรึกษาที่เข้าใจโครงการฯ และกินยาต้านไวรัส จะต้องรู้ เข้าใจ และปฏิบัติได้จริงในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อให้แก่ผู้อื่น ดังนั้นในการให้การปรึกษาผู้ให้การปรึกษาต้องพูดคุยกับผู้รับการปรึกษาทุกรายในเรื่องการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายคือ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มของผู้รับการปรึกษา โดยผู้รับการปรึกษาจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และผู้รับการปรึกษาต้องมี

- ▲ ความรู้ ในเรื่องการรับเชือกับกลไกการสร้าง การลด ภูมิคุ้มกันของร่างกาย การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
- ▲ ทักษะ ในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และทักษะในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้รับการปรึกษาต้องทำได้จริง ปฏิบัติได้ โดยมีผู้ให้การปรึกษาสาธิตให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นเป็นรูปธรรม โดยเน้นการฝึกการใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องให้แก่ผู้รับการปรึกษา จนผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติได้จริง และมีทักษะในการสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

## การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง

ในการให้การปรึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ผู้ให้การปรึกษา ต้องตระหนักว่าโอกาสเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์นั้นเป็นไปได้สูง ต้องคำนึงถึงเพศสัมพันธ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ว่าคู่เพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก่อนหรือไม่ ประเด็นนี้ต้องเชื่อมโยงให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจให้ชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง คือ 1) เลื่อนอำนาจให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี และได้สำรวจในพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อ 2) เลื่อนอำนาจให้ผู้รับการปรึกษาได้หาแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ใดๆ ว่าเสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงมาก หรือไม่เสี่ยงเลย ต้องพิจารณาจากหลักการแพร่เชื้อเอชไอวี คือ



- ▲ **ออก (Exit)** เชื้อไวรัสเอชไอวี นั้นต้องออกจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ และควรพิจารณาว่าเชื้อออกทางใด ทางเลือด อสุจิ จะมีไวรัสมาก แต่ถ้าเป็นน้ำลาย น้ำตาจะมีปริมาณน้อย
- ▲ **มีชีวิตอยู่ (Survive)** เชื้อไวรัสเอชไอวี ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่นในเลือด อสุจิ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด ฯลฯ ซึ่งถ้าอยู่ภายนอกการเชื้อเอชไอวี จะอยู่ได้ไม่นาน
- ▲ **เข้า (Enter)** หมายถึงเชื้อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย และกระแสเลือด โดยผ่านทางช่องทางต่างๆ เช่น บาดแผลเปิด ช่องคลอด
- ▲ **ปริมาณเพียงพอ (Sufficient)** หมายถึง เชื้อไวรัสเอชไอวี นั้นต้องมีปริมาณเพียงพอต่อการติดเชื้อ

ผู้ให้การปรึกษาต้องใส่ใจพฤติกรรมในรายละเอียดของผู้รับการปรึกษา เพื่อประเมินความความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ฝึกลำดับความคิดในเรื่องโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อร่วมกับผู้รับการปรึกษา โดยยึดหลักการทั้ง 4 ข้อ ในระหว่างการพูดคุยควรเชื่อมโยงให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสำคัญในการการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ควรสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในรายละเอียด รูปแบบ ช่องทาง กับใคร ครึ่งสุดท้ายเมื่อไร มีการป้องกันหรือไม่ อย่างไร ฯลฯ แล้วจึงสรุปให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง เพื่อประโยชน์ในการดูแลทั้งเรื่องของการกินยาต้านไวรัส การหาแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้รับการปรึกษา เน้นให้เห็นความสำคัญในการป้องกัน ไม่รับ และถ่ายทอดเชื้อเพิ่มให้กับบุคคลอื่นเป็นสำคัญ

## เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex) จากการติดเชื้อเอชไอวี

คือ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ให้เยื่อต่างๆ บริเวณอวัยวะเพศชาย/หญิง ทวารหนัก บริเวณช่องปาก สัมผัสน้ำคัดหลั่ง เช่น น้ำเชื้ออสุจิ น้ำหล่อลื่นช่องคลอด หรือสารเหลวในช่องทวารหนักของคุณเพศสัมพันธ์ที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งทางเลือกของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ได้แก่

- ▲ **เพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยการสวมถุงยางอนามัยก่อนการสอดใส่อย่างถูกต้อง**
- ▲ **เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการสอดใส่** ได้แก่ 1) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) โดยใช้อวัยวะเช่น มือ นิ้วมือ หรืออาจใช้อุปกรณ์ต่างๆ ร่วมด้วย แต่อุปกรณ์นั้น ต้องไม่ใช่ร่วมกับผู้อื่น 2) แบบช่วยกันสำเร็จความใคร่ (Mutual Masturbation) ภายใต้งู้นไขว่ว่าจะต้องไม่มีแผลเปิดบริเวณผิวหนังที่สัมผัสน้ำคัดหลั่งที่ออกมา

เนื่องจากมีผู้ให้การปรึกษาเป็นจำนวนมากมักให้ข้อมูลแก่ผู้รับการปรึกษาถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรับเชื้อ และถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น มักพูดเฉพาะเรื่องที่ตนเองถนัด คือการพูดเรื่องการใช้ ถุงยางอนามัยเท่านั้น ซึ่งเป็นการให้ข้อเสนอแนะและโน้มนำตามความคิด ความรู้สึกจากผู้ให้การปรึกษา โดยไม่คำนึงว่าผู้รับการปรึกษาจะพึงพอใจหรือไม่ เพราะผู้รับการปรึกษาบางส่วนอาจรู้สึกยุ่งยากต่อการใช้ถุงยางอนามัย รู้สึกลำบากในการพูดคุยกับคู่เพศสัมพันธ์ ให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชิน อีกทั้งทางเลือก ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ยิ่งแคบลงกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ให้การปรึกษาต้องไม่ด่วนสรุปทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ ให้กับผู้รับการปรึกษา โดยคิดว่าผู้รับการปรึกษาพึงพอใจในการใช้ถุงยางอนามัยแล้ว ควรสำรวจความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา ก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง

ถึงแม้จะมีปัจจัยหลายประการที่เป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการใส่ถุงยางอนามัยก็ตามแต่ในโครงการฯ นี้การพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยเน้นการใส่ถุงยางอนามัยมีความจำเป็นต้องพูดกับผู้รับการปรึกษาทุกราย โดยพูดถึงความจำเป็นในการใส่ถุงยางอนามัยหากผู้รับการปรึกษายังมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่อยู่ และต้องฝึกการสวม-ถอดถุงยางอนามัยให้ที่ถูกต้องด้วย การให้ข้อมูลเรื่องการใส่ถุงยางอนามัยจะต้องเป็นการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่าย และถูกต้องพร้อมกับเหตุผลประกอบทุกขั้นตอนให้ผู้รับการปรึกษาเห็นประโยชน์ในการสวมและถอดถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง นอกจากการให้ข้อมูลแล้วผู้ให้การปรึกษาต้องทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดความเสี่ยงต่อการรับ และแพร่เชื้อเพิ่ม โดยเฉพาะเชื้อดื้อยาในกรณีที่ยกยาด้านไวรัส และเชื่อว่าทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษาเลือกนั้นเขาสามารถทำได้จริง ด้วยหลักของการฝึกฝนทดลองทำบนสถานการณ์ที่มีการเตรียมความพร้อม เช่นทดลองซ้อมพูดเพื่อให้คุ้นเคยใส่ถุงยางอนามัย หรือการทดลองซ้อมการใส่ถุงยางอนามัยด้วยตนเองก่อนสถานการณ์จริง

## วิธีการสวมถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

- 1) ตรวจสอบวัน เดือน ปีที่ถุงยางหมดอายุ ซึ่งบันทึกไว้ที่หน้าซอง เพราะถุงยางอนามัยที่หมดอายุนั้นประสิทธิภาพในการใช้งานจะลดลง อาจแตกหรือฉีกขาดได้ ผลคือไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้
- 2) ฉีกซองบรรจุถุงยางอย่างระมัดระวัง อาจบีบถุงยางให้ลื่นไปอยู่อีกด้านหนึ่ง มิฉะนั้นถุงยางอาจถูกฉีกขาดไปด้วย ระวังในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไว้เล็บอาจเกี่ยวให้ถุงยางฉีกขาดได้
- 3) สวมถุงยางเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว ก่อนการสอดใส่ให้นิ้วบีบปลายถุงยาง เพื่อไม่ให้มีอากาศอยู่ภายในเพราะอาจทำให้แตกได้ในระหว่างร่วมเพศ รูดถุงยางให้สุดอวัยวะเพศ
- 4) อาจใช้สารหล่อลื่น เป็นWater-based lubricant เช่น K-Y jelly ทารอบถุงยางเพื่อลดการเสียดสีขณะร่วมเพศ (มีผู้รับการปรึกษาบางรายใช้ Lotion น้ำมันทำกับข้าว หรืออื่นๆ แทนสารหล่อลื่น เพราะเห็นว่าราคาถูกหรือเป็นประสบการณ์เดิมที่เคยใช้มา ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผิด ผู้ให้การปรึกษาคควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องโดยอธิบายว่าการใช้สารชนิดอื่นซึ่งไม่ใช่สารหล่อลื่นอาจเกิดปฏิกิริยากับถุงยางอนามัยและทำให้ถุงยางเสื่อมคุณภาพได้ ทำให้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้)
- 5) หลังร่วมเพศจนหลังน้ำอสุจิแล้ว ถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดก่อนที่จะหดตัว อาจจับ ถุงยางบริเวณโคนอวัยวะเพศเพื่อป้องกันมิให้ถุงยางหลุดในช่องคลอด ระวังการสัมผัสสารคัดหลั่งหลังของคูเพศสัมพันธ์
- 6) วิธีการถอดถุงยางอนามัย รูดถุงยางออกด้วยกระดาษทิชชู หากไม่มีให้ถอดอย่างระมัดระวังโดยคำนึงถึงหลักการแพร่เชื้อไวรัสระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ คือ ถ้าเป็นฝ่ายชายถอด ให้ถอดโดยสอดนิ้วด้านในเพราะจะสัมผัสสารคัดหลั่งของตนเอง แต่ถ้าฝ่ายหญิงเป็นผู้ถอด ให้ถอดโดยสัมผัสด้านนอกเพราะสัมผัสกับสารคัดหลั่งของฝ่ายหญิงเอง ทางด้านนอก
- 7) ใส่ถุงหรือห่อให้มิดชิด ทั้งถุงยางที่ใช้แล้ว ทันที โดยใช้วิธีเฆาะหรือฝังขยะ
- 8) ทำความสะอาดอวัยวะเพศทันทีหลังการร่วมเพศ

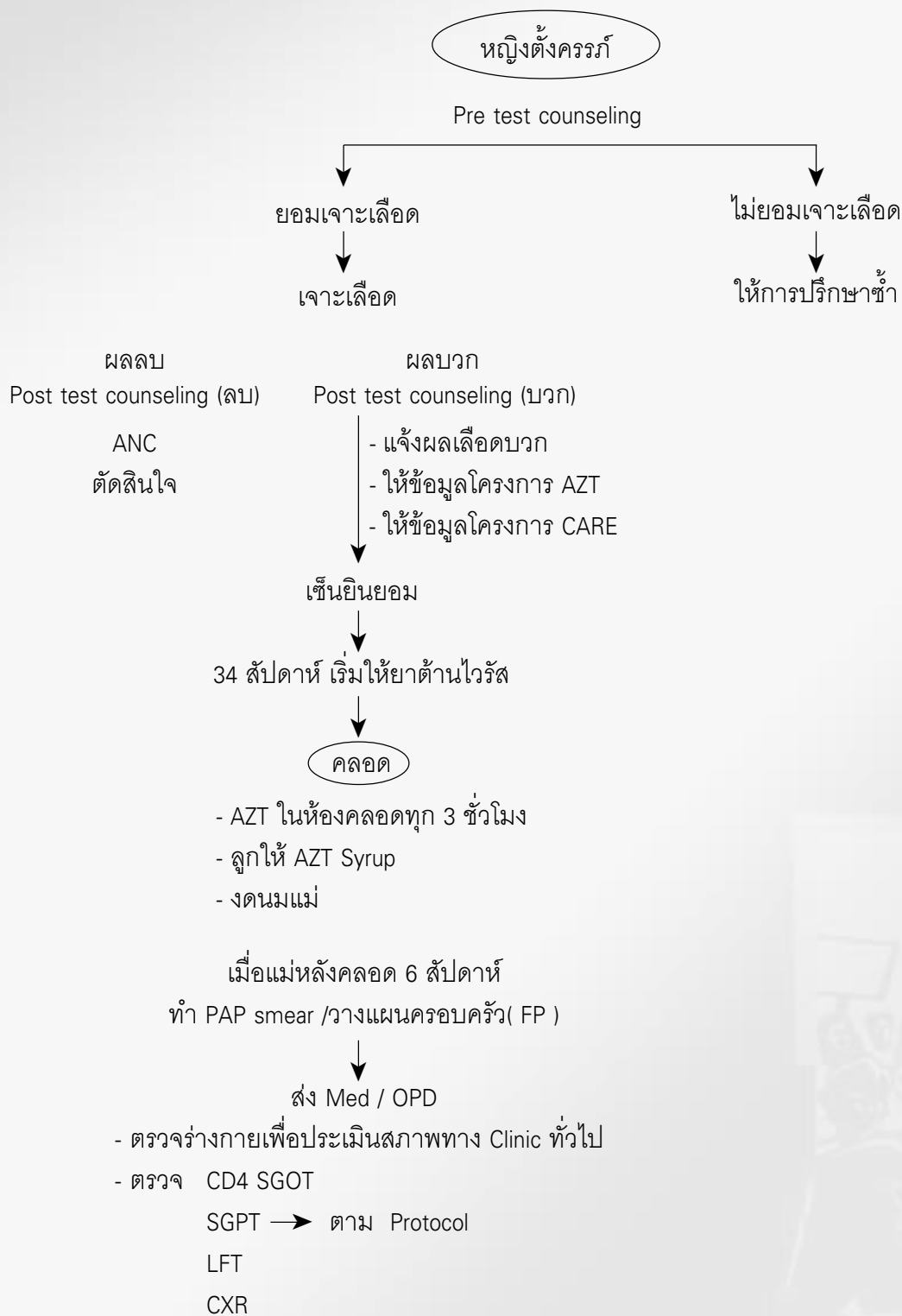
ในการพูดคุยเรื่องเพศนับเป็นการพูดคุยในเรื่องที่ละเอียดอ่อน และมักจะไม่พูดคุยกันในสังคมไทย ความรู้สึกกระดากอายที่จะคุยในประเด็นนี้ของผู้ให้การปรึกษา จะมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความลำบากใจที่จะพูดคุยในรายละเอียดของพฤติกรรมทางเพศ อาจเสียโอกาสที่จะสำรวจข้อมูลของผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่กระจ่างในพฤติกรรมที่เสี่ยงนั้น และไม่สามารถที่จะเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การป้องกันได้ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาต้องทำความเข้าใจในตนเองด้วยว่าอะไรเป็นอุปสรรคในการให้การปรึกษา เนื่องจากสาเหตุอะไร ขาดความรู้ หรือมีทัศนคติส่วนตัวต่อการพูดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศหรือไม่ อย่างไรก็ตามสามารถปรับแนวคิดได้หรือไม่ จึงทำให้การบริการเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นในกระบวนการให้การปรึกษาผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการให้ผู้รับการปรึกษาที่ไม่รู้ความเสี่ยงของตนเองได้รู้ เข้าใจ และตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยง กระจ่างชัดว่ามีทางเลือกที่จะช่วยให้ลดการติดเชื้อเพิ่ม หรือป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้อย่างไร ทั้งนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในทางเลือกที่ปลอดภัยก่อน จึงสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับการปรึกษาได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาต้องเข้าใจด้วยว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องยาก ที่ต้องใช้เทคนิค วิธีการ และเวลาในการปรับนานพอสมควร การติดตามความก้าวหน้าในช่วงนี้จึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อประคับประคองให้ผู้รับการปรึกษาผ่านสถานการณ์นี้ให้ได้อย่างมั่นใจ

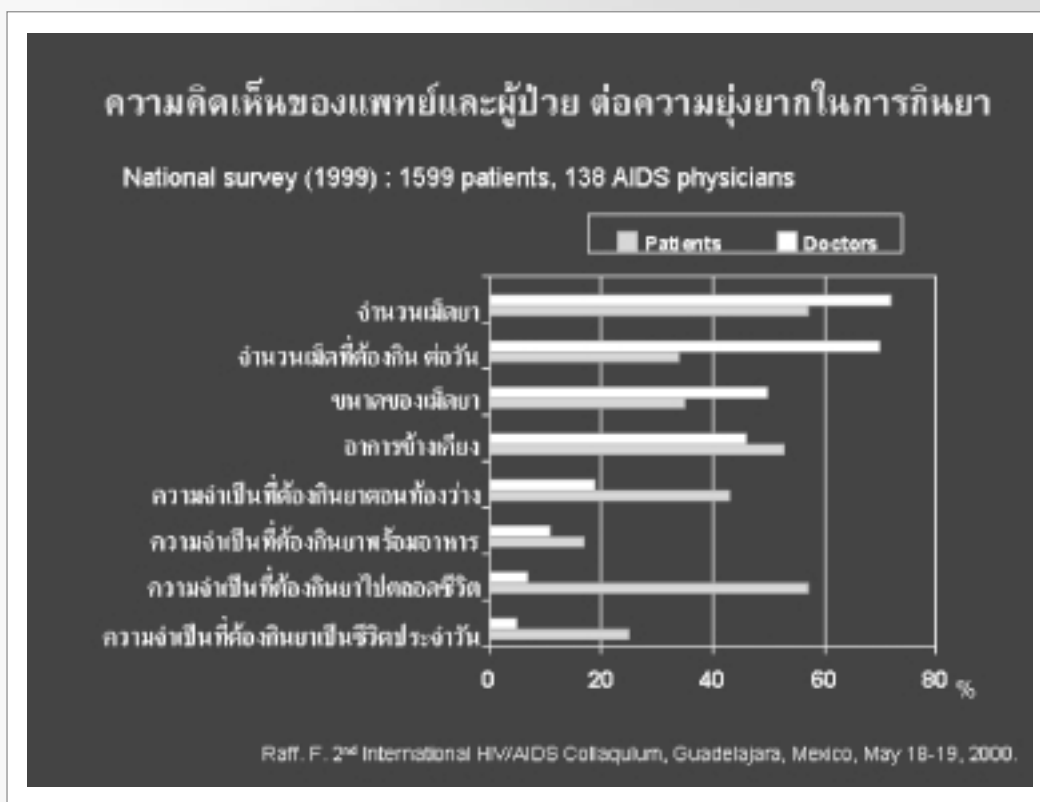


## ผังการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

(จากเอกสาร แนวทางการปฏิบัติงานโครงการให้บริการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อ เอชไอวี, ฉบับร่าง สิงหาคม 2545 )



\*



ผลงานวิจัยสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ดูแล ในเรื่องความยุ่งยากของความร่วมมือในการกินยาให้สม่ำเสมอ พบว่าปัญหาความยุ่งยากในการกินยาอย่างสม่ำเสมอที่แพทย์และผู้ป่วยเห็นตรงกัน หรือค่อนข้างตรงกัน คือ จำนวนเม็ดยา อาการข้างเคียงของยา ส่วนความคิดเห็นของแพทย์และผู้ป่วยที่ไม่ตรงกัน คือ ความบ่อยของการกินยาไม่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่แพทย์มองว่าเป็นปัญหา หรือการที่ต้องกินยาไปตลอดชีวิตไม่เป็นปัญหาของแพทย์ แต่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

### สรุป

1. ความคิดเห็นของผู้รับการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการกินยา จึงต้องเน้นที่ผู้รับการรักษาเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่เป็นความคิดของแพทย์ หรือผู้ให้การปรึกษา
2. มุมมองบางประเด็นของผู้รับการรักษา กับแพทย์ อยู่กันคนละด้าน โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบกับการต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยอมรับการกินยาเป็นชีวิตประจำวัน และต้องกินยาไปตลอดชีวิต หากมุมมองของแพทย์ หรือผู้ให้การปรึกษายังต่างจากผู้รับการรักษา โอกาสที่ผู้รับการรักษาจะกินยาได้ต่อเนื่องอาจลดลงได้

\* นพ.สมนึก สังฆานูภาพ

3. การวิจัยนี้แสดงให้เห็นได้ชัดถึงความแตกต่างของความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงต้องระวังอิทธิพลของทัศนคติส่วนตัวที่มีแนวโน้มจะตัดสินแทน ผู้รับการปรึกษา และจำเป็นต้องใช้กระบวนการให้การปรึกษา เพื่อวิเคราะห์หาอุปสรรค/แรงจูงใจ และการให้ผู้รับการปรึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อที่จะทำให้ ผู้รับการปรึกษาร่วมมือกันยาอย่างสม่ำเสมอ





# เกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัส (ต้องเข้าเกณฑ์ทั้ง 2 ข้อ)

## 1. เกณฑ์ CD4

- ผู้ใหญ่ CD4 < 200 cell/mm<sup>3</sup>
- เด็ก CD4 < 20%

## 2. เกณฑ์ประเมินความพร้อมรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- ไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน (Naive)
- ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และไม่เป็นโรคจิต หรือโรคประสาท
- เข้าใจเรื่องการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคเอดส์

## • สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในโครงการ CARE •

### สูตรยาสำหรับผู้ใหญ่

- สูตรที่ 1 : D4T+3TC+NVP (GPOvir)
- สูตรที่ 2 : D4T+3TC+EFV
- สูตรที่ 3 : D4T+3TC+Boosted PI (RTB+IDV)

### สูตรยาสำหรับเด็ก

- สูตรที่ 1 : AZT + 3TC
- สูตรที่ 2 : AZT + 3TC + NVP

### NOTE

Case ที่ไม่ใช่ Naive (เคยรักษาด้วยยา ARV มาก่อน) อาจเข้าโครงการได้โดย

1. อยู่ในโครงการโดยไม่ต้องกินยา ARV
2. กินยา ARV สูตรอื่น ทั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา และกรณีที่ไม่ใช่ Naive

เรื่องการเลือกสูตรยาจะซับซ้อนมากขึ้นต้องให้แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาเป็นรายๆ ไป

# อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส

## ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซา หรือเจ็บ รู้สึกแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

## ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI

NVP จะพบผื่นแพ้ได้บ่อย ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงอาจหายเองได้หรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา แต่ผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นแพ้ยาอย่างรุนแรง ผิวหนังลอกทั่วตัว (Steven - Johnsons or Toxic epidermal necrolysis) นอกจากนี้ NVP ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ารุนแรง (SGPT > 5 เท่าของปกติ) ควรต้องหยุดยา

EFV จะพบอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสนประสาทหลอน หรืออาจพบผื่นแพ้ยาได้แต่ไม่รุนแรง

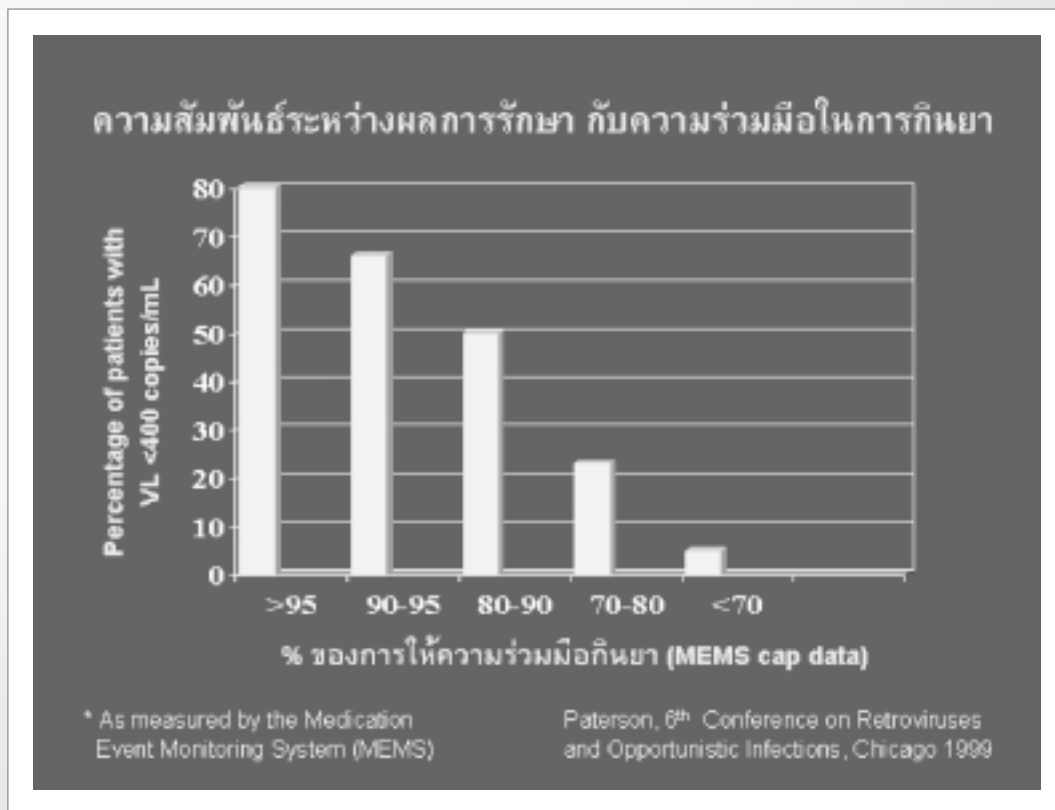
## ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม PI

RTV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซารอบๆปากหรือปลายมือปลายเท้า ลิ้นรับรสเปลี่ยนไปปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น อ่อนเพลีย

IDV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน นิ่วในไต ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น

การใช้ยาสูตรที่มียาในกลุ่ม PI มักพบผลข้างเคียงทั้งระยะสั้น เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร และระยะยาว เช่น ไขมันในเลือดสูง การดื้อต่ออินสุลิน ภาวะ lipodystrophy

# ความสำคัญของ Drug Adherence



- จากกราฟ การใช้ยาด้านไวรัสให้ได้ผลดี จะต้องกินยาสม่ำเสมอมากกว่า 95% ขึ้นไป นั่นคือ ถ้ากินยาวันละ 2 ครั้ง ใน 1 เดือนจะลืมกินยามากกว่า 3 ครั้งไม่ได้
- เป็นหัวใจสำคัญของการกินยาด้านไวรัสในการรักษาโรคเอดส์
- การประเมินความสามารถในการกินยาอย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการพิจารณาเริ่มให้ยาด้านไวรัส
- ความเคร่งครัดต่อการกินยาด้านไวรัส เป็นหัวใจของความสำเร็จของประสิทธิผลของยาอันจะทำให้สุขภาพกลับสู่ภาวะที่ดีขึ้น เพิ่มกับคุณภาพชีวิตและการมีชีวิตยืนยาว HIV/AIDS
- ความสำเร็จของ adherence ขึ้นอยู่กับ ความร่วมมือของผู้รับการรักษา และผู้ให้การรักษา ในการวางแผนการรักษาร่วมกัน

- แผนการรักษาต้องพัฒนามาตามบริบทของผู้รับการรักษาเอง โดยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผู้รับการรักษา สามารถกินยาได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง สม่าเสมอ
- การใช้ยาด้านไวรัส มีข้อแม้ว่าหากมีความไม่ครบถ้วนและถูกต้อง หมายถึงตัวผู้ป่วยจะสูญเสียโอกาสที่จะควบคุมเชื้อไวรัส HIV เชื้อจะเกิดการดื้อยา และมีโอกาสสูงที่จะไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาด้านไวรัสตัวอื่นๆ อีกต่อไป

## อุปสรรคของ adherence

- ❖ ภาษาในการสื่อสาร
- ❖ เป็นผู้ใช้สารเสพติด เหล้า
- ❖ ปัญหาทางจิต
- ❖ ความขัดสนทางฐานะ, ครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว/ชุมชน
- ❖ ความไม่สามารถที่เปิดเผยผลการติดเชื้อแก่ผู้อื่นได้
- ❖ ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิต ระยะยาวได้
- ❖ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HIV/AIDS ยาด้านไวรัส ไม่เพียงพอ
- ❖ ขาดความเชื่อถือในประสิทธิภาพของยา, ไม่สามารถกินยาตามแผนการรักษาได้สม่าเสมอ
- ❖ อาการข้างเคียงของยา อาการแพ้ยา
- ❖ ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ
- ❖ ปัญหาชีวิตประจำวัน และความเป็นอยู่ได้แก่ เรื่องย้ายที่อยู่อาศัย การเลี้ยงดูลูก ปัญหาชีวิตเฉพาะหน้า ซึ่งเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าเรื่องการกินยา



## การประเมิน และติดตาม ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

### การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส
- เห็นว่าการกินยาต้านไวรัสไม่ใช่ทำให้โรคหายขาด ต้องกินยาตลอดไป
- เห็นว่าการกินยาไม่ถูกต้องทั้งขนาด ความถี่ หรือกิน ๗ หยด ๗ อาจทำให้เชื้อดื้อยาได้
- เห็นว่าการตอบสนองต่อยาจะดีที่สุดที่สุดในสูตรแรก
- อธิบายผลข้างเคียงของยา และเห็นว่าต้องปรึกษาแพทย์เสมอ ไม่ควร หยุดกิน หรือปรับขนาดยาเอง

## สาเหตุของการรักษาล้มเหลว

- ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี
- ยามีฤทธิ์ไม่เพียงพอ
- อาการของโรคเป็นมากแล้ว
- พิษ หรือผลข้างเคียงของยา
- การดื้อซึมยาไม่ดี
- เชื้อดื้อยาอยู่ก่อนแล้ว
- เชื้อเกิดการดื้อยา



# แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อแนะนำโครงการ

- 1. สร้างสัมพันธภาพ ตกลงหัวข้อให้การปรึกษา “หลักการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี”
- 2. อธิบายระบบบริการ ตามความเหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา (โครงการ CARE หรือ โครงการ ATC) พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน
  - อธิบาย หลักการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สำหรับโครงการ CARE คือ อะไร ขั้นตอน เกณฑ์ในการเข้าโครงการฯ ผลดี ผลเสีย เกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัส (เอกสารประกอบ, คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน โครงการการดูแลแม่หลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอช ไอ วี)
  - อธิบาย หลักการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สำหรับโครงการ ATC คือ อะไร ขั้นตอน เกณฑ์ในการเข้าโครงการฯ ผลดี ผลเสีย เกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัส (เอกสารประกอบ, คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส)
  - อธิบายเรื่องหากสมัครใจเข้าโครงการฯ แพทย์จะตรวจร่างกาย ตรวจเลือด CD4 , LFT เพื่อประเมินอาการภาวะภูมิคุ้มกัน และหน้าที่การทำงานของตับ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาต้านไวรัส
  - อธิบายเรื่องการติดเชื้อ HIV การดำเนินโรคเอดส์ การตรวจเลือด CD4 ความหมายของผลเลือด
  - ประเมินผู้รับการปรึกษาเคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนหรือไม่ (NAIVE/Expericnce)
  - อธิบายเรื่องหากยังไม่เข้าเกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัส แพทย์จะนัดให้มาตรวจสุขภาพ ตรวจเลือดทุก 6 เดือน หากเริ่มกินยาต้านไวรัสแพทย์จะนัดมารับยาทุกเดือน และจะต้องกินยาต้านไวรัส วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็นอย่างเคร่งครัดไปตลอดชีวิต และมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
  - อธิบายผลดี ผลเสียของการกินยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่อาจเกิดขึ้น ประสิทธิภาพของยา
  - ข้อจำกัดของสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(ยังไม่ใช่สูตรที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนี้แต่เป็นสูตรที่เหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้ในประเทศไทยขณะนี้) โอกาสที่จะมีการรักษาใหม่ๆ ในอนาคต การที่ CI จะไม่ใช่ NAIVE อีกต่อไป
  - อธิบายโอกาสของการรักษาไม่ได้ผล ความไม่ร่วมมือในการรักษา การดื้อยา และโอกาสที่ต้องหยุดการรักษาด้วยยา
  - อธิบายเกณฑ์ของการเริ่มยาต้านไวรัส ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- อธิบายเกี่ยวกับหนังสือยินยอม สิทธิในการรับการรักษา/ข้อจำกัด, สิทธิในการถอนตัวจากโครงการฯ การสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ขาดยาเกิน 7 วัน ไม่มาตรวจตามนัดเกิน 7 วัน หรือ แพทย์พิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ผล หรือแพ้ยามากจนอาจเกิดอันตราย
- ค่าใช้จ่ายที่ทางโครงการฯ จะออกให้ได้แก่ได้แก่ ค่ายาต้านไวรัส, ยาป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ให้ ค่าตรวจเลือด CD4
- 3. **สำรวจความต้องการของผู้รับการรักษา/ครอบครัว**
  - สถานภาพ สัมพันธภาพ อาชีพ ที่อยู่ การเปลี่ยนงาน ย้ายที่อยู่
  - สถานภาพของบุตร สุขภาพ การเจริญเติบโต พัฒนาการ บุตรที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ เอชไอวี ของพ่อ/แม่ หรือของเด็กเอง
  - การสนับสนุนจากครอบครัว สามี ศักยภาพ
  - ประเมินการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ เช่น ญาติ ครอบครัว สวัสดิการหรือ NGO เป็นระยะๆ
- 4. **สำรวจกลไกการเผชิญปัญหา (coping) บุคลิกภาพ การแก้ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพ การกินยาที่ผ่านมา**
- 5. **สำรวจแรงจูงใจอุปสรรคต่อการกินยาความสามารถในการกินยาสม่ำเสมอ**
  - การวางแผนการรักษา กินยาร่วมกับผู้รับการรักษา
- 6. **ประเมินความเข้าใจ ความพร้อมในการเข้าโครงการฯ และเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส**
  - ทบทวนขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการฯ การปฏิบัติตัวเมื่อตกลงเข้าโครงการฯ
  - ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลข้างเคียง ความสำคัญของ adherence และเรื่องการดื้อยา
  - การประเมินผลการรักษา ผลเลือด การแปลผล เกณฑ์ที่ต้องเปลี่ยนยา หยุดยา หรือส่งรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลศูนย์ฯ
  - ความพร้อม ความสมัครใจ ความยอมรับ การเซ็นใบยินยอมเข้าโครงการฯ
- 7. **ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องพฤติกรรม**
  - การมีโภชนาการ และสิ่งแวดล้อมที่ดี
  - เรื่องการป้องกันการแพร่ หรือการแลกเปลี่ยนเชื้อ เอชไอวีการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
  - การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
  - เน้นความสำคัญในการรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อรักษาภาวะภูมิคุ้มกัน (CD4) ให้ดีที่สุด ซึ่งสำคัญไม่น้อยกว่าการใช้ยาต้านไวรัสซึ่งต้องเสี่ยงกับการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และโอกาสที่เชื้อจะดื้อยาในระยะยาว

# ประเด็นและขั้นตอนสำคัญในการให้การปรึกษา เพื่อเริ่มกินยาต้านไวรัส

1. **สำรวจ ความรู้และความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาที่จะเริ่มกินยา** ถ้าผู้รับการปรึกษาไม่เข้าใจในเรื่องใด ผู้ให้การปรึกษาต้องทบทวนให้ใหม่

2. **สำรวจพฤติกรรมกรรมการกินยาในชีวิตประจำวัน** (ความเชื่อ, ทศนคติ, พฤติกรรมการ กิน) ความร่วมมือในการรักษาอื่นๆ ในอดีต โรคประจำตัวที่มี และวางแผนร่วมกันกับผู้รับการปรึกษา ในการปรับการกินยาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ผู้ให้การปรึกษาอาจเสนอแนวทาง หรือเครื่องมือในการช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับการกินยาให้เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษาแต่ละราย เช่น บัตรบันทึกการกินยา, กล้องใส่ยา, นาฬิกาปลุก

3. **สำรวจปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ในช่วงระหว่างกินยาที่บ้าน** เช่น ปัญหาเรื่องกินยา (ลืม, อาเจียน) หรือปัญหาทางด้านสังคมจิตใจ (ญาติ, คนใกล้ชิดสงสัย) และวางแผนร่วมกันกับผู้รับการปรึกษา ในการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา (สามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีปัญหา หรือข้อสงสัย)

4. **สำรวจความพร้อม ความตั้งใจ และความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาก่อนการกินยา**

5. **อธิบาย รายละเอียดเกี่ยวกับยา ชนิดของยา วิธีการกินยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง**

6. **อธิบายผลดีของการกินยา ผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่อง และการขาดยา**

7. **อธิบายข้อบ่งชี้ในการสิ้นสุดการกินยา**

8. **อธิบายความสำคัญของการติดตามตรวจ CD4 อย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน**

9. **ประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน** (health practice และ safe sex)

# สูตรยาต้านไวรัส

## สูตรที่ 1 d4T+ 3TC + NVP

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซา หรือเจ็บ ฐู้สึก แสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

NVP จะพบผื่นแพ้ได้บ่อย ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงอาจหายเองได้หรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา แต่ผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นแพ้ยาอย่างรุนแรง ผื่นหนังลอกทั่วตัว (Steven - Johnsons or Toxic epidermal necrolysis) นอกจากนี้ NVP ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ารุนแรง (SGPT > 5 เท่าของปกติ) ควรต้องหยุดยา

## สูตรที่ 2 d4T+ 3TC + EFV

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซา หรือเจ็บ ฐู้สึก แสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

EFV จะพบอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสนประสาทหลอน หรืออาจพบผื่นแพ้ยาได้แต่ไม่รุนแรง

## สูตรที่ 3 d4T+ 3TC + Boosted PI(RTV+IDV)

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซา หรือเจ็บ ฐู้สึก แสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

RTV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซาหรือปากหรือปลายมือปลายเท้า ลิ้นรับรสเปลี่ยนไปปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น อ่อนเพลีย

IDV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน นิวไนไต ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น

#### ◆ อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียง

ในผู้ป่วยที่ยังมีอาการของโรคเอดส์ไม่มาก เมื่อเริ่มกินยาจะมีประสบการณ์ของอาการข้างเคียงจากยาซึ่งอาจรุนแรงกว่าอาการของโรคเอดส์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักหยุดยาบางครั้งเอง เพื่อลดอาการ

◆ **อาการข้างเคียง** เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซามี้อ/เท้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

◆ **วิธีป้องกัน** อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นสำหรับ GPO vir (d4T+3Tc+NVP)

: คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซาปลายประสาท อ่อนเพลีย

: อาการที่แพ้ยารุนแรงจาก NVP เริ่มตั้งแต่ผื่นแพ้ยา (ไม่รุนแรง) จนถึงผื่นแพ้ยาอย่างรุนแรง เกิดผื่นหนังลอกเป็นแผลพุพอง ตับอักเสบอย่างรุนแรง จนถึงตับวายได้

◆ **ข้อสังเกต/ปฏิบัติ**

: สังเกตผื่นแพ้ยา

: สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารที่รุนแรง ตัวเหลือง ตาเหลือง ถ้าไม่แน่ใจ หรือมีอาการข้างเคียงมากควรมาพบแพทย์

◆ **ข้อแนะนำ**

: อาการข้างเคียงจากยาเป็นเรื่องปกติที่จะเกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่ แต่ส่วนมากจะไม่รุนแรง หรือเป็นอันตราย อาการข้างเคียงจะเป็นมากในช่วงแรก จนถึง 3 เดือน อาการจะลดลงจนหายไป

: ผู้ให้การปรึกษา ควรถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงทุกครั้ง

: ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย กับกลุ่มที่มีประสบการณ์การใช้ยา, กลุ่มช่วยเหลือเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

# คำถามที่พบบ่อย

**คำถาม** เชื้อเอช ไอ วี เติบโตในร่างกาย ได้อย่างไร

**คำตอบ** ร่างกายของคนเรามีระบบภูมิคุ้มกัน ป้องกันและต่อสู้เชื้อโรคที่เข้ามาในร่างกาย เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย เมื่อเชื้อเอช ไอ วี เข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งซึ่งมีหน้าที่ต่อสู้เชื้อโรคซึ่งเราเรียกว่า CD4 หรือ T-helper cell เชื้อเอชไอวี ทำลาย CD4 แล้ว ก็จะสร้างตัวเชื้อมากขึ้นเข้าไปทำลาย CD4 อื่นๆ ต่อไป โดยทั่วไปเชื้อเอช ไอ วี มักเข้าทำลาย CD4 เป็นหลัก แต่ก็สามารถเข้าไปสู่ในระบบอื่นๆ เช่น ในระบบต่อมน้ำเหลือง, ระบบสมอง และตับได้ด้วย

**คำถาม** เชื้อเอชไอวี ทำให้คนเราเจ็บป่วยได้อย่างไร

**คำตอบ** จากที่เรารู้ เมื่อ CD4 ถูกทำลายมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแยลง ในช่วงแรกๆ ระบบภูมิคุ้มกันอาจสามารถสร้าง CD4 ทดแทน หากดูภายนอก ร่างกายยังไม่มีอาการผิดปกติอะไร แต่เมื่อร่างกายได้รับเชื้อโรคอื่นๆ การที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ ก็ไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี จึงมีโอกาสเป็นโรคอื่นๆ ได้ง่ายหรือที่เรา เรียกว่าติดโรคแทรกซ้อน หรือโรคฉวยโอกาสอื่นๆ ได้ง่าย เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcosis) ปอดอักเสบจากเชื้อรา (P. Carinii Pneumonia)

**คำถาม** ผลข้างเคียงของยาหมายถึงอะไร

**คำตอบ** ผลข้างเคียงของยาไม่ใช่หมายถึง ยาไม่ทำงาน ยาไม่มีประสิทธิผล ต้องจำไว้ว่าในผู้ติดเชื้อที่กินยา ARV บางคนเท่านั้นที่อาจพบว่าเกิดผลข้างเคียงของยา บางคนอาจไม่พบ ผลข้างเคียงของยาบางอย่างเกิดขึ้นไม่นานก็หายไปเองตั้งแต่วะยะแรกจนถึง 3 เดือน เช่น มีผื่นแดงเกิดขึ้นแต่ไม่มาก ไม่ต้องหยุดยา แต่บางรายอาจรุนแรง ถ้าผู้ป่วยคิดว่ามีผลข้างเคียง ควรกลับมาปรึกษาแพทย์ผู้ให้ยา อย่าหยุดกินยาเอง จนกว่าจะได้ปรึกษากับแพทย์ หรือทีมงาน (ในโครงการ) แพทย์อาจปรับขนาดยา จำนวนยา หรืออาจมีคำแนะนำบางอย่าง แต่ถ้าไม่ได้ผลอาจมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสม



**คำถาม** กลุ่มเป้าหมายสำหรับโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (CARE) คือ กลุ่มใดบ้าง

**คำตอบ**

- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี
- เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
- สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

**คำถาม** กลุ่มเป้าหมายสำหรับโครงการ ACCESS TO CARE(ATC) คือ กลุ่มใดบ้าง

**คำตอบ**

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ไม่เคยรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน ยกเว้นกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- มีผล  $CD_4 < 200 \text{ cells/mm}^3$
- ผ่านเกณฑ์จากการเผยแพร่

**คำถาม** หลังสมัครใจเข้ารับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจพบว่า  $CD_4 < 200 \text{ cells/mm}^3$  ขั้นตอนต่อไป ต้องทำอย่างไร

**คำตอบ** ถ้าผู้รับการปรึกษามี  $CD_4$  ต่ำกว่า  $200 \text{ cells/mm}^3$  จะได้รับยาต้านไวรัส และได้รับการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาตามความจำเป็น (รายละเอียดตาม National Guideline for Clinical Management of HIV Infection in Adults and Children 7<sup>th</sup> edition, Nonthaburi 2002) และตรวจซ้ำทุก 6 เดือน หากแพ้ยามากหรือการรักษาไม่ได้ผล อาจต้องเปลี่ยนยา หรือยุติการรักษาตาม National Guideline ข้างต้น

**คำถาม** สูตรยาสำหรับหญิงหลังคลอด และสามี คือ

**คำตอบ**

- สูตรที่ 1 d4T+3Tc+NVP หากแพ้สูตรที่ 1 ให้สูตรที่ 2
- สูตรที่ 2 d4T+3Tc+EFV หากแพ้สูตรที่ 2 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อการวินิจฉัยที่เหมาะสมต่อไป
- สูตรที่ 3 d4T+3Tc+Boosted PI(RTV+IDV)

**คำถาม** ในกรณีที่เด็กติดเชื้อจากแม่ จะเริ่มรับยาต้านไวรัส เมื่อ  $CD_4$  เท่าไร

**คำตอบ** เมื่อ  $CD_4 < 20\%$

**คำถาม** สูตรยาสำหรับเด็ก

**คำตอบ** - สูตรที่ 1 AZT+3Tc

- สูตรที่ 1 AZT+3Tc+NVP ให้ในกรณีที่เด็กอยู่ใน category C หรือมี  $CD_4$  ในระดับ category C และมี compliance การกินยาดี

ถ้าแพ้สูตรที่ 1 หรือทนสูตรที่ 2 ไม่ได้ หรือการรักษาล้มเหลว ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

**คำถาม** ในกรณีที่เข้ารับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เริ่มกินยาสูตร d4T+3Tc+NVP แล้วพบว่า มีผื่นแดงขึ้นแต่ไม่มากต้องการจะหยุดยา ผู้ให้การปรึกษาควรปฏิบัติ/ให้คำแนะนำอย่างไร

**คำตอบ** แนะนำให้มาพบแพทย์ เพื่อประเมินความรุนแรงของผลข้างเคียง อย่าหยุดยาเอง เพราะผลข้างเคียงบางอย่างถ้าไม่รุนแรง จะหายเองได้ หรือถ้ารุนแรงมาก แพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนยา หรือยุติการรักษา

**คำถาม** ในกรณีที่เข้ารับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้รับการปรึกษาต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่อย่างไร

**คำตอบ** ไม่เสียค่ายาต้านไวรัส และค่าตรวจ  $CD_4$  ทุก 6 เดือน ในขณะที่รับการดูแลรักษา



# กลวิธีในการตรวจสอบการให้ความร่วมมือ ในการกินยาต้านไวรัส

1. การบันทึกการรายงานด้วยตนเอง โดยทั่วไปควรทำเป็นประจำทุกวัน จากรายงานพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะบอกว่าตนเองรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่จะบอกว่าไม่ได้ทานยาสม่ำเสมอ ซึ่งความน่าเชื่อถือของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยส่วนมากผู้ป่วยจะบอกตามสิ่งที่สังคม / ผู้อื่นคาดหวังว่าผู้ป่วยควรทำ
2. การนับจำนวนเม็ดยา วิธีการนี้มีประโยชน์ในการตรวจสอบ ผู้ที่รายงานผลการกินยาด้วยตนเอง แต่มีแนวโน้มสูงที่ผู้ป่วย จะหยิบยาทิ้งโดยไม่ได้กินยา อาจทำให้การประเมินความร่วมมือคลาดเคลื่อน
3. การวัดโดยประเมินปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด วิธีนี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา ถึงแม้ว่าคนที่กินยาไม่สม่ำเสมอจะเกิดความล้มเหลวในการรักษา แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดต่ำ จะให้ความร่วมมือในการกินยาที่ดี
4. กลวิธีในการตรวจสอบ กลวิธีในการตรวจสอบทั้งหมดนี้ การประเมินโดยผู้ดูแล (Provider) เชื่อถือได้น้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการประเมินโดยวิธีอื่นๆ

# การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

โดยทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาโดยการให้ยา ซึ่งแม้จะเป็นการให้ยาเพียงชนิดเดียว มีวิธีการกินยาที่ไม่ซับซ้อน จำนวนเพียง 1-2 เม็ด และต้องกินอย่างต่อเนื่องเพียง 1 สัปดาห์ เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด ปัญหาที่พบเสมอคือ การกินยาที่ไม่ครบถ้วนตามกำหนด มีการหยุดยาเอง ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยไม่เข้าใจอย่างแท้จริงว่าการกินยาแก้ไอ ยาแก้ปวดจะต้องกินอย่างต่อเนื่องแม้อาการจะดีขึ้นส่วนใหญ่เหตุผลที่กินไม่ต่อเนื่องคือลืมกินยา ลืมเวลา หรือทำงานจนล่วงเลยเวลากินยา ลืมพกยา ยาหมด บางคนเข้าใจว่าอาการดีขึ้นก็สามารถหยุดยาได้ไม่พอใจอาการข้างเคียงหรือ เกรงผลเสียจากการกินยานาน ๆ ฯลฯ

ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการใช้ยาที่เน้นความต่อเนื่องทั้งจำนวนและชนิดของยาอย่างมาก ข้อกำหนดในการกินยา ได้แก่ ช่วงเวลากินยา วิธีการกินยา ข้อพึงหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันการเสริมฤทธิ์ของยา และด้านฤทธิ์ยา ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เมื่อรับยาไปนานๆ อาจทำให้มีปฏิกิริยาต่างๆ เกิดขึ้น เช่น **ปฏิเสธ** ไม่อยากกินยาอีก **ขอต่อรงอก** กินยาลดลง **โกรธ** ที่เป็นเช่นนี้ โทษตัวเองและความเลวร้ายของชีวิต **เศร้า** ที่ต้องดูแลเหมือนเป็นคนป่วยตลอดชีวิต ดูเหมือนการรับยาเป็นการตอกย้ำความเจ็บป่วยตลอดไป ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งรับยาต้านไวรัส ย่อมต้องประสบปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการทำความเข้าใจและการให้โอกาสในการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและการร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในการพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง อันเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษา จึงเป็นสิ่งที่ยังจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้รับยาก็เหมือนคนทั่วไปที่พอจะแบ่งคร่าวๆ ได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

**1. พึ่งพาตนเอง/แก้ปัญหาได้เอง** กลุ่มนี้การรับฟังให้ผู้รับยาได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจ และเสริมแรงแก่วิธีการที่ผู้รับยาใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเป็นระยะ จะเป็นการช่วยให้กำลังใจทำให้ผู้รับยาคงสถานะการดูแลตนเองได้ดีต่อไปยาวนาน

**2. ต้องการบริการปรึกษา** กลุ่มนี้อาจรู้สึกว่ามีเสียดุลยเป็นครั้งคราวเมื่อเผชิญอุปสรรคหรือปัญหาเป็นระยะ การปรึกษาด้วยการรับยา ให้ระบาย พิจารณาหาทางออก แต่ละทางเลือกอย่างมีเหตุผล ด้วยข้อมูลจำเป็นเฉพาะกรณีที่เหมาะสมกับตน

**3. ต้องการกลุ่มพึ่งพากัน (Peer group Self help group) ที่มีคุณภาพ** กลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่ม 1 หรือ 2 ที่มีโอกาสสนทนา ร่วมกลุ่มกับผู้ประสบชะตากรรมเดียวกัน การพูดคุยแลกเปลี่ยนทุกข์สุข ทุกข์ของกันและกัน ข้อมูลการดูแลตนเองที่ได้ผล การผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตแต่ละช่วงอย่างไร จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้เป็นแต่เขาคนเดียวที่ทุกข์เพื่อนๆ ที่เป็นแบบเขา หรือยิ่งกว่าเขาก็มี ก็จะทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเอง อย่างไม่

ก็ตามผู้ที่เข้ากลุ่มนี้อาจมีค่านิยมสัญญาต่อกันในการเข้าร่วมสมาชิก เช่น ผู้แข็งแรงกว่าช่วยผู้อ่อนแอ **มีองค์ความรู้ทางคลินิก**ที่จะช่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาเฉพาะ **มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ** เช่น สื่อสารได้ชัดเจน ตรงประเด็น สื่อสารสองทางคือ รับฟังด้วย สื่อสารด้วย รวมทั้งสามารถสื่อความรู้สึกที่แท้จริงได้ด้วย เช่น สื่อความห่วงใย ความปรารถนาดี จะทำให้ ผู้ฟังเกิดความรู้สึกรับรู้ถึงทางบวกต่อข้อมูลและต่อตนเองในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาที่มีความจำเป็นที่จะต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ๆ ผู้ป่วยมักมีปัญหาในหลายด้าน คือ

1. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัญหาที่พบคือ
  - ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และการกินยาที่ถูกต้อง
  - ขาดความตั้งใจอย่างแท้จริง
  - ลืมกินยา / ลืมเวลากินยา
  - มีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อน เช่น เจ็บคอ กลืนลำบาก หรือมีประวัติการกินยายาก
  - ผู้ป่วยหมดกำลังใจเมื่อกินยาเป็นเวลานานแต่ยังไม่เห็นผลการรักษาหรืออาการยังไม่ดีขึ้น
  - เมื่อเกิดปัญหาการกินยาผู้ป่วยไม่กล้าบอกความจริงแก่ผู้ให้การรักษาเนื่องจากกังวลกลัวถูกตำหนิ
  - ไม่เปิดเผยผลเลือดแก่คนรอบข้างหรือครอบครัว ทำให้เกิดปัญหา เช่น กลัวคนอื่นรู้จนขาดยาในบางมือ
  - มีความเชื่อที่ผิดต่อการรักษา การดูแลสุขภาพ หรือใช้วิธีการรักษาที่ขัดกับแนวปฏิบัติตามโครงการ
  - ขาดการรักษาสุขภาพ ดื่มสุรา ใช้น้ำเสพติด
2. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวยา ปัญหาที่พบคือ
  - ยามีรสชาติไม่ดี
  - ยาหลายขนาน จำนวนยาในแต่ละม้อมีมาก และยาบางชนิดมีขนาดใหญ่
  - วิธีกินยาที่ยุ่งยาก เช่น บางชนิดต้องละลายน้ำ ช่วงเวลากินไม่สะดวก เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร กินเมื่อท้องว่าง ฯลฯ
  - เกิดการแพ้ยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาอย่างมาก
3. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับระบบการบริการ ปัญหาที่พบคือ
  - ข้อจำกัดของระบบการบริการ ได้แก่ การนัดตรวจสุขภาพ นัดรับยา การให้การปรึกษา ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้ป่วย เช่น การนัดในช่วงเวลาที่ต้องทำงานมีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ทีมงานทำให้ขาดความต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการมีข้อมูลและให้ข้อมูลไม่ตรงกันทำให้ผู้ป่วยเกิดการสับสนเป็นต้น
  - ปัญหาระบบการให้การปรึกษา ได้แก่ สถานที่ให้การปรึกษาไม่เหมาะสมในการให้การปรึกษา ฯลฯ
  - ทีมงานขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง

4. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับสภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ ปัญหาที่พบคือ

- ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ ไม่สามารถมารับยาตามนัด
- ผู้ป่วยไม่อยากขาดงาน จึงไม่มาตามนัด
- ไม่มีเงิน หรือค่าใช้จ่ายบางอย่างที่จำเป็นในการรักษา เนื่องจากยากจน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้
- ครอบครัวเกิดความท้อแท้ ไม่สนับสนุนและช่วยเหลือ
- ไม่มีผู้พามารับยา
- ได้รับข้อมูลจากคนรอบข้าง หรือจากสื่อ เกี่ยวกับการรักษา หรือยาที่ไม่ตรงกับข้อมูลในโครงการ ทำให้เกิดความสับสน
- สมัครเข้าโครงการโดยขาดความตั้งใจจริง ตามเพื่อน ตามกระแส





# ประเด็นการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

- 1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ
- 2. ตรวจสอบสภาพปัจจุบัน
  - กาย ใจ สังคม
  - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
- 3. ตรวจสอบสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกินยา
  - อากาศข้างเคียง
  - อุปสรรค
  - แรงจูงใจ
  - ความสม่ำเสมอ
- 4. ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา
- 5. สร้างแนวทางแก้ไขปัญหา
- 6. แจ้งผลการตรวจสุขภาพ
  - ผลเลือด (CD4) และความหมายของผลเลือด
  - เสริมแรงกรณีต่อเนื่อง
- 7. นัดหมายครั้งต่อไป
- 8. ติดตามเมื่อไม่มาตามนัด
  - วิธีติดตาม**
    - โทรศัพท์
    - จดหมาย
    - ติดตามเยี่ยมบ้าน
  - โดย**
    - สมาชิกกลุ่ม
    - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 9. นัดผู้รับการปรึกษาเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเองเมื่อพร้อม

## หมายเหตุ

- \* การเสริมแรง ให้ได้ทุกระยะที่พบศักยภาพผู้ป่วย
- \* อย่าลืมการให้CI ได้ร่วมวางแผนการกินยา และการแก้ปัญหาต่างๆของเขาเอง จะทำให้ประสบผลสำเร็จมากกว่า

## แบบบันทึกการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่...../ว ด ป...../รหัส.....

ผลเลือด CD4 ครั้งที่แล้ว.....cell/mm<sup>3</sup> วันที่เจาะเลือด.....

กินยา ARV มานาน.....เดือน

### ข้อมูลทั่วไป

#### 1. สภาพครอบครัวปัจจุบัน

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่กับสามี / คู่  | <input type="checkbox"/> อยู่กับครอบครัวขยาย |
| <input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังกับลูก | <input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังคนเดียว |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....        |  |

#### 2. ความเป็นอยู่ปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหารุนแรง                 | <input type="checkbox"/> รายได้ไม่พอค่าใช้จ่าย           |
| <input type="checkbox"/> กำลังตกงาน                       | <input type="checkbox"/> สามีตกงาน                       |
| <input type="checkbox"/> ย้าย / หรือมีแผนที่จะย้ายที่อยู่ | <input type="checkbox"/> ย้ายงาน / หรือมีแผนที่จะย้ายงาน |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                      |  |

### ครอบครัว / สัมพันธภาพ

#### 3. การเปิดเผยผลเลือด (กรณีที่ยังไม่ได้เปิดเผยในครั้งที่ผ่านมา)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เปิดเผยกับสามี / คู่ ปัจจุบัน แล้ว       | <input type="checkbox"/> เปิดเผยกับบุคคลในครอบครัวแล้ว |
| <input type="checkbox"/> เปิดเผยกับเพื่อน หรือบุคคลอื่นแล้ว       | <input type="checkbox"/> ตั้งใจจะเปิดเผยเร็ว ๆ นี้     |
| <input type="checkbox"/> ยังไม่คิดที่จะเปิดเผย / ไม่เปิดเผยแน่นอน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                   |

#### 4. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สามี/ครอบครัวช่วยเหลือดี | <input type="checkbox"/> เฉย ๆ (ไม่มีปัญหา แต่ก็ไม่ได้ช่วยเหลือ) |
| <input type="checkbox"/> มีปัญหากับสามี           | <input type="checkbox"/> มีปัญหากับญาติ พี่น้อง                  |

## สุขภาพ

5. วิธีการคุมกำเนิดที่กำลังใช้อยู่ (กรณีที่ยังไม่ได้ทำหมัน)

ผังยา (Norplant)

กิณ / ฉีดยาคุม

อื่น ๆ.....

6. การมีเพศสัมพันธ์

ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ

ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง

ไม่ได้ใช้

งดการมีเพศสัมพันธ์

หลังภายนอก

อื่น ๆ.....

7. สุขภาพในช่วงตั้งแต่นัดครั้งที่แล้ว

แข็งแรงดี

เจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ

ส่วนใหญ่จะไม่สบายจนทำงานตามปกติไม่ไหว

อื่น ๆ.....

## การกินยาต้านไวรัส

8. การกินยาต้านไวรัส

สูตร 1 (3TC + d4T + NVP)

สูตร 1 (3TC + d4T + EFV)

อื่น ๆ.....

9. ตั้งแต่วินิจฉัยครั้งที่แล้วขยายยาที่ครั้ง.....ครั้ง

อุปสรรค / สาเหตุ .....

.....

.....

แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

10. สรุปปัญหา .....

.....

.....

แนวทางแก้ไข.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกปัญหา/ความเห็นทั่วไป

.....

.....

.....

.....

11. การนัดครั้งต่อไป ๖ ด ๒.....

ผู้บันทึก.....



# การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

เวลาเกิดปัญหา คนเราส่วนใหญ่มักไม่หาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากอะไร หรือเกิดจากใคร แต่มักเร่งด่วนรีบแก้ไขตามประสบการณ์หรือความเคยชินที่มีอยู่ ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องใช้กระบวนการแก้ไขปัญหายอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการให้การปรึกษาเสมอ เพราะการให้การปรึกษาเป็นความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การปรึกษา เพื่อแก้ปัญหของผู้รับบริการ จำเป็นต้องให้ผู้รับบริการฝึกฝน วิธีคิด วิถีวิเคราะห์ สาเหตุของปัญหาเพื่อกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้อำนวยทานั้น

## • ประโยชน์ของการแก้ไขปัญหายอย่างเป็นระบบ

- 1) ผู้รับบริการที่เผชิญปัญหาจะได้เรียนรู้ศักยภาพของตนเอง
- 2) การที่สามารถ คิด แก้ไขปัญหายอย่างเป็นระบบได้นั้น จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหายอื่นๆ ที่อาจมีสภาพรุนแรงกว่านี้
- 3) ผลที่ได้จะทำให้เกิดความมั่นใจ หรือได้เรียนรู้ อารมณ์ ความรู้สึกด้านลบของตนเอง ซึ่งหากสามารถเชื่อมโยงกับระบบความคิดได้ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงว่าการคิดแบบใด จะนำไปสู่การสร้างสรรมากกว่าการจมดิ่งอยู่ในอารมณ์ด้านลบเพียงอย่างเดียว ทำให้ไม่ย่อท้อเมื่อต้องเผชิญกับปัญหายต่างๆ ได้

## • ปัจจัยทางสังคมจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้การแก้ไขปัญหายอย่างเป็นระบบ

- 1) คนไทยมักคิดว่าถ้าเป็นปัญหาของคนอื่นอย่างเข้าไปยุ่ง
- 2) ไม่ต้องการให้คนอื่นมองว่าเป็นคนมีปัญหาเพราะคิดว่าคนมีปัญหาเป็นคนไร้ปัญญาไม่สามารถแก้ไขปัญหายเองได้ ต้องนำเรื่องไปเล่าให้คนอื่นฟัง จึงเลือกที่จะปิดบังปัญหาไว้
- 3) ระบบคิด และระบบความเชื่อเดิมที่สั่งสอนมาให้แก้ปัญหายโดยการลื้มๆ ไป เดียวก็ลื้มไปเองจึงคิดว่าหมดปัญหายแล้ว แต่แท้จริงปัญหายนั้นยังคงอยู่ (ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงหรือกลบเกลื่อนปัญหายมากกว่า) จึงไม่เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาย

## • การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนพื้นฐาน 4 ข้อ ดังนี้

### 1. การสำรวจปัญหา

การสำรวจปัญหาเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากแต่เนื่องจากอุปสรรคในการแก้ปัญหาหลายครั้งเกิดจากความไม่ชัดเจนว่าปัญหาคืออะไร การสำรวจปัญหาจึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาที่มี สำรวจแหล่งความเครียดอื่นที่อาจเป็นปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ในการสำรวจปัญหาต้องมองที่สภาพปัญหาว่า

- 1) ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อใครในวงกว้าง หรือเฉพาะบุคคล
- 2) สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะที่รุนแรง หรือเป็นลักษณะขนาดเล็ก พอรับมือไหว แก้ไขปัญหาได้
- 3) ขนาดของปัญหาเล็กหรือใหญ่ รุนแรงหรือหายไปเองได้

การให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้ ควรใช้การฟังอย่างตั้งใจ และตั้งคำถามเพื่อเข้าใจสถานการณ์ มองหาจุดที่ผู้รับบริการมองข้ามไป ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้รับบริการมองปัญหาได้ไม่ชัดเจน หรือมองไม่เห็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ผู้ให้การปรึกษาควรสอบถามถึงองค์ประกอบการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ ได้แก่ สุขภาพกาย ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกในด้านต่างๆ เพื่อสำรวจถึงปัญหาอื่นๆ ที่อาจมีผลติดตามมา

### 2. การพิจารณาทางเลือก

การพิจารณาทางเลือกมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนิสัยการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ แหล่งให้ความช่วยเหลือ และกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญของปัญหา การพิจารณาผลดี ผลเสียของแต่ละแนวทางแก้ไขปัญหานั้น เป็นการวิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดทางเลือกที่มีพร้อมพิจารณาข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือกก่อนตัดสินใจ ในบางครั้งผู้รับบริการอาจถามผู้ให้การปรึกษาว่าเขาควรทำอย่างไรดี ผู้ให้การปรึกษาไม่มีหน้าที่ตอบคำถามนั้นๆ แต่มีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับบริการคิดแก้ไขปัญหายังเป็นขั้นตอน และชัดเจนเป็นรูปธรรมเท่านั้น

ประเด็นสำคัญในการพิจารณาทางเลือกคือ พยายามระดมสมองรวบรวมทางเลือกให้มากที่สุดก่อนการตัดสินใจ และควรสื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ และยอมรับความจริงที่ว่าในแต่ละทางเลือกย่อมมีทั้งส่วนที่ผู้รับบริการต้องการ และส่วนที่ไม่ต้องการ ในบางสถานการณ์ ทางเลือกที่พิจารณาอาจไม่มีทางเลือกที่ชอบเลย มีแต่ทางเลือกที่ไม่ชอบน้อยที่สุด หรือเป็นทางเลือกที่ก่อให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด เช่น การบอกผลเสียแก่คู่สมรสเมื่อรู้ว่าตนเองติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่ใช่ทางเลือกที่ต้องการหรือพอใจ แต่เป็นทางเลือกที่จะป้องกันปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาได้ดีที่สุด

ผู้ให้การปรึกษาอาจร่วมเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ เป็นตัวอย่างให้ผู้รับบริการพิจารณาเข้าใจวิธีการดีขึ้น แต่ต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้คิดทบทวนและตัดสินใจ ผู้การปรึกษามีหน้าที่ชี้ให้เห็นผลเสียที่จะตามมา แต่วิธีนี้ไม่ใช่การบอกตรงๆ โดยตัดสินใจว่าสิ่งที่ผู้รับบริการเลือกนั้นผิด ไม่ดี แต่เป็นการพูดคุยสำรวจผลตามมาของทางเลือก จนผู้รับบริการมองเห็นผลเสียนั้นด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกว่า เช่น หากผู้รับบริการตัดสินใจเลือกที่จะไม่บอกผลเสียแก่คู่สมรสของตนเอง ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ที่จะต้องพูดคุยถึงผลที่



ตามมาของทางเลือกนี้ และวิธีการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เป็นการเปิดประเด็นให้ผู้รับบริการได้หาทางป้องกันผลเสียของทางเลือกที่ได้เลือก

การตัดสินใจเลือกทางใด ควรพิจารณาจากความพร้อมในด้านต่างๆ ของผู้รับบริการ ได้แก่นิสัยในการแก้ปัญหา แหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่ และบางครั้งการคิดด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียว แล้วตัดสินใจเลือกอาจไม่ได้ทางเลือกที่ดีที่สุด ควรพิจารณาความรู้สึกประกอบด้วย เพราะถ้าเป็นทางเลือกที่ผู้รับบริการไม่ชอบอย่างมาก เขาอาจไม่ทำตามที่ได้เลือกก็ได้ ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยสรุปทางเลือกแต่ละทางให้ชัดเจน ก่อนตัดสินใจเลือก

การให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้จึงเน้นทักษะการพิจารณาทางเลือกเป็นอย่างมาก โดยผู้ให้การปรึกษาต้องฝึกให้ผู้รับบริการได้พิจารณาทางเลือก ได้พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก **อย่าลืม!!! ผู้รับบริการจะเป็นผู้พิจารณาทางเลือกด้วยตนเองไม่ใช่ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เสนอทางเลือก แล้วให้ผู้รับบริการเลือก**

### 3. การดำเนินการแก้ปัญหา

ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับบริการลงมือทำได้ตามแนวทางเลือก หากผู้รับบริการไม่มั่นใจ ขาดข้อมูลหรือทักษะที่เกี่ยวข้องผู้ให้การปรึกษาควรให้ข้อมูลแนะนำแหล่งที่จะให้ข้อมูลแนะนำที่จะหาข้อมูลให้กำลังใจ และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น หากผู้รับบริการที่ติดเชื้ เอชไอวี ตัดสินใจบอกผลเลือดแก่คู่ของตนเอง แต่ไม่รู้จะบอกอย่างไรและเกรงว่าคู่จะอวาระวาด หรือทอดทิ้งตน ผู้ให้การปรึกษาอาจช่วยตั้งคำถาม และฝึกซ้อมการจัดการกับสถานการณ์หรือผลที่อาจจะเกิดขึ้น หากผู้รับบริการตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่ของตน แต่ไม่รู้จะพูดอย่างไรกับคู่ หรือไม่แน่ใจว่าใช้ถุงยางได้ถูกต้องหรือไม่ ก็เสริมข้อมูล และฝึกซ้อมจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติ สิ่งสำคัญคือ ควรดำเนินการแก้ปัญหาทีละอย่าง โดยเริ่มจากเรื่องที่น่าจะทำได้ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจ

ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยจำกัดวงในการคิด และทำให้เกิดความชัดเจน โดยเน้นการแก้ปัญหาระยะสั้นที่มีความสำคัญเร่งด่วน

### 4. การติดตามผล

เป็นการหาข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการตามทางเลือกที่ได้เลือกไว้แต่อาจเกิดอุปสรรคในการลงมือกระทำจริง ถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะเกิดความมั่นใจในขณะที่พูดคุยและต้องการที่จะทำในสิ่งที่เขาเลือก แต่ไม่สามารถทำได้ในสถานการณ์จริง หรือทำไม่ได้ต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผล และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่นกรณีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย จึงต้องมีการติดตาม และให้การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อประโยชน์ของตัวผู้รับบริการ และครอบครัว

## สรุป การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

- ❖ ระบุปัญหา ปัญหานำ → ปัญหาแท้จริง
- ❖ ค้นหาสาเหตุของปัญหา
- ❖ สำรวจความคิด อารมณ์ที่เปลี่ยนไป
- ❖ ค้นหาความต้องการ/เป้าหมาย
- ❖ สำรวจวิธีแก้ปัญห
  - หลายมุมมอง/หลายวิธีแก้ไข
  - พิจารณาแต่ละวิธี มีผลดี ผลเสีย ผลกระทบ
  - ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขที่เหมาะสม
- ❖ ลงมือปฏิบัติ (client-centered)



## แนวทางการให้การปรึกษาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
ไม่ยอมให้ใครรู้/ไม่เปิดเผยผลเลือด/การป่วย	<ol style="list-style-type: none"> <li>กลัวไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว/สังคม</li> <li>กลัวถูกตำหนิ</li> <li>กลัวคนอื่นรังเกียจ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สำรวจสาเหตุปัญหาความรู้สึกต่างๆ ในมุมมองของผู้รับบริการรวมทั้งผลที่เกิดขึ้น</li> <li>สำรวจประสบการณ์เดิมที่ต้องเปิดเผยกับคนใกล้ชิด (ถ้ามี)</li> <li>กระตุ้นให้คิดถึงผลดีผลเสียของการเปิดเผย/ไม่เปิดเผยผลเลือดและร่วมวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา</li> <li>เสริมแรงเมื่อผู้รับบริการเลือกทางเลือกที่เหมาะสม</li> </ol>
ลืมกินยา	<ol style="list-style-type: none"> <li>กังวลกลัวคนอื่นรู้</li> <li>ลืมเนื่องจากมีกิจกรรม/งานติดพัน</li> <li>ลืมพกยาติดตัว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สำรวจการรับประทานยาอย่างละเอียด เช่น เก็บยาที่ใด พกพาอย่างไร กินยาเวลาไหน บันทึกการกินยาอย่างไร อุปสรรคการกินยาคืออะไร เคยลืมบ่อยแค่ไหน อะไรเป็นอุปสรรคให้ลืม ถ้าลืมแก้ไขอย่างไร</li> <li>สำรวจแรงจูงใจในการกินยาเสริมแรงจูงใจให้ชัดเจน เช่น ถ้าขาดยาประสิทธิภาพของยาจะลดลง เกิดการดื้อยา</li> <li>สำรวจธรรมชาติการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการกินยาได้สม่ำเสมอสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้รับยา เช่น เวลากินอาหารหนัก อาหารว่าง นม น้ำ เวลาตื่นหลับ</li> </ol>

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		<p>4. พุดคุยปรึกษากันเพื่อพิจารณาทางเลือกสำหรับทางออกในการกินยาที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตปกติของผู้รับยา เช่น จัดชุดยา ตั้งเวลาตามกำหนดทำแบบฟอร์ม เช็คเวลากินยาให้มีคนช่วยเตือน เตรียม ยาชุดสำรอง กรณีมีเหตุจำเป็น ฯลฯ</p> <p>5. เสริมแรงเมื่อผู้รับยาเลือกทางเลือกที่เหมาะสม</p>
กินยาไม่ตรงตามที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาที่ต้องกินหลายขนาน สับสนกินไม่ถูกต้อง</li> <li>2. รสชาติไม่ดี</li> <li>3. วิธีกินยุ่งยาก</li> <li>4. ยาหมด</li> <li>5. ลืมเวลา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดโอกาสให้ผู้บริการพุดถึงปัญหาและสาเหตุของความยุ่งยากนั้น ๆ</li> <li>2. ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อมูลถึงผลเสียของการกินยาไม่ตรงตามกำหนด โดยอธิบายพร้อมยกตัวอย่างง่าย</li> <li>3. ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา เช่น 1) การจัดชุดยาเพื่อความสะดวก 2) การหักยาเม็ดใหญ่เพื่อให้กินง่าย 3) แนะนำวิธีลดรสเฝื่อนของยา (โดยระมัดระวังปฏิกิริยาบางอย่างที่อาจมีผลต่อฤทธิ์ยา)</li> </ol>
หยุดยาเอง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลข้างเคียงจากการกินยา จนต้องหยุดยาเอง</li> <li>2. ได้รับข้อมูลจากผู้อื่นหรือจากสื่อเกิดความสับสน ฯลฯ</li> <li>3. เบื่อหน่าย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยทราบว่าการรักษาและการใช้ยา ล้วนมีผลและอาการข้างเคียงซึ่งอาจจะมีมาก/น้อย นาน/ช้าในช่วงเวลาหนึ่ง และจะบรรเทาได้</li> <li>2. อธิบายสาเหตุหรือปฏิกิริยาของยาต่อร่างกาย (อย่างง่าย) เพื่อให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติของยาและผลของยา</li> <li>3. แนะนำวิธีบรรเทาอาการข้างเคียงของยาแต่ละสูตร/ชนิด</li> <li>4. หากมีอาการข้างเคียงอย่างมาก หรือมีปัญหาให้พบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยว</li> </ol>

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		<p>กับยา การปรับยา/สูตรยาตามความเหมาะสม</p> <p>5. ให้กำลังใจในการกินยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6. กรณีได้รับข้อมูลจากผู้อื่น/สื่อ จนเกิดการสับสนผู้ให้การปรึกษาควรถามข้อมูลและแหล่งข้อมูลนั้นเพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือ จากนั้นให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยเหตุผลที่เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ไม่ควรตำหนิแหล่งข่าวซึ่งผู้ป่วยอาจให้ความเคารพนับถือ ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งได้และหากผู้ป่วยจำนวนมากได้รับข้อมูลเดียวกันผู้ให้การปรึกษาสามารถให้การปรึกษาแบบกลุ่มได้</p>
<p>ผู้รับยาไม่พูดความจริง เมื่อมีปัญหาการกินยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลัวถูกตำหนิ</li> <li>2. กลัวถูกออกจากโครงการ</li> <li>3. สภาพการณ์ในการให้การปรึกษาไม่เหมาะสม เช่น สัมพันธภาพไม่ดีสถานที่ไม่เหมาะสม</li> <li>4. กลัวว่าหากออกจากโครงการจะไม่ได้รับการดูแลรักษาด้านอื่น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรจัดสถานที่/บรรยากาศในการให้การปรึกษาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</li> <li>2. เจตติในผู้ให้การปรึกษามีผลอย่างมากต่อท่าทีการแสดงออกของผู้ให้การปรึกษาและเป็นผลต่อการเปิดเผยและไม่เปิดเผยความจริงออกมา</li> <li>3. ผู้ให้การปรึกษาควรมีทักษะและประสบการณ์ในการให้การปรึกษาสามารถสังเกตความกังวลและเปิดโอกาสให้พูดถึงปัญหาโดยไม่มีกรตำหนิ</li> <li>4. ควรชี้แจงให้ผู้ป่วยคลายกังวลว่าสามารถออกจากโครงการโดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาด้านอื่น</li> <li>5. แนะนำวิธีการรักษาสุขภาพโดยการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลทางเลือกอื่น</li> </ol>

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
เบื่อหน่ายการกินยา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กินยามานาน</li> <li>2. ลำบาก กินยากต้องจำต้องทำซ้ำๆ ตลอดชีวิต</li> <li>3. รู้สึกว่าป่วยตลอดเวลา ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำรวจสาเหตุของความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการกินยา เช่น รู้สึกต่อยาอย่างไร การกินยาทำให้ลำบากอย่างไร มองตนเองที่กินยามานาน ๆ อย่างไรผู้อื่นมีส่วนทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายร่วมด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด</li> <li>2. สำรวจแรงจูงใจในการกินยา เสริมแรงจูงใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น</li> <li>3. พูดคุยปรึกษากันเพื่อพิจารณาทางเลือกสำหรับทางออกในการกินยาที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตปกติของผู้รับยา</li> <li>4. เสริมแรงเมื่อผู้รับยาเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกรณียังไม่เกิด</li> </ol>
ไม่มาตามนัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีค่ารถ</li> <li>2. สุขภาพไม่แข็งแรง</li> <li>3. ไม่มีคนมารับส่ง</li> <li>4. บ้านไกล การคมนาคมไม่สะดวก</li> <li>5. ไม่อยากขาดงานลางานไม่ได้</li> <li>6. ไม่มีใครดูแลลูก</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรพูดคุยเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่หน้าที่การงาน รายได้ ผู้ที่คอยสนับสนุน ฯลฯ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรึกษา</li> <li>2. หากพบสภาพที่อาจเกิดปัญหา ควรให้การปรึกษาในประเด็นที่หากเกิดปัญหาเฉพาะหน้าซึ่งอาจทำให้ขาดนัด วิธีการป้องกันปัญหาและแก้ไขปัญหา</li> <li>3. ประสานหน่วยงาน/แผนกที่ให้การช่วยเหลือทางสังคมเศรษฐกิจ ทั้งภาครัฐและเอกชน</li> </ol> <p><b>กรณีเกิดขึ้นแล้ว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามทันทีตามข้อตกลงที่คุยกันไว้แล้ว เช่น โทรตาม เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ตามให้</li> <li>2. การติดตามอาจเป็นภาคีร่วมระหว่างผู้ให้การปรึกษา เครือข่ายในพื้นที่องค์กรเอกชนก็ได้</li> </ol>



ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
		3. สํารวจปัญหาหลักของการไม่มาตามนัดด้วยการพูดคุยอย่างละมุนละม่อม 4. ช่วยแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้ศักยภาพของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
ต้องหยุดยา/ส่งต่อ/ออกจากโครงการ	1. มีอาการที่ไม่สามารถรับยาตัวเดิมต่อได้อีก 2. มีอาการที่ไม่สามารถรับยาในโครงการได้อีก 3. อยากออกจากโครงการเอง เพราะเป็นที่ต้องกินยาไปตลอดชีวิต	1. ตรวจสอบความเข้าใจผู้รับยาในกรณีต่างๆ ก่อน 2. สัมผัสสถานการณ์ที่ต้องหยุดยา หรือสถานการณ์อื่นๆ ว่าผู้รับยาจะแสดงออกอย่างไร 3. แจกข้อมูลความจริงแก่ผู้รับยาด้วยท่าที่สงบเห็นอกเห็นใจ 4. ประเมินและรับมือกับปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นหลังรับทราบความจริงของผู้รับยา 5. ให้ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้รับยาเมื่อผู้รับยามีอารมณ์สงบลงและพร้อมจะรับรู้สิ่งที่จะดำเนินต่อไป 6. ตรวจสอบความเข้าใจผู้รับบริการให้เข้าใจตรงกัน 7. นัดหมาย/ส่งต่อ/ประสานงาน ตามลำดับต่อไป

เช่นเดียวกับผู้รับยาที่ได้รับผลดีจากยาก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเช่นมี สุขภาพดีขึ้น มีความหวังในชีวิต มีการวางแผนอนาคตที่ก้าวหน้ายิ่งขึ้น เช่น ต้องการแต่งงาน อยากมีบุตร ย้ายที่อยู่ ย้ายงาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นศักยภาพของคนที่มีความหวังในชีวิตจะทำ ซึ่งเป็นสิ่งปรารถนาของการดูแลผู้รับยา แต่ขณะเดียวกันก็อาจกลายเป็นอุปสรรคได้เช่นกัน ต่อไปนี้เป็นแนวทางการให้การปรึกษาและแนวทางแก้ไขปัญหาดังนี้

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางให้การปรึกษา
ย้ายที่อยู่/ย้ายงาน	งานดีขึ้น สภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสำรวจความคิดความรู้สึกความต้องการผลดีที่ได้รับรวมทั้งปัญหาอุปสรรค ที่จะตามมาในมุมมองของผู้รับยา</li> <li>2. กระตุ้นให้คิดถึงข้อมูลบางด้านที่ขาดหายไป เช่นปัญหาการรักษาต่อเนื่อง</li> <li>3. ให้ผู้รับยาได้พิจารณาทางเลือกเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมตามศักยภาพ</li> </ol>
ต้องการแต่งงาน	สุขภาพดีขึ้น มีความหวัง มีความรัก ต้องการความอบอุ่นมั่นคงในชีวิต (แต่ถ้าสัมพันธ์ยังไม่แน่นแฟ้น ย่อมไม่เปิดเผยผลเลือด) ต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจจากสามีใหม่	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสำรวจความคิดความรู้สึกความต้องการผลดีที่ได้รับรวมทั้งปัญหาอุปสรรค ที่จะตามมาในมุมมองของผู้รับยา</li> <li>2. กระตุ้นให้คิดถึงข้อมูลบางด้านที่ขาดหายไป เช่นการบอกผลเลือดแก่คู่สมรสการป้องกันการแพร่เชื้อเอ็ดส์</li> <li>3. ให้ผู้รับยาได้พิจารณาทางเลือกเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมตามศักยภาพ</li> </ol>
ต้องการมีบุตร	อยากสืบวงศ์สกุลไว้สร้าง ความมั่นคงในชีวิตไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบความผิดปกติ ทั้ง ๆ ที่พร้อมในสายตาคนภายนอก	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสำรวจความคิด ความรู้สึกความต้องการ ผลดีที่ได้รับรวมทั้งปัญหาอุปสรรค ที่จะตามมาในมุมมองของผู้รับยา</li> <li>2. กระตุ้นให้คิดถึงข้อมูลด้านที่ขาดหายไป เช่น การมีบุตรด้วยตนเองอาจเป็นการแพร่เชื้อเอ็ดส์สู่คู่สมรส ความไม่ต่อเนื่องของการกินยาตนเอง ลูกมีโอกาสดูดเชื้อเอ็ดส์ ถ้าเป็นอะไรไปใครจะเลี้ยงดูบุตรต่อ</li> <li>3. ให้ผู้รับยาได้พิจารณาทางเลือกเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมตามศักยภาพ</li> </ol>

# แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริม ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

1. สร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ
2. สัมภาษณ์สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันรวมทั้งสภาวะ ทางกาย ใจ สังคม รวมทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วย
3. สัมภาษณ์ประวัติการกินยาต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่อาจ เกิดจากการกินยา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการกินยา มารับยาอย่างต่อเนื่องและวิธีการแก้ไขปัญหของผู้รับยาในช่วงที่ผ่านมา
4. ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหและแรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานทางคลินิก ร่วมกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้รับยา
5. สรุปประเด็นแนวทางในการแก้ไขปัญห
6. แจ้งผลการตรวจสุขภาพ / ผลเลือด CD4 ที่เปลี่ยนแปลงไปและเสริมแรงกระตุ้นผู้รับบริการปฏิบัติได้ดีต่อเนื่อง
7. นัดหมายครั้งต่อไป
8. การติดตามกรณีขาดนัด
9. อาจทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้รับยา



תאריך

## รายนามที่ปรึกษาและคณะทำงาน

### พัฒนาหลักสูตรการให้การปรึกษา เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

#### ที่ปรึกษา

พ.ญ.ศิริพร	กัญชนะ	รองอธิบดีกรมอนามัย
น.พ.บวร	งามศิริอุดม	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
พ.ญ.นิพรรณพร	วรมงคล	หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
พ.อ.อ.หญิงเกษร	ขอรัตน์	หัวหน้ากลุ่มสร้างเสริมศักยภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
น.ส.วิไล	เสรีสิทธิพิทักษ์	นักจิตวิทยา 8 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

#### คณะทำงาน

##### กรมการแพทย์

นางพิมพ์ศิริ	เลี้ยวศรีสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
--------------	--------------	---

##### กรมอนามัย

นางฉัตรลดา	กาญจนสุทธิแสง	นักวิชาการสาธารณสุข 7	ศูนย์อนามัยที่ 1
นายชัยยะ	เผ่าผา	นักวิชาการสาธารณสุข 5	ศูนย์อนามัยที่ 7
น.พ.อร่าม	ลิ่มตระกูล	นายแพทย์ 8	ศูนย์อนามัยที่ 10
น.ส.วนิดา	สุขชี	นักวิชาการสาธารณสุข 7	ศูนย์อนามัยที่ 12
น.ส.พรสิณี	อมรวิเชษฐ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นางนรีลักษณ์	กุลฤกษ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
ร.อ.หญิงสุภาพนพร	สิงห์โกวินท์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นางสุธิดา	น้อยวัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักส่งเสริมสุขภาพ

##### กรมควบคุมโรค

น.ส.ลีซ่า	กันธมาลา	นักจิตวิทยา 8
-----------	----------	---------------

## ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข

พ.ญ. อัจฉรา	ธีรรัตน์กุล	นักระบาดวิทยา
นางธนันดา	นัยวัฒน์กุล	นักวิจัย
นางบงกช	เจตน์สว่าง	ผู้ให้การปรึกษา
น.ส. กัลยรัตน์	กล้าถนอม	ผู้ให้การปรึกษา
น.ส. สุชาดา	มุกเตียรย์	ผู้ให้การปรึกษา

## กรมสุขภาพจิต

น.ส. สุภาพร	ประดับสมัคร	นักจิตวิทยา 7	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางเทพินทร	บุญกระจำง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางเสาวลักษณ์	สุวรรณไมตรี	นักจิตวิทยา 7	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
นางอรุวรรณ	ดวงจันทร์	นักสังคมสงเคราะห์ 8	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
นางเทียนทอง	หาระบุตร	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
นางสาวอุษา	ลิ้มซิว	นักจิตวิทยา 6	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ 5	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
นางสาวปิ่นอนงค์	เครือซ้า	นักสังคมสงเคราะห์ 4	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต







