



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
**The Effect of Self-Management Enhancing Program on Adherence to
Antiretroviral Drug Among HIV/AIDS Clients**

ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์
Thanitchaya Harnnarong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้เขียน นางฐาณิชา ชาญ ชาญณรงค์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)

.....กรรมการ
(ดร.สุภาพร วรรณสันทัด)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ผู้เขียน นางฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ได้รับคู่มือ สมุดบันทึกการรับประทานยา และการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการรักษา และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้านได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการขาดยา และ 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้ง 2 ด้านเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพและการรักษาโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์และสถิติทีคู่

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 3 ($p < 0.001$) และสัปดาห์ที่ 5 ($p < 0.001$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่ม
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
มีการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น

Thesis The Effect of Self-Management Enhancing Program on Adherence to Antiretroviral Drug Among HIV/AIDS Clients

Author Mrs. Thanitchaya Harnnarong

Major Program Nursing Science

Academic Year 2009

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management enhancing program on adherence to antiretroviral drug (ARV) among HIV/AIDS clients. Twenty eight subjects were purposively selected and assigned to either control or experimental group in matched pairs. The experimental group was given a self-management program, knowledge and handbook of ARV adherence, practice on drug diary note for self monitoring, and telephone counseling every two weeks for three times, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments for data collection included the general information record, the adherence self-report and self-management program for intervention. Five experts verified the program for content validity. Test-retest method was used to test the reliability of the adherence self-report. The adherence self-report consisted of two parts, missing doses and missing times, both yielding 90% agreement. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and paired t-test.

The results revealed that after receiving the program the mean adherence score in the experimental group was significantly higher than before ($p < 0.001$). At the third and fifth weeks the adherence proportion was higher in the experimental than in the control group ($p < 0.001$ and $p < 0.001$ respectively). The finding indicates that self-management enhancing program can be helpful to increase adherence to antiretroviral drug among HIV/AIDS clients.

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อ..... | (3) |
| ABSTRACT..... | (4) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (5) |
| สารบัญ..... | (6) |
| รายการตาราง..... | (9) |
| รายการภาพประกอบ..... | (10) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 6 |
| นิยามศัพท์..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 8 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 9 |
| การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 10 |
| เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์..... | 10 |
| ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์..... | 10 |
| แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์..... | 14 |
| ความล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์..... | 14 |
| ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.... | 15 |
| ความหมายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์..... | 15 |
| ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อผลการควบคุมระดับเชื้อไวรัส..... | 16 |

สารบัญ (ต่อ)

| | |
|---|----|
| การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์..... | 17 |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์..... | 18 |
| โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์..... | 22 |
| แนวคิดการจัดการตนเอง..... | 25 |
| ความหมายการจัดการตนเอง..... | 25 |
| กลวิธีการจัดการตนเอง..... | 26 |
| การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการงานวิจัย..... | 28 |
| โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอดส์..... | 30 |
| สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 35 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย..... | 37 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 37 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 38 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 42 |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 43 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง..... | 43 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 46 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 48 |
| ผลการวิจัย..... | 48 |
| การอภิปรายผลการวิจัย..... | 58 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 65 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 65 |
| ผลการวิจัย..... | 65 |
| ข้อจำกัดในการวิจัย..... | 66 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 66 |
| บรรณานุกรม..... | 68 |

สารบัญ (ต่อ)

| | |
|--|-----|
| ภาคผนวก..... | 78 |
| ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 79 |
| ข การคำนวณขนาดอิทธิพล..... | 91 |
| ค ไบพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 92 |
| ง งบประมาณการวิจัย..... | 94 |
| จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 95 |
| ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 107 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 108 |

รายการตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี..... | 34 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์..... | 49 |
| 3 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพและการรักษา และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์..... | 52 |
| 4 | เปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแรก (T_0) โดยใช้สถิติทีอิสระ..... | 57 |
| 5 | เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติไค-สแควร์..... | 58 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพ | | หน้า |
|-----|---|------|
| 1 | กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 7 |
| 2 | ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง..... | 47 |
| 3 | คำร้อยตะคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5..... | 56 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น และมีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติผู้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ในปี พ.ศ.2548, พ.ศ.2549, พ.ศ.2550 มีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สะสมจำนวน 82,340 ราย, 87,018 ราย และ 91,520 รายตามลำดับ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมนึก, 2549; Chesney, 2003)

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำและนานที่สุด และเชื่อไม่เกิดการดื้อยา (พิมใจ, 2545) ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพบว่าความสม่ำเสมอ (adherence) ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ได้ผลดีผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป นั่นคือ ถ้ารับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ใน 1 เดือน ผู้ป่วยจะต้องลืมรับประทานยาไม่เกิน 3 ครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ซึ่งความสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยครอบคลุมเรื่องการใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร และ/หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ให้สอดคล้องตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (WHO, 2003) ดังนั้นการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาไประยะหนึ่งมักพบว่ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง หรือไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (nonadherence) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมีร้อยละ 40-72.2 (Chiou, Kou, Lee, Chen, Chuang et al., 2006; Phongphuthachat, 2005; Simoni, Frick, Lockhart, &

Liebovitz, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) และเสาวคนธ์ (2549) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอซึ่งคิดเป็นร้อยละ 48.5 และ 66.1 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับประทานยาอาจจะมีปัญหาเรื่องของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออยู่บ้าง แต่เมื่อผ่านพ้นการเกิดผลข้างเคียงในระยะแรกของการรับประทานยาได้ และอยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี จะเริ่มมีความเคยชินในการรับประทานยามากขึ้น สามารถปรับการรับประทานยาเสมือนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เริ่มเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การลืมหรือผิดเวลาในการรับประทานยาลดน้อยลง อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแล้วมากกว่า 1 ปี อาจจะเริ่มละเลยหรือให้ความใส่ใจในการรับประทานยาตรงเวลาน้อยลง ประกอบกับช่วงนี้เริ่มพบปัญหาผลข้างเคียงระยะยาว โดยเฉพาะการเกิดการสะสมของไขมันผิดปกติ (lipodystrophy) และภาวะเลือดเป็นกรด (lactic acidosis) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวผลข้างเคียงจากยาได้ ทำให้หยุดยาหรือลดยาเอง ส่งผลให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (พัชรและปานิตา, 2549)

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคือ ยุ่งมากจนไม่มีเวลา ต้องไปทำธุระนอกบ้าน (ศุภรินทร์, 2548; เสาวคนธ์, 2549) และลืมรับประทานยา (มณีรัตน์, 2548; ศุภรินทร์, 2548; เสาวคนธ์, 2549; Chesney, 2000; Simoni et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจเกิดจากมีความเบื่อหน่ายในการใช้ยา และได้รับผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น (Chesney, 2000) จากการที่ผู้วิจัยได้ลงสำรวจสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากพยาบาลที่รับผิดชอบที่คลินิกติดตามการรักษาของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในภาคใต้ในเดือนเมษายน พ.ศ.2550 พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคือ ลืมรับประทานยา ทำงานไม่เป็นเวลา ต้องเดินทางไกลแต่ยาที่ใช้ต้องแช่ตู้เย็นจึงไม่สามารถพกยาดิตัวได้ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เมื่อรับประทานยาและอาการดีขึ้นมักหยุดยาและไม่มาตามนัด

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว เพราะจะทำให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพได้ ส่งผลให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังเป็นความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่นด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ดื้อยามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ มากขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมสูงขึ้นไปด้วย (วันทนาและอรณพ, 2549) ดังนั้นทีมผู้ดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง มีความจำเป็นที่จะต้องหาทางช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นด้วยการหาวิธีที่ดีที่สุดและ

เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Cochrane ได้มีผู้ศึกษานำโปรแกรมต่างๆ มาใช้เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (จุฬา,2550; พรทิพย์, 2546; Levy, Rayner, Fairly, Kong, Mijch et al., 2004; Phongphuthachat, 2005; Remien, Stirratt, Dolezal, Dognin, Wanger et al., 2005; Safren, Hendriksen, Desousa, Boawell, & Mayer, 2003) งานวิจัยเชิงทดลอง (Fairley, Levy, Rayner, Allardice, Costello et al., 2003; Goujard, Bernard, Sohier, Peyramond, Lancon et al., 2003; Wanger, Kanouse, Golinelli, Miller, Daar et al., 2006) และงานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า (Pradier, Bentz, Spire, Tourette-Turgis, Morin et al., 2003; Tuldra, Fumaz, Ferrer, Bayes, Arno et al., 2000) โดยโปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ หรือการให้สุขศึกษาและ/หรือร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (พรทิพย์, 2546; Goujard et al., 2003; ; Levy et al., 2004; Pradier et al., 2003; Tuldra et al., 2000) การใช้ระบบแบบต่างๆเตือน เมื่อถึงเวลารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Fairley et al., 2003; Phongphuthachat, 2005; Safren et al., 2003) การสนับสนุนด้วยการมองโลกในแง่ดี และสร้างความมั่นใจให้แก่คู่สมรสในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Remien et al., 2005) ผลของการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามสำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดของงานวิจัย กล่าวคือ จุฬา (2550) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งอาจทำให้ความน่าเชื่อถือน้อยกว่างานวิจัยที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบสองกลุ่ม พงศ์พุททชาติ (Phongphuthachat, 2005) ศึกษาในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นานไม่เกิน 2 ปี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงเหมือนกับผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาใหม่ และพรทิพย์ (2546) ศึกษาในผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นครั้งแรก/ครั้งใหม่ ซึ่งผู้ป่วยอาจจะยังไม่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส ทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในเกณฑ์สูง นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นบทบาทของผู้ให้บริการในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มากกว่าการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง

รูดา พาร์ควิลลี บายูมิ ไทน์น แอนโทนีโอ และคณะ (Rueda, Park-Wyllie, Bayoumi, Tynan, Antoniou et al., 2008) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมด 19 เรื่อง พบว่าวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จคือ การให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเองอย่างเหมาะสม แคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองได้ดีขึ้นนั้นประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นใจและการปฏิบัติที่ถูกต้อง แนวคิดการจัดการตนเองเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่รับประทาน และแผนการรักษา ความสะดวกในการติดต่อกับทีมสุขภาพ (Gifford & Groessl, 2002) ร่วมกับการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Smith, Rublein, Marcus, Brock, & Chesney, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านพบว่าสมิธ และคณะ (Smith et al., 2003) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มให้ยาหรือเปลี่ยนเป็นสูตรโปรตีเอส (protease regimen) ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ในแต่ละสัปดาห์มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย แต่มีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ผู้สูบบุหรี่ (จิตติมา, 2547) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (พรทิพย์, 2548) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (พัชรินทร์, 2546) ผู้ป่วยเบาหวาน (Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) ผู้สูงอายุสตรีที่กั้นปีสาวะไม่อยู่ (วาริ, 2545) ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค (สมพร, 2550) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไต (Constantiniet, Beanlands, McCay, Cattran, Hladunewich et al., 2008) ผู้ป่วยหอบหืด (Feifer, Verbrugge, Khalid, Levin, O'Keefe et al., 2004) ผู้ป่วยข้ออักเสบ (Yip, Sit, Fung, Wong, Chong et al., 2007) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 7 สัปดาห์ถึง 12 เดือน และมีการประเมินผลของโปรแกรมทุก 2 สัปดาห์ถึง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาทุกงานวิจัยพบว่าหลังจากที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่เกิดจากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่สามารถให้คำตอบในด้านการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มที่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำหรือไม่มีความสม่ำเสมอ เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มที่เริ่มให้ยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรกหรือเปลี่ยนสูตรยาใหม่ ซึ่งไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอได้และผู้วิจัยมีความเห็นว่าการใช้แนวทางการจัดการตนเองมีความเหมาะสมเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และฝึกทักษะใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 5

2. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

คำถามการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกหรือไม่

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรก
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ในเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 จำนวน 56 ราย

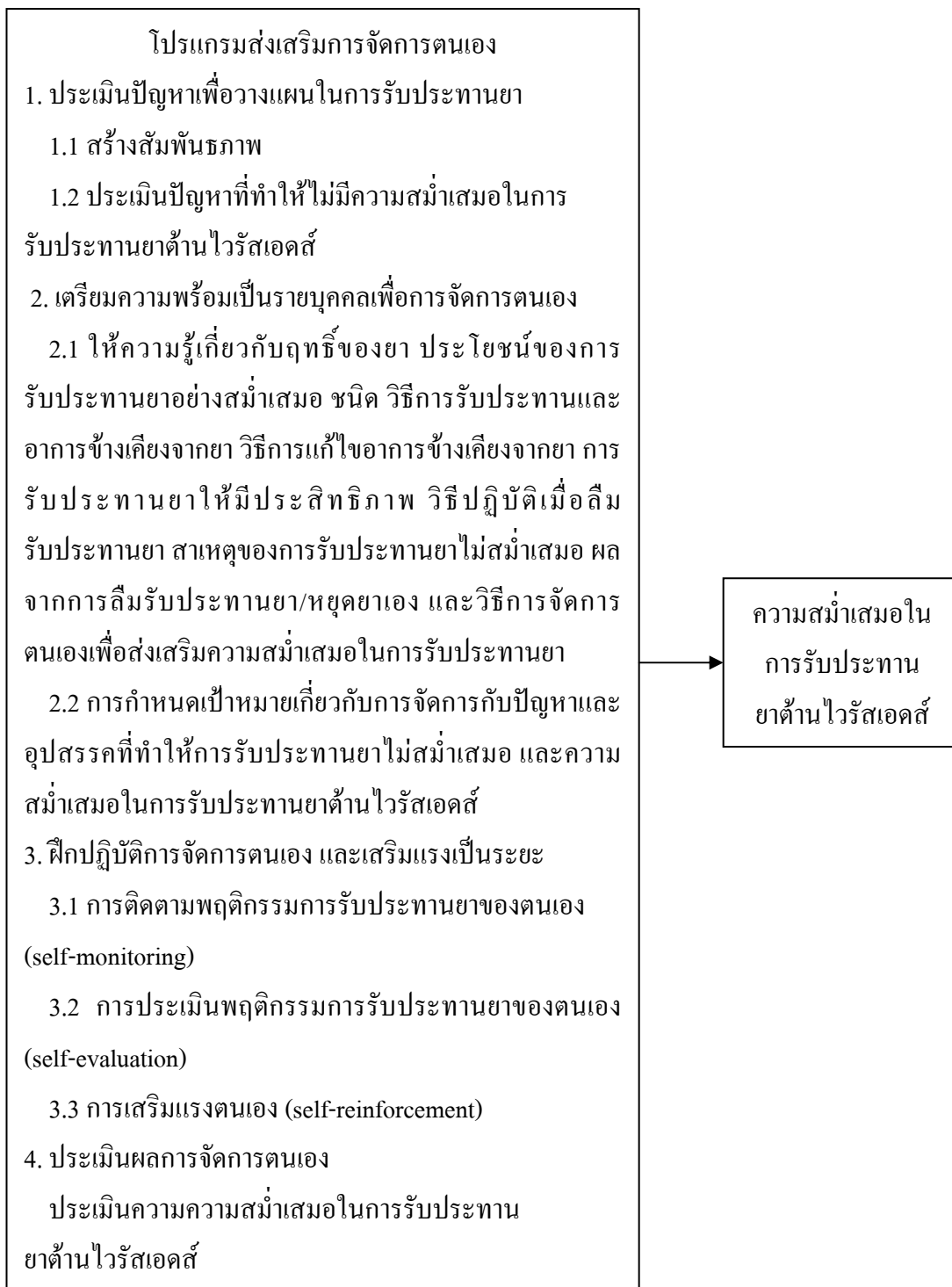
กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนยังไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกแนวคิด โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) เพื่อใช้ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ประเมินปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา เป็นการประเมินปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 2) เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชนิด วิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 3) ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และ

เสริมแรงเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกการจัดการตนเองในเรื่องการติดตามพฤติกรรม การรับประทานยาของตนเอง (self-monitoring) การประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของตนเอง (self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) และ4) ประเมินผลการจัดการตนเอง เป็นการประเมินผลความสำเร็จในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และยุติโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ดังนั้นวิธีการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรมรับประทานยาของตนเอง การประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของตนเองและการเสริมแรงตนเอง ซึ่งกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองได้ดีขึ้นนั้นประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้นสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล จากแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ประเมินปัญหาปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา โดยมีเป้าหมายให้ผู้วิจัยรวบรวมปัญหาที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเองโดยการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้และค้นหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้ด้วยตนเอง 3) ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและเสริมแรงเป็นระยะ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีทักษะหรือวิธีการจัดการปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะ และ 4) ประเมินผลการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รวมใช้เวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ และพบผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาโดยรับประทานยาตรงตามจำนวน ขนาด เวลาและวิธีการรับประทานมากกว่าร้อยละ 95 โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากทัศนาศและคณะ (2547)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำคลินิกติดตามการรักษากระทำตามปกติหรือเป็นกิจวัตรเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับการตรวจที่คลินิกติดตามการรักษา โดยการให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ คำแนะนำในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 1.1 เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
 - 1.2 ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์
 - 1.3 แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
 - 1.4 ความล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
2. ความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 2.1 ความหมายความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
 - 2.2 ความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อผลการควบคุมระดับเชื้อไวรัส
 - 2.3 การประเมินความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
 - 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
 - 2.5 โปรแกรมส่งเสริมความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
3. แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 3.1 ความหมายการจัดการตนเอง
 - 3.2 กลวิธีการจัดการตนเอง
 - 3.3 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสมรรถนะในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในบรรดาทั้งหมดของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเหมาะสมและถูกวิธีจะทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์หลายตัวร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) สามารถลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ (undetectable level) และทำให้ปริมาณระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) สูงขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อซ้ำเติมและอัตราการตายลดลงอย่างชัดเจน (นิตยาจารย์, วารี และสมจิตต์, 2549) พร้อมทั้งชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ ตลอดจนมีอายุยืนยาวขึ้น รวมถึงลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและลดอัตราการเสียชีวิตของโรคเอดส์ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งผลให้อัตราการแพร่ระบาดของเชื้อลดลงด้วย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จึงมีเป้าหมายเพื่อต้องการยืดชีวิตผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ได้มากที่สุด คือ น้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตรและนานที่สุด เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ 24 สัปดาห์แรกของการรักษาทำให้ระดับของไวรัสในกระแสเลือดเริ่มลดลง (Rubio, Pedeboscq, Ekouevi, Zalabadi, Chene et al., 2005) มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น ชะลอการดำเนินโรค ป้องกันการเกิดเชื้อค็อกซ์ซา ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและสามารถใช้สูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคตที่มีผลข้างเคียงน้อยมากทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (เกียรติ, 2541; พูนทรัพย์, 2546; สมนึก, 2549) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสูตรสามตัวขึ้นไป (HAART) จะสามารถควบคุมไวรัสจนไม่สามารถตรวจพบในกระแสเลือด แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปจากร่างกาย หรือทำให้ผู้ป่วยหายจากการเป็นโรคเอดส์ได้ เนื่องจากเชื้อไวรัสจะหลบเข้าไปแฝงอยู่ในร่างกาย (latent reservoir) แต่หลังจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จนเชื้อไวรัสหมดไปจากกระแสเลือด ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ โอกาสในการติดเชื้อฉวยโอกาสจะลดน้อยลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรพจน์, 2544)

ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ 3 กลุ่มที่ใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด (สัญญาชัย, ชีวานันท์ และ พรทิพย์, 2546) คือ

1. กลุ่มนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NRTI) ได้แก่ Zidovudine, Stavudine, Didanosine, Zalcitabine, Lamivudine และ Abacavir

2. กลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (non-nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ได้แก่ Efaviranz, Nevirapine และ Delavirdine

3. กลุ่มโปรตีเอส อินฮิบิเตอร์ (proteas inhibitor: PI) ได้แก่ Indinavir, Nelfinavir, Indinavir, Ritonavir, Lopinavir/rotonavir, Saunavir (SGC or HCG) และ Amprenavir

การออกฤทธิ์ของยาดังกล่าวจะออกฤทธิ์หลัก ๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเทส (reverse transcriptase) และ โปรตีเอส (proteas) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase Inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 นิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NRTI) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบเบส (base) ของนิวคลีโอติก แอซิด (Neucleic acid) เป็นยากกลุ่มแรกที่ได้มีการพัฒนาใช้ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมียาต้นแบบคือ ซิโดวูดีน (Zidovudine) ได้แก่ ซิโดวูดีน (Zidovudine: AZT) สตาวูดีน (Stavudine: d4t) มีโครงสร้างคล้ายกับ ทัยมิดีน (Thymidine) ไดดาโนซีน (Didanosine: ddI) มีโครงสร้างคล้ายกับอะดีโนซีน (Adenosine) อะแบคคาเวีย (Abacavir) มีโครงสร้างคล้ายกับซัยโตซีน (Cytosine) การยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเทสเป็นแบบแย่งจับไม่ถาวร (Reversible competitive inhibitor) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 2

ผลข้างเคียงจากการใช้ยากกลุ่ม NRTI

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่มนี้จะส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงดังนี้คือ เกิดภาวะกรดสะสมในร่างกาย (lactic acidosis) ตับโตจากภาวะ steatosis ในระยะที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI พบไม่บ่อยแต่มีอัตราตายสูง ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่ออก มีค่าไฮโดรเจนคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดต่ำ ตรวจเลือดจะมีค่าแลคเตท (lactate) เอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (CPK, SGOT) สูงขึ้น และจะหายเป็นปกติหลังจากหยุดยา

1.2 นอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือนเบสของนิวคลีโอติก

แอซิด กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์รีเวอร์ส สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase) แบบจับถาวร (Irreversible non-competitive inhibitor) และคนละตำแหน่งกับที่เอ็นไซม์จับกับนิวคลีอิก แอซิด เบส (nucleic acid base) ทำให้มีฤทธิ์รุนแรงกว่า NRTI มาก

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI

ยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้หลายอย่าง โดยเฉพาะเนวิราพิน (nevirapine) อาจทำให้เกิดตับอักเสบ พิษต่อตับ (hepatotoxicity) ได้ถึงร้อยละ 12.5 มักเกิดใน 12 สัปดาห์แรก ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้าเอ็นไซม์ของหัวใจ (SGOT) สูงกว่า 5 เท่าควรหยุดยา นอกจากนี้อาจพบผื่นผิวหนัง (rash) พบได้ตั้งแต่อาการผื่นแดง นูนและมีอาการคันเล็กน้อยจนถึงผื่นรุนแรงแบบ สตีเวน จอห์นสัน ซินโดรม (Steven Johnson Syndrome) หรือที่ออกซิด อีพิดเอร์มอล เนครอลิซิส (Toxic Epidermal Necrolysis; TEN)

2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอ็นไซม์โปรตีเอส (Protease inhibitor; PI) ออกฤทธิ์ในการยับยั้ง เชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจาก เซลล์ได้ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้ ยากลุ่มนี้มักจะทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ลดลงเนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับอาหาร และมีข้อจำกัดในการใช้ยามากกว่ายา ในกลุ่มอื่น ๆ (Rubio et al., 2005)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม PI

2.1 เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด (diabetic ketoacidosis) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยภายใน 63 วันหลังจากได้ยาซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ ยาต่อร่วมกับการรับประทานยาเบาหวานหรือฉีดอินซูลิน

2.2 มีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมัน (fat redistribution) ตามส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกาย มีอาการลำตัวอ้วน (central obesity) มีการสูญเสียไขมันในอวัยวะส่วนปลาย (peripheral fat wasting) อาจพบการสะสมของไขมันในอวัยวะภายใน (visceral fat accumulation) มีการสะสมของ ไขมันที่บริเวณลำคอ (buffalo hump) หน้าตอบ (facial thinning) หน้าอกโต (breast enlargement) มี การสะสมของไขมันบริเวณเนื้อเยื่อมากเกินไป (lipomatosis) ผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยา PI บางรายสามารถเกิดอาการเหล่านี้ได้โดยไม่ใช้ยา PI

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) อาจมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมของ ไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม มีรายงานการเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย การเกิด โรคเส้นเลือดสมอง นิ้วในถุงน้ำดี

2.4 มีภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น (increase bleeding) ในผู้ป่วยโรคเลือดที่ใช้ยาในกลุ่ม PI มัก เกิดเลือดออกในข้อและเนื้อเยื่ออ่อน บางรายอาจเกิดเลือดออกในสมองและลำไส้ การเกิดเลือดออก จะเกิด 22 วันหลังให้ยา

ในปีพ.ศ. 2545 องค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยได้ผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดรวมคือ จีพีโอเวียร์ (GPO vir) ซึ่งประกอบด้วยstavudine (Stavudine: d4T) lamivudine (Lamivudine: 3TC) และnevirapine (Nevirapine: NVP) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง มี 2 ขนาดคือ จีพีโอเวียร์ เอส 30 (GPOvir s30) ใช้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม และจีพีโอเวียร์ เอส 40 (GPOvir s40) ใช้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเท่ากับ หรือมากกว่า 60 กิโลกรัม (เชิดเกียรติ, 2548) และได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจีพีโอเวียร์พบว่า การตอบสนองของยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยรักษามาก่อนดีกว่ากลุ่มที่เคยได้รับยา และผลข้างเคียงที่พบจากการใช้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 8.57 และมีอาการชาตามส่วนปลายร้อยละ 2.86 (พิเชียร, 2548) และอาจพบผื่นรุนแรงจนเป็นสตีเวนจอห์นสันซินโดรม (Steven-Johnson Syndrome) ได้ (สุรเดช, 2548) แต่ไม่พบว่ามีผลข้างเคียงของการกดเม็ดเลือด (สุภาพรและเลิศลักษณ์, 2548) การรักษาด้วยสูตรยา 3 ชนิด (triple drug therapy) รวมกันจะให้ผลดีกว่าการใช้สูตรยา 1-2 ชนิด (ศุภชัย, 2546; Raboude, Harris, Rae, & Montaner, 2002) เนื่องจากการให้ยามากกว่า 2 ชนิดจะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้มากกว่า

ในปัจจุบันได้มีการนำยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติได้มีการกำหนดเกณฑ์การรับยาทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์และในรายที่เคยได้รับยามาแล้ว (สัญญาชัยและจิวันนท์, 2547) ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มาก่อน (naive) ใช้สูตรยาดังต่อไปนี้

สูตรที่ 1 d4T + 3TC + NVP (GPO-VIR) จะเป็นสูตรแรกที่ใช้ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่

สูตรที่ 2 d4T + 3TC + EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ NPV หรือใช้ AZT + 3TC + NVP ในกรณีที่มีอาการแพ้ d4T หรือใช้ AZT + 3TC + EFV ในกรณีที่มีอาการแพ้ NPV และ d4T แต่ถ้าหากมีการแพ้ยาในสูตรที่ 2 จึงเปลี่ยนเป็นสูตรที่ 3

สูตรที่ 3 d4T + 3TC + IDV/RTV หรือ AZT + 3TC + IDV/RTV

2. ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่เคยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มาก่อนให้ใช้สูตรยา d4T + 3TC + NVP (GPO-VIR) เป็นสูตรแรกได้ และในกรณีดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-VIR โดยที่อาการทางคลินิกและระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์บ่งชี้ว่าการรักษาได้ผลคืออยู่

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสองชนิดพร้อมกัน (dual therapy) มาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร และไม่เคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม NRTI และ NNRTI มาก่อน

2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรแรกเพียงสูตรเดียวเป็นแบบสามชนิดพร้อมกันมาก่อน และไม่เคยเปลี่ยนสูตรยามาก่อนและมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร

แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยสมาคมโรคเอดส์ระหว่างประเทศ (International AIDS Society) และกรมสุขภาพและมนุษยธรรม (Department of Health and Human Services [DHHS]) ในปี ค.ศ. 2002 ได้แนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการและค่าระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่ว่าจะมียาต้านไวรัสในกระแสเลือดจะมีปริมาณเท่าใด โดยสูตรยาที่แนะนำได้แก่ 2NRTI + 1 PI และ 2NRTI + 1NNRTI ในผู้ป่วยที่มีค่าระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์สูงกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมีจำนวนน้อยกว่า 30,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่แนะนำให้ชะลอการรักษาออกไป เนื่องจากมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะเอดส์ (วิทยา, 2545) สำหรับในประเทศไทยโครงการ NAPHA ได้มีแนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (สัญญา และ ชีวันนท์, 2547) ในกรณีต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์โดยมีข้อบ่งชี้ (ยกเว้นวัน โรคปอด) ไม่ว่าจะมียาต้านไวรัสในกระแสเลือดมีจำนวนเท่าใด
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) มีเชื้อราในช่องปาก (oral thrush) 2) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ 3) ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ 4) อูจจาระร่วงเรื้อรังโดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นานกว่า 14 วัน หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15% ภายใน 3 เดือน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ความล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ข้อบ่งชี้ที่บ่งบอกว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรก (initial regimen) ล้มเหลว คือ การที่ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีพอ หลังจากให้ยานาน 16-24 สัปดาห์แล้วยังไม่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้ หรือลดปริมาณไวรัสได้ดีแล้วกลับมียาต้านไวรัสสูงขึ้น

ใหม่ คือ หลังจากที่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้แล้วระยะหนึ่งมีปริมาณไวรัสกลับสูงขึ้นให้นับได้ใหม่ โดยเฉพาะถ้ามากกว่า 1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หรือมีปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ที่ลดลงมากกว่า 30% จากค่าที่เคยขึ้นไปได้สูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน (เกียรติ, 2541; สมนึก, 2549) ถ้าไม่สามารถตรวจปริมาณไวรัสได้ให้ตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์แทน การเกิดความล้มเหลวในการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งปัจจัยที่มีผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีดังนี้ 1) ประสิทธิภาพของยา หรือสูตรยาที่ให้ไม่ดีพอ 2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 3) ผู้ป่วยไม่ทราบถึงปฏิกริยาระหว่างยาและจากอาหารที่มีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อปริมาณยาที่ยังคงมีอยู่ในร่างกาย 4) การดื้อยาที่มีอยู่ก่อนทำให้ปริมาณไวรัสกลับมาสูงขึ้น เมื่อระดับภูมิคุ้มกันต่ำลงจะนำไปสู่การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเสียชีวิตในที่สุด 5) ระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมานานแล้วทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรเนื่องจากการที่ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ในร่างกายต่ำเกินไป และมีปริมาณไวรัสสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ได้ และ 6) ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ (สัญญาชัยและคณะ, 2546)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างมาก เพราะผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้นที่จะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะล้มเหลวถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตลอดชีวิต

ความหมายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ความสม่ำเสมอ (adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยครอบคลุมเรื่องการใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร และ/หรือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ให้สอดคล้องตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (AIDS Institute Newyork State Department of Health, 1998; Haynes, Taylor, & Sackett, 1997; WHO, 2003)

ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ไม่มีความต่อเนื่องในด้านการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลา และวิธีในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าร้อยละ 95

ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (nonadherence) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว เพราะจะทำให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพได้ ส่งผลให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา คือ ยุ่งมากจนไม่มีเวลาต้องไปทำธุระนอกบ้าน (สุกรินทร์, 2548; เสาวคนธ์, 2549) และลืมรับประทานยา (มณีรัตน์, 2548; สุกรินทร์, 2548; เสาวคนธ์, 2549; Chesney, 2000; Simoni et al, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจเกิดจากความเบื่อหน่ายในการใช้ยา และได้รับผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น (Chesney, 2000)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อผลการควบคุมระดับเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณเชื้อไวรัส (viral load) ในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด (มีระดับ HIV-RNA < 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร) และนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์สูงขึ้น สามารถชะลอการเกิดโรคและลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ อีทาร์ดและคณะ (Etard, Wu, Chaisson, & Moore, 2007) ศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในการมาตามนัดภายใน 7 ปีพบว่า ความสม่ำเสมอเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 ปีแรก 4 ปี และ 7 ปีต่อมา มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอมากกว่า 95% ร้อยละ 87, 74.2 และ 73.4 ตามลำดับและพบว่าในระยะ 6 เดือนแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 72 ไม่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด และจากการศึกษาของรัตน (2547) พบว่าอาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เริ่มดีขึ้น ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น การเกิดโรคฉวยโอกาสในระยะ 6 เดือนหลังการรักษาพบได้ลดลง เนื่องจากในระยะแรกของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการจะได้รับการนัดและการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

แพทเทอร์สัน สวินเดลล์ มอร์ เบรสเตอร์ และเวอร์กิส (Paterson, Swindells, Mohr, Brester, & Vergis et al., 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน

ไวรัสเอดส์หลายตัวร่วมกันกับผลการตอบสนองต่อปริมาณไวรัส พบว่าผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 มีปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัสร้อยละ 22 ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 80-94 เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัสร้อยละ 61 และผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าร้อยละ 80 เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัสร้อยละ 80

ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เริ่มเข้ารับการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์ เชื้อไวรัสในกระแสเลือด ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ และสร้างความตระหนักให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ถึงความสำคัญของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเกิดการดื้อยาลดลงและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีหลายวิธีที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ แต่ละวิธีมีความแม่นยำ ข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกวัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยถูกต้องและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ควรใช้กลวิธีอย่างน้อย 2 วิธีร่วมกันเพื่อช่วยยืนยันผลที่ถูกต้องและเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Llabre, Weaver, Duran, Antoni, Mc-pherrson-Baker et al., 2006) วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีหลายวิธี ดังนี้

1. การรายงาน โดยผู้ป่วยเอง (self-report) เป็นการรายงานความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเองประกอบด้วย การตอบแบบสอบถาม การบันทึกประจำวันหรือการสัมภาษณ์ และพบว่า การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีนี้มีความสัมพันธ์กับปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Bangsberg, Hetch, Charlebois, Zolopa, & Holodniy, 1999) ข้อจำกัดคือ สามารถสะท้อนความสม่ำเสมอในระยะเวลาสั้น ๆ และบ่อยครั้งมีการประมาณค่าสูงเกินไป (Chesney, 2000) ทำให้เกิดการคลาดเคลื่อนของการรายงานได้ ข้อดีคือ สะดวก ประหยัด รวดเร็ว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic devices) จะมีการบันทึกเมื่อมีการเปิดขวดยา โดยการใช้แผ่นคอมพิวเตอร์ชิปไว้ในกล่องยาเพื่อบันทึกวันและเวลาของการปิดหรือเปิดกล่องยา (medication event monitoring system: MEMS) สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดการรับประทานยาของผู้ป่วย สัดส่วนของยาที่รับประทานและเวลาที่รับประทาน แต่มีราคาแพงมากทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น และอาจมีข้อสงสัยว่าการเปิดกล่องยาแต่ละครั้งไม่จำเป็นว่าผู้ป่วย

รับประทานยาจริงในแต่ละครั้ง (รัตนานา, 2547) ข้อดีคือ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยได้และมีความน่าเชื่อถือ ข้อจำกัดคือ ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งละมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากอาจไม่สามารถบรรจุลงในขวด MEMS ได้หมด และข้อมูลที่ได้ อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยอาจนำยาออกมามากกว่า 1 มื้อในคราวเดียวกัน (กนิษฐา, 2549)

3. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการวัดระดับยาในเลือดของผู้ป่วยโดยตรง ข้อดีคือ สามารถวัดระดับ/ปริมาณของยาที่มีอยู่ในกระแสเลือดได้โดยตรง ทำให้ทราบระดับยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาที่เก็บตัวอย่างเลือดมาวิเคราะห์ ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนดและต่อเนื่องหรือไม่ มีค่าใช้จ่ายสูง (วันทนา และอรรรณพ, 2549)

4. การตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load assay) เป็นตัวชี้วัดผลของการรักษา ซึ่งเป็นที่ยอมรับกว้างขวางในการวิจัยทางคลินิก หากผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้านไวรัสจะตรวจพบระดับไวรัสในกระแสเลือดในระดับที่น้อยมากหรือไม่พบ คือต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ข้อดีของวิธีนี้คือ เชื่อถือได้มีความแม่นยำสูง ข้อจำกัดคือ มีค่าใช้จ่ายสูงมากและมีสถานที่ที่ตรวจได้จำกัด ทำให้ยังไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง (วันทนาและอรรรณพ, 2549)

5. การรับประทานยาต่อหน้าผู้สังเกตการณ์ (directly observed therapy: DOT) องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า วิธีการนี้ประสบความสำเร็จอย่างมากในการส่งเสริมความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการรับประทานยารักษาวัณโรค (วันทนา และอรรรณพ, 2549) แต่เป็นวิธีที่ไม่ค่อยนำมาใช้กับการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ต้องใช้ตลอดชีวิตและยาบางชนิดต้องรับประทานมากกว่า 1 มื้อต่อวัน (กนิษฐา, 2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอจากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากทัศนาศาสตร์และคณะ (2547) มีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งของการขาดยาในรอบ 1 เดือนหรือ 2 สัปดาห์ 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลาเกิน 1 ชั่วโมงในรอบ 1 เดือนหรือ 2 สัปดาห์ และ 3) เหตุผลของการขาดยาหรือการรับประทานยาไม่ตรงเวลา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1.1 ลักษณะประชากร ตัวแปรทางด้านนี้ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคลทางความคิด เขาว่าปัญญาจึงมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทาน

ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังสรุปผลไม่ได้แน่ชัดว่าลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีผลดังนี้

1.1.1 อายุ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามกิจกรรมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ดังนี้ คือ ดูราน สปาย ราฟ วอลเตอร์ โบฮัวร์ และคณะ (Duran, Spire, Raffi, Walter, Bouhour et al., 2001) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยและวัยกลางคน มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ แต่การศึกษาของของเฮอร์แมน แมคกินนอน จอห์น ไฮแลนด์ และคณะ (Hermann, McKinnon, John, Hyland, Martinez et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนจากการศึกษาของสุกรินทร์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าปัจจัยด้านอายุยังไม่มีผลสรุปที่ชัดเจน

1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการทำบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวแต่จากรายงานการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของแมคโดเนล โอลสเต็ด เพช ดี และอูรา (McDonell Holstad, Pace, De, & Ura, 2006) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ แต่มีผู้วิจัยหลายท่านพบว่าเพศหญิงมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย (Laine, Newschaffer, Zhang, Cosler, Hauck et al., 2000; Ohmit, Schuman, Schoenbaum, Rompalo, Cohen et al., 1998) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าปัจจัยด้านเพศยังไม่มีผลสรุปที่ชัดเจน

1.1.3 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาความสามารถเข้าใจข้อมูลหรือปัญหาต่าง ๆ ความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการแสวงหาความรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย ดังเช่นการศึกษาของตุลาทอง (Tulalong, 2004) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย ($p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของคาลิชแมนและแคท (Kalichman, & Catz, 1999) ศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อย พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยจะเกิดความผิดพลาดในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า แต่จากการศึกษาของปาสเชอร์โล เซง ปาลปู เมลิ เฟเบอร์ และคณะ (Paasche-Orlow, Cheng, Palepu, Meli, Faber et al., 2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกรินทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1.1.4 รายได้ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการมารับบริการทางการแพทย์ เพื่อติดตามอาการ การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมทำให้ต้องขาดรายได้ในการใช้จ่ายเพื่อไปรับบริการทางสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ลดลงด้วย ดังเช่นการศึกษาของตุลาทอง (Tulalong, 2004) และสุกรินทร์ (2548) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบริจิโด โรดริเกซ คาสเซบ โอลอเวียร่า รูเซทติ และคณะ (Brigido, Rodrigues, Casseb, Oliveira, Roossetti et al., 2001) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 สภาวะด้านจิตสังคม มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1.2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการสนับสนุนทางด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคลเพื่อช่วยในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อความเครียดในภาวะวิกฤตของมนุษย์ (Weinert, 1987) ซึ่งจากการศึกษาของกอร์ดิลโล เดลามโ ซเรียโน และกอร์นชาเล็กซ์-ลาโฮ (Gordillo, Delamo, Soriano, & Gonzalex-Lahoz, 1999) รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายได้ว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของยาฮาการ์ มัณนีแสม ทาวาโกลิฟิลลิป เมอดอก และคณะ (Vyaharkar, Moneyham, Tavakoli, Phillips, Murdaugh et al., 2006) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม ถูกปฏิเสธจากสังคมรอบข้างและครอบครัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีหลายรายงานซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ (Chesney, 2000; Gordillo et al., 1999; Paterson et al., 2000; Treisman, G. J., Angelina, A. F., & Hutton, H. E., 2001)

1.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งจากการศึกษาของกิฟฟอร์ด บอร์แมน และชีฟลี (Gifford, Borman, & Shively, 2000) พบว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของลัสชินสกา ซากา และ โนลด์ (Luszczynska, Sarkar, & Knoll, 2007) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ปัจจัยด้านการรักษา (treatment factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน พบว่าจำนวนเม็ดยาที่รับประทานมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ จำนวนเม็ดยาที่มากเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสะดวกในการรับประทานยา ทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ลดลง (สุรเดช, 2548) นอกจากนี้จากการศึกษาของเอเบลและเพนเตอร์ (Abel & Painter, 2003) พบว่าการลดความซับซ้อนในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยการรวมยาไว้ในเม็ดเดียวกันและลดขนาดของยาจะช่วยทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น

2.2 ความถี่ในการรับประทานยา พบว่าหากผู้ป่วยรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวันจะทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ลดลงได้ จากการศึกษาของ เอลเดรด วู เชียร์สัน และมัวร์ (Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1998) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพียงวันละ 2 ครั้งต่อวันจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน

จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยวันละหลายครั้งและหลายชนิดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนยุ่งยาก หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป บางรายลืมรับประทานยา ดังการศึกษาของฟง โฮ ลี ซี หยวน และคณะ (Fong, Ho, Lee, Tse, Yuen et al., 2003) พบว่าการลืมรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอลดลงในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเชสนีย์ และไซมอนนิและคณะ (Chesney, 2000; Simoni et al., 2002) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคือ ลืมรับประทานยา ร้อยละ 34 และร้อยละ 50 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่ในการรับประทานยาและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่ำ เนื่องจากความถี่ในการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย มีรายงานการศึกษาการรับประทานยาที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวันหรือการรับประทานยาร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ (Gifford et al., 2000; Robert, 2000) ไรอันและแวงเกอร์ (Ryan & Wanger, 2003) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การรับประทานยาที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและความพยายามคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวันเช่น การรับประทานยาเป็นประจำทุกวันหลังรับประทานอาหารเช้า การนอนที่บ้านเป็นประจำถ้าต้องรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ก่อนนอน ควรรับประทานยาในตอนเช้ามามากกว่าตอนเย็น เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น และในปีต่อมาแวงเกอร์และไรอัน (Wanger & Ryan, 2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่าการทำกิจวัตรประจำวัน 4 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การดูรายการทีวีที่ชอบ การสนใจต่อการประชุมและการนอนหลับที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่จากการมาเยี่ยมของเพื่อนบ้านจำนวนน้อยครั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เช่นกัน

2.3 ชนิดของยา มีหลายรายงานการศึกษาที่พบว่า ชนิดของยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เนื่องจากบางชนิดมีอาการข้างเคียงก่อนข้างรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องหยุดยา จากการศึกษาของศักดิ์ชัย กอบเกียรติ เพ็ญศรี ยุทธศักดิ์ สมบูรณ์ และคณะ (2546) ได้ประเมินผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสเอดส์แบบสามชนิดพร้อมกันในเขต 9 พบว่าอัตราการรักษาครบ 1 ปีมีเพียงร้อยละ 56 เนื่องจากต้องหยุดการรักษาจากผลข้างเคียงของยาร้อยละ 30 และการศึกษาของวรารัตนา, เพชร, และนที (2546) ได้ศึกษาประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาสูตรผสมของ nevirapine, stavudine และ lamivudine ในเม็ดเดียวกัน (GPO-VIR) ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนทั้งสิ้น 87 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจนต้องหยุดยา 13 รายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.49

3. ปัจจัยด้านผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (patient-provider factors) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Bakken, Holzemer, Brown, 2000) ความพึงพอใจ

ของผู้ป่วยจากการพูดคุยกับทีมสุขภาพ การนัดหมายเพื่อมารับบริการและการแสดงถึงความห่วงใยผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้รู้สึกพึงพอใจบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งทำให้มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น (Bekken, Holzemer, & Brown, 2000; Demmer, 2003; Johnson, Chesney, Goldstein, Remein, Catz et al., 2006; Robert, 2002; Sodergard, Halvarsson, Tully, Mindouri, Nordstrom et al., 2006)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ประสบความสำเร็จ สามารถลดจำนวนเชื้อไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีล้มเหลวก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ภูมิคุ้มกัน (CD4) ถูกทำลาย การดำเนินของโรคเร็วและรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหากบุคลากรในทีมสุขภาพมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก็จะสามารถส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นำไปสู่การดำรงชีวิตที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Cochrane ได้มีผู้ศึกษานำโปรแกรมต่างๆ มาใช้เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันดังนี้

1.1 ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 2 ปี (Goujard et al., 2003; Phongphuthachat, 2005; Pradier et al., 2003; Remien et al., 2005)

1.2 การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นครั้งแรกหรือเริ่มต้นครั้งใหม่ (พรทิพย์, 2546; Tuldra et al., 2000; Wanger et al., 2006) และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นครั้งแรกหรือเริ่มต้นครั้งใหม่หรือเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสสูตรใหม่ (Wanger et al., 2006)

1.3 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กำหนดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในช่วงร้อยละ 80-90 (Remien et al., 2005; Safren et al., 2003)

1.4 การขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา (Fairley et al., 2003)

1.5 คะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาบน้อยกว่าร้อยละ 75 (ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็น 1 ใน 4 ด้านของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ) (จุฬา, 2550)

2. การออกแบบวิจัยแตกต่างกัน ดังนี้

2.1 รูปแบบการวิจัย ประกอบด้วย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (จุฬา, 2550; พรทิพย์, 2546; Levy et al., 2004; Phongphuthachat, 2005; Remien et al., 2005; Safren et al., 2003) แบบทดลอง (Fairley et al., 2003; Goujard et al., 2003; Wanger et al., 2006) และแบบศึกษาไปข้างหน้า (Pradier et al., 2003; Tuldra et al., 2000)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อยู่ในช่วง 2 เดือนถึง 18 เดือน (จุฬา, 2550; พรทิพย์, 2546; Fairley et al., 2003; Goujard et al., 2003; Phongphuthachat, 2005; Pradier et al., 2003; Remien et al., 2005; Safren et al., 2003; Tuldra et al., 2000; Wanger et al., 2006)

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผล มีความแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้ ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสทุก 2 สัปดาห์ (จุฬา, 2550; พรทิพย์, 2546) ทุก 1 เดือนถึงทุก 6 เดือน (Goujard et al., 2003; Phongphuthachat, 2005; Pradier et al., 2003; Remien et al., 2005; Safren et al., 2003; Tuldra et al., 2000; Wanger et al., 2006) ตามถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดยาซ้อนหลัง 4 วัน, 7 วัน และ 28 วัน (Fairley et al., 2003; Levy et al., 2004)

3. โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วย

3.1 การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวเป็นรายบุคคล (Pradier et al., 2003)

3.2 การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในการรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาเป็นรายบุคคล (Wanger et al., 2006) และรายกลุ่ม (Tuldra et al., 2000)

3.3 การให้ความรู้ร่วมกับให้กล่องยาและเครื่องมือช่วยเตือนในการรับประทานยาเป็นรายบุคคล (Fairley et al., 2003; Goujard et al., 2003; Levy et al., 2004) และรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล (Phongphuthachat, 2005)

3.4 การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนจากคู่สมรสให้มีการมองโลกในแง่ดีและสร้างความมั่นใจให้แก่คู่สมรสในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นรายบุคคล (Remien et al., 2005)

3.5 การใช้โปรแกรมระบบออนไลน์เตือนเมื่อถึงเวลารับประทานอาหารและยาต้านไวรัส อดส์เป็นรายบุคคล (Safren et al., 2003)

4. ตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ในการประเมิน

4.1 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Goujard et al., 2003; Pradier et al., 2003; Remien et al., 2005; Safren et al., 2003; Tuldra et al., 2000; Wanger et al., 2006) ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อดส์มากขึ้น และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดหรือระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (พรทิพย์, 2546; Fairley et al., 2003; Pradier et al., 2003; Remien et al., 2005; Tuldra et al., 2000; Wanger et al., 2006) ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และกลุ่มควบคุมมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดหรือระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ไม่แตกต่างกัน

4.3 จำนวนครั้งที่ขาดยาซ้อนหลัง 4 วัน, 7 วัน และ 28 วัน (Fairley et al., 2003; Goujard et al., 2003; Levy et al., 2004) ผลการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 คุณภาพชีวิต (Goujard et al., 2003) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมามีหลากหลาย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น มีการพัฒนาความรู้ให้กับผู้ป่วย ร่วมกับการแก้ไขปัญหาให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาไม่น้อยกว่า 2 เดือน การศึกษาส่วนใหญ่มักทำในผู้ป่วยที่เริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรกหรือครั้งใหม่ หรือได้รับยาต้านไวรัสไม่เกิน 3 เดือน ถึง 2 ปี มีงานวิจัยเพียงส่วนน้อยที่ทำในผู้ป่วยที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และจากการศึกษาของรูดาและคณะ (Rueda et al., 2008) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมด 19 เรื่อง พบว่าวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จ คือ การให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเองอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้จัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่าการใช้แนวคิดการจัดการตนเองมีความเหมาะสมเนื่องจากเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ เรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นรายบุคคล ให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น และมีการดำเนินโปรแกรมโดยการติดตามผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) มาประยุกต์ใช้

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะนั้น การจัดการตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่บุคคลพิจารณาที่จะจัดการกับสุขภาพที่ตนเองประสบอยู่ในขณะนั้น หาแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นอยู่ ประเมินและพยายามหาทางต่อสู้กับอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Lorig & Holman, 1989)

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ที่เสนอโดยแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่สนใจการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยมีความเชื่อพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคล มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองต้องมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการกระตุ้นอย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านการคิด การจัดการกับอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติของการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด หรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ความหมายการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีหลากหลายวิชาชีพด้านสุขภาพได้มีการนำการจัดการตนเองลงสู่การปฏิบัติ เช่น ทางการพยาบาล ทางการแพทย์ ด้านการฟื้นฟู ภายภาพบำบัด ด้านสุขภาพจิตและสุขศึกษา จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า การจัดการตนเอง (self-management) ที่ครอบคลุมทั้งหมด มีการใช้คำว่าจัดการตนเองและการดูแลตนเองแทนกันได้ (Deaton, 2000) อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ การจัดการตนเองเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ให้ได้ตามปกติตามความสามารถที่จะทำได้ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา (coping strategies) หลาย ๆ วิธีในการเผชิญปัญหาจากความเจ็บป่วยได้ มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Bartholomew et al., 1993; Kanfer, 1991; Kogan & Betrus, 1984)

อาจสรุปได้ว่าการจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การจัดหาวิธีการของบุคคลในการดูแล
สุขภาพของตนเอง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

กลวิธีการจัดการตนเอง

นักวิชาการได้นำเสนอกลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของ
ตนเองซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) กลวิธีเหล่านี้ ได้แก่ การ
ตั้งเป้าหมาย (goal-setting) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-
evaluation) และทำให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer, 1991, p.305-360) ดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) เป้าหมายคือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ และจะ
แตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะ
นำไปสู่ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายสามารถกระทำได้ทั้งโดยเจ้าหน้าที่หรือร่วมกับผู้ป่วย หรือ
ผู้ป่วยเป็นคนตั้งเป้าหมายด้วยตัวเอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการตั้งเป้าหมายเอง หรือมีผู้
กำหนดเป้าหมายให้ หากเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งเองผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้าทายต่อเป้าหมายนั้นน้อย
เนื่องจากว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ได้ และ
เป้าหมายที่ตั้งนั้นอาจจะตั้งโดยขาดพื้นฐาน เป้าหมายที่ตั้งอาจง่ายเกินไปหรือยากเกินไป อย่างไรก็ตาม
การตั้งเป้าหมายด้วยตัวเองนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมายและยอมรับถือ
เป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้นเพราะผู้ป่วยเป็นคนเลือกเป้าหมายเอง ส่วนการกำหนดเป้าหมายให้
ผู้ป่วยนั้น เจ้าหน้าที่จะรับรู้ถึงอุปสรรคที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ และทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจัดการอย่างไร
กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และรู้จริงในการตั้งเป้าหมายที่ไม่ง่ายหรือยากเกินไป ถ้าเป็น
พฤติกรรมที่ซับซ้อนต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การประสบความสำเร็จในพฤติกรรมเหล่านี้
ต้องการความพยายาม ความสม่ำเสมอของพฤติกรรม และความเข้มข้นของพฤติกรรมอย่างมาก

2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึก
พฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่
เป็นผลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตามและบันทึกปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวัง
ตัวที่ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดง
พฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัวหรือมีสติ การติดตามตนเอง เป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองในการสังเกต
พฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมตนเอง
ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะ

เสริมแรงหรือไม่ นอกจากนี้ผลของการติดตามตนเอง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้บุคคลระมัดระวังตัว และจะแสดงพฤติกรรมไปสูเป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2.1 ประสิทธิภาพของการติดตามตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการดังนี้

2.1.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบเสมอว่าเพียงแต่บอกให้ผู้เข้ารับการบำบัดหรือปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมเอง ไม่ได้หมายความว่าจะได้ข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึกนั้น ถ้าข้อมูลที่ได้มีผลต่อการได้รับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกจะน้อยลงเพราะข้อมูลที่ได้มักสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีการพยายามที่จะหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมตนเองมีความแม่นยำขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่น สังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง

2.1.2 ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การติดตามตนเองอาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

2.1.3 ความยากง่ายของงานหรือพฤติกรรมที่กระทำ การติดตามตนเองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

2.2 ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน 2) จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน 3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน และ 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการประเมินตนเอง

4. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวก และ/หรือการเสริมแรงทางลบ โดยตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (material reinforcers) เช่น ขนม เนื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์ ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) ในลักษณะคำพูดและการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (activity reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี่ยอรรถกร (material reinforcers) ในรูปของเงินเบี้ย แด้ม ดาว แสดมปี หรือคูปอง และตัวเสริมแรงภายใน

(covert reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ

ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดีคือ เป็นวิธีที่ง่ายและตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งสำคัญคือ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเองเพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าคุณคนนั้นมีความต้องการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงวิธีที่ดีที่สุด คือ ต้องเสริมแรงทันที ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ให้ตามความต้องการและเหมาะสมโดยไม่ทำให้เกิดปัญหา

การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Cochrane ได้มีผู้ศึกษานำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองมาใช้กับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ ซึ่งผลของการนำแนวคิดการจัดการตนเองพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (พัชรินทร์, 2546; Yip et al., 2007) ผู้ป่วยอดสูดกั้นเรื้อรัง (พรทิพย์, 2548) ผู้สูบบุหรี่ (จิตติมา, 2547) ผู้ป่วยเบาหวาน (บุญริยมและวิวัฒน์, 2544; จิตติมา, 2545; Wattana et al., 2007) ผู้สูงอายุสตรีที่กลืนปีศาจไม่อยู่ (วาริ, 2545) ผู้ป่วยเอดส์ที่คิดเชื้อวัน โรคปอด (สมพร, 2550) ผู้ป่วยหอบหืด (Feifer et al., 2004) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Costantini et al., 2008) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Smith et al., 2003)

2. การออกแบบวิจัย แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2.1 รูปแบบการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (จิตติมา, 2547; พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; วาริ, 2545; สมพร, 2550; Smith et al., 2003; Wattana et al., 2007; Yip et al., 2007) แบบย้อนหลัง (บุญริยมและวิวัฒน์, 2544; Feifer et al., 2004) และเชิงคุณภาพ (Costantini et al., 2008)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อยู่ในช่วง 7 สัปดาห์ถึง 12 เดือน (จิตติมา, 2547; บุญริยมและวิวัฒน์, 2544; พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; วาริ, 2545; สมพร, 2550; Costantini et al., 2008; Feifer et al., 2004; Smith et al., 2003; Wattana et al., 2007; Yip et al., 2007)

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผลพบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (พรทิพย์, 2548; บุญริยมและวิวัฒน์, 2544; วาริ, 2545; สมพร, 2550; Feifer

et al., 2004; Smith et al., 2003; Wattana et al., 2007; Yip et al., 2007) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการจัดการตนเองทันที หลังจากนั้นติดตามอีก 1 เดือน (พัชรินทร์, 2546)

3. กลวิธีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

3.1 การให้ความรู้ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล (วารี, 2545; สมพร, 2550; Smith et al., 2003) เป็นรายกลุ่ม (Feifer et al., 2004; Yip et al., 2007) และเป็นรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล (บุญเยี่ยมและวิวัฒน์, 2544; พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; Wattana et al., 2007)

3.2 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง (บุญเยี่ยมและวิวัฒน์, 2544; พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; Smith et al., 2003)

3.3 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (จิตติมา, 2545; พรทิพย์, 2548; Wattana et al., 2007)

3.4 การแจกคู่มือการจัดการตนเอง (พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; สมพร, น้าอ้อย, และวารินทร์, 2550; Wattana et al., 2007)

3.5 การบันทึกการรับประทานยา (Smith et al., 2003)

4. ตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ในการประเมิน ในแต่ละงานวิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกันดังนี้

4.1 ทักษะการจัดการตนเอง (พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; วารี, 2545; สมพร, 2550; Feifer et al., 2004; Smith et al., 2003; Yip et al., 2007)

4.2 ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน (Smith et al., 2003; Yip et al., 2007)

4.3 ผลการรักษา เช่น สภาวะอาการหายใจลำบาก (พรทิพย์, 2548) ผลการรักษาวัณโรคปอด (สมพร, 2550) ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Wattana et al., 2007; บุญเยี่ยมและวิวัฒน์, 2544) อาการปวดเข้า (พัชรินทร์, 2546) สูบบุหรี่ยี่ในปริมาณและความถี่ลดลง (จิตติมา, 2547)

4.4 คุณภาพชีวิต (Feifer et al., 2004; Wattana et al., 2007)

4.5 การมาตรวจตามนัด (บุญเยี่ยมและวิวัฒน์, 2544; Feifer et al., 2004)

4.5 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Feifer et al., 2004; Smith et al., 2003)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าโดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นกึ่งทดลอง ไม่มีการกำหนดเลือกใช้ระยะเวลาที่แน่ชัดในการจัดการตนเอง แต่เป็นที่สังเกตได้ว่าในแต่ละงานวิจัยไม่ที่ใช้ระยะเวลาเท่าใด ความถี่ของจำนวนครั้งบ่อยเพียงใด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น กลวิธีการจัดการตนเองโดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการตนเอง ตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ในการประเมินส่วนใหญ่เน้นให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองและติดตามผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเอง ดังนั้นในการออกแบบการวิจัยครั้งนี้ของผู้วิจัยจึงเป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม และในการกำหนดระยะเวลาในการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้จะนัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง รวมระยะเวลาที่ใช้ใน

การศึกษาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมด้วยในสัปดาห์ที่ไม่ได้พบผู้ป่วยเพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

แคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) เสนอว่าการฝึกให้บุคคลมีทักษะการจัดการตนเองได้สำเร็จนั้น ต้องการสนับสนุนจากผู้ให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกของการฝึกหัดเป็นอย่างมาก ซึ่งแคนเฟอร์ได้เสนอบทบาทของผู้ช่วยเหลือไว้ 4 ประการ คือ 1) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของบุคคล วางแผนและออกแบบโปรแกรมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) การช่วยให้บุคคลสร้างเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงในบริบทที่ตนเองพึงพอใจ และสามารถสร้างความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา 3) การช่วยให้บุคคลหาเทคนิคที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา และ 4) การให้แรงเสริมในกรณีที่บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่มีความยั่งยืน

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัต ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับในความสามารถและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ ความรู้ (knowledge) เป็นสิ่งจำเป็นแต่ต้องสามารถผสมผสานเข้าสู่ทางเลือกของวิถีชีวิตได้ ความรู้ที่ช่วยผสมผสานการจัดการตนเองเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coates & Boore, 1995) จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาโปรแกรมในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่าไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง ด้วยการจูงใจให้เริ่มเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) มาพัฒนาเป็น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่จะกระตุ้นและจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1. ประเมินปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา เป็นขั้นตอนที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือจากผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

2. เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเตรียมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีความพร้อมเพื่อการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ โดยการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และค้นหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคารับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ และการกำหนดเป้าหมายในเรื่อง 1) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ และ 2) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2.1 การให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นรายบุคคล โดยครอบคลุมในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา 2) ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 3) ชนิด วิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา 4) วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา 5) การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ 6) วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา 7) สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 8) ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และ 9) อภิปรายเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ 9.1 ปรับการรับประทานยาให้เข้ากับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานยาก่อนหรือหลังรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยาเมื่อดูรายการทีวีที่ชอบเป็นประจำ 9.2 การตรวจสอบการรับประทานยาโดยใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาทุกมื้อ ทุกวัน 9.3 การวางแผนกิจวัตรประจำวัน เช่น ต้องมีการคิดล่วงหน้าว่าวันนี้ต้องทำอะไร หรือไปสถานที่ใดบ้าง ต้องกลับบ้านช้าหรือไม่ เพื่อนำไปวางแผนเตรียมพร้อมว่าต้องพกยาติดตัวในกรณีที่ต้องกลับมารับประทานที่บ้านไม่ทัน 9.4 การวางแผนล่วงหน้าในวันหยุดและวันลาพักร้อน เพื่อทราบว่ามียาเพียงพอในวันหยุดหรือวันลาพักร้อนหรือไม่ 9.5 การเก็บยาไว้กับตัวเองเมื่อต้องเดินทาง 9.6 การวางแผนเพื่อให้ตัวเองมีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อความสะดวกในการรับประทานยา เช่น ไม่นอนค้างที่อื่นถ้าไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการไปงานปาร์ตี้ เป็นต้น 9.7 การมีบุคคลหรืออุปกรณ์ช่วยเตือนในการรับประทานยา เช่น เพื่อน หรือคนในครอบครัว การใช้นาฬิกาปลุก การใช้กล่องยา เป็นต้น

โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว วิธีการจัดการตนเองหรือแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คิดว่ามีความเหมาะสมกับตนเอง และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาคารับประทานยาไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยตนเอง

2.2 การกำหนดเป้าหมายในเรื่อง 1) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอโดยการพูดคุยเพื่อสร้างสัญญาใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่าต้องมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอให้ได้ และ 2) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกัน เช่น รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 หรือไม่ขาดยาแม้แต่ครั้งเดียวตั้งแต่วันที่พบผู้วิจัยจนถึงวันนัดครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีแรงจูงใจในการปฏิบัติในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

3. ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและเสริมแรงเป็นระยะ เป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะหรือวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นำความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปในขั้นตอนที่ 2 นำไปปฏิบัติในวิถีการดำเนินชีวิตจริง โดยผู้วิจัยช่วยในการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการเพื่อสะดวกในการรับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการลงบันทึกการรับประทานยา อุปสรรคในการรับประทานยา อาการข้างเคียงและวิธีการแก้ไขลงในสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยสาธิตให้ผู้ป่วยดู ประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้สาธิตย้อนกลับ การกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง หรืออุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอโดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ในขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองประกอบด้วย

3.1. การติดตามพฤติกรรมรับประทานยาของตนเอง (self-monitoring) ผู้วิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทุกเวลาและทุกวันเพื่อเป็นการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และวิธีการแก้ไข หากผู้ป่วยมีปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอด้านอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากในคู่มือการจัดการตนเอง ผู้ป่วยสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และจดบันทึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ความสม่ำเสมอลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา รวมทั้งวิธีการแก้ไขเพื่อนำมาอภิปรายกันอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยในวันนัด นอกจากนี้ผู้วิจัยโทรศัพท์หาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเป็นการกระตุ้นและติดตามการจัดการตนเอง สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจัดการตนเอง และสิ่งที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ

3.2 การประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเมินตนเองว่าสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอได้หรือไม่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ โดยให้มีการประเมินตนเองทุกวันเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกรณีที่ประเมินตนเองแล้วพบว่ายังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.3 การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การเสริมแรงอาจมีลักษณะไม่เปิดเผย เช่น การชื่นชมตนเองในใจ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการแสดงออกอย่างเปิดเผย เช่น เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ก็จะไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างปกติ หรืออาจจะไปรับประทานอาหารนอกบ้านกับคู่สมรส การไปคูหนั่ง ไปเที่ยวทะเล เป็นต้น ส่วนผู้วิจัยมีการเสริมแรงให้กับผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์หาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย

4. ประเมินผลการจัดการตนเอง มีเป้าหมายเพื่อประเมินความความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากแนวคิดการจัดการตนเองสามารถสรุปเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดังตาราง 1

ตาราง 1

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

| ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ | บทบาทของผู้ช่วยเหลือ (ผู้วิจัย) |
|--|--|
| <p>การตั้งเป้าหมาย (goal-setting)</p> <p>กำหนดเป้าหมายในเรื่อง</p> <p>1. การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ</p> <p>2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์</p> | <p>ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และค้นหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้ด้วยตนเอง โดยการ</p> <p>1. ให้ความรู้</p> <p>2. ร่วมกันกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ</p> <p>2.1 การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค เช่น พลาดการสร้างสัญญาใจว่าจะต้องจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอให้ได้</p> <p>2.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 หรือต้องไม่ขาดยาเกิน 1 ครั้ง จนกระทั่งถึงวันนัด</p> |
| <p>การติดตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเอง (self-monitoring)</p> <p>บันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตลอดเวลาและทุกวัน สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และวิธีการแก้ไข จดบันทึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งวิธีการแก้ไข</p> | <p>ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะหรือวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยการ</p> <p>1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยติดต่อสอบถามข้อสงสัยหรือปัญหาจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา</p> <p>2. โทรศัพท์หาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเป็นการกระตุ้นและติดตามการจัดการตนเอง สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจัดการตนเอง และสิ่งที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ</p> |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ | บทบาทของผู้ช่วยเหลือ (ผู้วิจัย) |
|---|---|
| <p>การประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเอง (self-evaluation)</p> <p>ประเมินตนเองทุกวันว่าสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอได้หรือไม่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่</p> | <p>แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาให้มีความสม่ำเสมอมากขึ้นและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ</p> |
| <p>การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)</p> <p>ให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ และสามารถรับประทานยาสม่ำเสมอตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การชื่นชมตนเองในใจ ไปรับประทานอาหารนอกบ้านกับคู่สมรส ไปดูหนัง ไปเที่ยวทะเล เป็นต้น</p> | <p>ให้แรงเสริมเพื่อให้พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความยั่งยืน โดยการพูดคุยให้กำลังใจขณะที่พบผู้ป่วยตามนัดและเมื่อโทรศัพท์หาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4</p> |

สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์มีจำนวนมากขึ้น แม้ว่าการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 มีประสิทธิภาพในการควบคุมเชื้อไวรัสในกระแสเลือดและเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังไม่มี ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์มากขึ้น และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์นั้นสามารถทำได้หลายวิธี และส่วนใหญ่ให้ผลในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้คือ การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคน

เฟอร์ (Kanfer, 1991) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส และนำมาปรับใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินปัญหาที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 2) เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง 3) ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและเสริมแรงเป็นระยะ และ 4) ประเมินผลการจัดการตนเอง ซึ่งจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 และมารับการรักษาที่คลินิกติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ เนื่องจากโปรแกรมต้องใช้การนำเสนอด้วยภาพนิ่งและคู่มือเป็นสื่อในการทำกิจกรรม และมีการบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทุกวัน
3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน
4. รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของพรทิพย์ (2546) เกี่ยวกับผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล

ความแตกต่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างตาม บุญใจ, 2547) ซึ่งได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .74 (ภาคผนวก ข) จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 56 ราย ในการเก็บรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจำนวน 60 ราย ในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย 2 ราย โดยชี้แจงว่าเป็นไข้ 1 ราย และท้องเสีย 1 ราย ส่วนในกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย 2 ราย เนื่องจากต้องไปดูแลญาติที่โรงพยาบาล 1 ราย และอีก 1 รายชี้แจงว่าบ้านอยู่ไกลและไม่มีใครดูแลบุตร ซึ่งผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างและหากกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ทดแทน

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 28 รายหลังจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ในเรื่อง 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ใกล้เคียงกัน หรือต่างกันไม่เกิน 100 เซลล์/ลบ.มม³ และ 4) ได้รับสูตรยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีสองประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลต่อครั้ง วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย การพักอาศัย การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีคนใกล้ชิด (ภาคผนวก จ)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ระดับภูมิคุ้มกันเมื่อเริ่มการรักษาและปัจจุบัน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเอดส์ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเอดส์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประสิทธิภาพการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบัน ชนิดยาที่รับประทานต่อวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน จำนวนครั้งที่รับประทานยา

ต่อวัน อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความเข้าใจคำแนะนำการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จากแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก จ)

1.3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากทัศนาศ และคณะ (2547) มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งของการขาดยาในรอบ 1 เดือน 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาไม่ตรงเวลาในรอบ 1 เดือน และ 3) เหตุผลของการขาดการรับประทานยาหรือการรับประทานยาไม่ตรงเวลา (ภาคผนวก จ) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากข้อ 1) และ 2) มาพิจารณาร่วมกันในการคำนวณความไม่สม่ำเสมอ ซึ่งใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยการคำนวณร้อยละจากสูตรการคำนวณของทัศนาศและคณะ (2547)

การคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใน 1 เดือน

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริงในเวลา 1 เดือน} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน}}$$

แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของทัศนาศและคณะ (2547)

การคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใน 2 สัปดาห์

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริงในเวลา 2 สัปดาห์} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 2 สัปดาห์}}$$

การแปลผล หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ถ้าน้อยกว่าร้อยละ 95 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการนับเม็ดยาร่วมด้วย โดยนับเม็ดยาที่เหลือจากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้ป่วยตอบ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ เนื่องจากพบว่ามีจุดอ่อน-จุดแข็งต่างกันในการนำไปใช้ ในกรณีที่การประเมินด้วยแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และการนับเม็ดยาไม่สอดคล้องกันผู้วิจัยจะพิจารณาความเป็นไปได้ว่าควรยึดหลักจากการประเมินแบบใด โดยใช้การพิจารณาจากสมุดบันทึกการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย ซึ่งภายหลังการเก็บข้อมูลพบว่คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาทั้งสองวิธีเท่ากัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

2.1.1 ประเมินปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา เป็นขั้นตอนที่มีเป้าหมายเพื่อผู้วิจัยรวบรวมเกี่ยวกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากพยาบาลที่รับผิดชอบที่คลินิกติดตามการรักษา ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย การปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมวิจัยจนผู้ป่วยเข้าใจ

กิจกรรมที่ 2 กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าถึงปัญหาและระบายความคับข้องใจที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.1.2 เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง เป็นระยะที่เตรียมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมเพื่อการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล โดยการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และค้นหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชนิด วิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยใช้สื่อการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (powerpoint presentation) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาคความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเองด้วยตนเองโดยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายในเรื่อง 1) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ และ 2) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 แจกคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และกล่องยาเพื่อช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2.1.3 ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและเสริมแรงเป็นระยะ เป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะหรือวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะ เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 มาปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ฝึกทักษะเกี่ยวกับ การจดยาโดยใช้กล่องยาเพื่อความสะดวกในการรับประทาน การลงบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทุกเวลาและทุกวันเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและวิธีการแก้ไข อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ลงในสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู ประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างโดยการให้สาธิตย้อนกลับ .ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 พูดุชชกถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย คำสังใจใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 3 แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างผสมผสานพฤติกรรมกำสังเกตและการบันทึก (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)

กิจกรรมที่ 4 แนะนำกลุ่มตัวอย่างติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง หรืออุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ

2.1.4 การประเมินผลการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ติดตามการบันทึกจากสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และกระบวนการของการปฏิบัติการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2.2 คู่มือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราต่าง ๆ นำมาเรียบเรียงเนื้อหาต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ใน

การให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และมอบให้กลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ผู้วิจัยให้ความรู้เสร็จแล้ว ในคู่มือประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชนิดวิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.3 สมุดบันทึกการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเวลาการรับประทานยาในแต่ละมือทุกวัน รวมทั้งเหตุผลที่ขาดยา/รับประทานยาไม่ตรงเวลา และวิธีการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ขาดยา/รับประทานยาไม่ตรงเวลา

2.4 สื่อนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (powerpoint presentation) เรื่องการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมมาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราต่าง ๆ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชนิด วิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือ สมุดบันทึก และสื่อนำเสนอด้วยภาพนิ่ง แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา และผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ 1 ท่าน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ 2 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเอดส์ 2 ท่าน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส

เอคส์ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้านได้แก่
 1) จำนวนครั้งของการขาดยา และ 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลา ได้ค่าความเที่ยงของ
 แต่ละด้านเท่ากับ 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้ โดยก่อนการเก็บรวบรวม
 ข้อมูลผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้ ทักษะในการพูด การฟัง การสื่อภาษา การสังเกต โดยการนำแผนการ
 สอนซึ่งประกอบด้วย สมุดบันทึกการรับประทานยา คู่มือ และสื่อนำเสนอด้วยภาพนิ่งเรื่องการจัด
 การตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส ที่ได้รับการแก้ไขแล้วไป
 ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คลินิกติดตามการรักษาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 3 รายและให้ผู้ป่วย
 ตอบแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอคส์ รวมทั้งทดลองจัดกระทำ
 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 1 ครั้ง เพื่อดูความเหมาะสมในเรื่องที่สนทนากับกลุ่ม
 ตัวอย่าง เวลาที่ใช้ในการพูดคุย การจดบันทึกปัญหาเพื่อเตรียมหาแนวทางปรับปรุงก่อนทดลองทำ
 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในครั้งต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมภาษณ์ ทำการทดลองและ
 สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย อาจทำให้รบกวนความเป็นส่วนตัวของ
 กลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์
 ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลอง การรักษาความลับเพื่อช่วยให้
 กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัย ไร้กังวล รู้สึกสบายใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมก็ให้ลงลายมือ
 ชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และคำนึงถึงความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง
 โดยจะพูดคุยปรึกษาหารือหลังจากที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการใช้
 คำถามที่เป็นการคุกคามต่อกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการพูดคุยหากมีคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่
 สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และหากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ผู้วิจัยจะส่ง
 กลุ่มตัวอย่างต่อพยาบาลให้คำปรึกษา และแพทย์เฉพาะทางตามลำดับ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถ
 บอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยก็ได้ และบอกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการ
 เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการนำข้อมูลไป
 อภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

ในกลุ่มควบคุมหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาผู้วิจัยจะ
 ให้คำแนะนำในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เตรียมไว้ด้วยตนเอง ดังนั้นเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงตัวแปรแทรกซ้อนจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงให้อิสระในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

2. ขั้นดำเนินการทดลองผู้วิจัยจัดกระทำในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพบพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกติดตามการรักษาเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของประชากรตัวอย่าง การเลือกประชากรตัวอย่างตามขั้นตอนคือ

2.2.1 ผู้วิจัยขอทราบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกติดตามการรักษา ส่วนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยตัวตนเอง ผู้วิจัยได้ติดต่อผ่านทางพยาบาล หรือในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยตนเอง ผู้วิจัยได้ติดต่อด้วยตนเองเมื่อได้รับอนุญาต

2.2.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพต่อไป โดยผู้วิจัยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์

2.2.3 พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมภาษณ์ ทำการทดลองและสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย อาจทำให้รบกวนความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าถ้าไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล สามารถบอกกล่าวผู้วิจัยและสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านการพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก็ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม

2.2.4 ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (T_0) (ครั้งแรก) หากมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์น้อยกว่าร้อยละ 95 จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเพื่อทำการทดลอง

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกระทำในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (T_0) ในวันแรกก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาจากแพทย์ตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว และแนะนำตัวอีกครั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามขั้นตอน 1) ประเมินปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา 2) เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง และ 3) ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และเสริมแรงเป็นระยะ ดังรายละเอียดหน้า 39-41 และนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ที่ห้องประชุม พร้อมทั้งให้นำสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มาด้วย

ครั้งที่ 2 พบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (T_2) พร้อมทั้งตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จากสมุดบันทึกการรับประทานยา ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้ ซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจและนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งที่ 3 ที่ห้องประชุมพร้อมทั้งให้นำสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มาด้วย

ครั้งที่ 3 พบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (T_4) พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างโดยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ที่ได้ และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้วิจัยบอกกลุ่มตัวอย่างถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกราย

โดยผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกรายในสัปดาห์ที่ 2 (T_1) และสัปดาห์ที่ 4 (T_3) เพื่อให้กำลังใจและติดตามเรื่องการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และการนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไป

กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจจากแพทย์ตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์แล้วให้พยาบาลประจำคลินิกสอนผู้ป่วยตามปกติ และขอความร่วมมือขอพบกลุ่มตัวอย่างอีก 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) และในการพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกราย

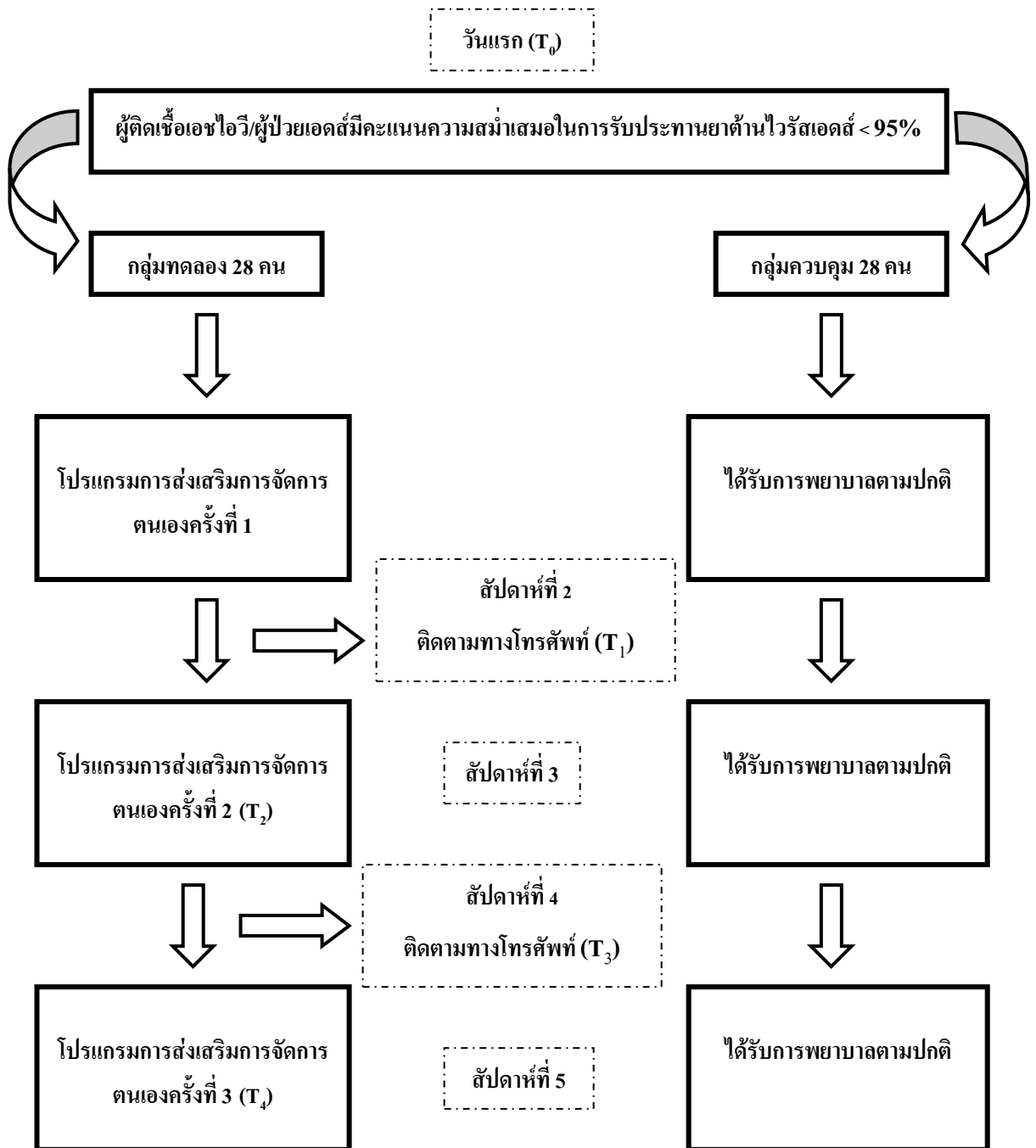
ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มาตามนัดแต่ละครั้ง ผู้วิจัยให้ค่าตอบแทนในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่างทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาโดยใช้สถิติความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ หรือการทดสอบของเย (Yates's Correlation Continuity)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีการแจกแจงแบบปกติ (ภาคผนวก ก ตาราง ก1)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรกโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีการแจกแจงแบบปกติ (ภาคผนวก ก ตาราง ก1)
5. เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) แต่เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยามี

ความแปรปรวนต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติไค-สแควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 56 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 28 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในสัปดาห์แรก (T_0) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

2.2 เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติไค-สแควร์

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 28 ราย และกลุ่มทดลอง 28 ราย กำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ไกล์เคียงกันหรือต่างกันไม่เกิน 100 เซลล์/ลบ.มม³ และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดียวกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 62.50 มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี อายุเฉลี่ย 38.79 ปี (SD = 7.31) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ โสดและหม้ายเท่ากันร้อยละ 19.60 ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้างร้อยละ 71.40 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 50.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001 - 9,000 บาท/เดือน ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาต่อครั้งอยู่ระหว่าง 201-300 บาท ใช้สิทธิในการรักษาโดยมีบัตรทองร้อยละ 60.70 โดยมีผู้ดูแลขณะ

เจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ ภาระยา/สามีร้อยละ 41.10 และบิดา/มารดาร้อยละ 19.60 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับภรรยา/สามีร้อยละ 28.60 และส่วนใหญ่มีการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนกับบุคคลใกล้ชิดและไว้วางใจร้อยละ 60.70 และเมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) (N=56)

| ลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | รวม | χ^2 |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| เพศ* | | | | 1.21 ^{ns} |
| ชาย | 20 (71.40) | 15 (53.60) | 35 (62.50) | |
| หญิง | 8 (28.60) | 13 (46.40) | 21 (37.50) | |
| อายุ (ปี) | | | | 1.60 ^{ns} |
| 21-30 | 3 (10.70) | 2 (7.10) | 5 (8.90) | |
| 31-40 | 17 (60.70) | 16 (57.10) | 33 (58.90) | |
| 41-50 | 6 (21.40) | 5 (17.90) | 11 (19.60) | |
| 51-60 | 2 (7.10) | 5 (17.90) | 7 (12.50) | |
| ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) | 37.71 | 5.99 | 38.79 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 39.86 | 8.40 | 7.31 | |
| สถานภาพสมรส | | | | 1.71 ^{ns} |
| โสด | 7 (25.00) | 4 (14.30) | 11 (19.60) | |
| คู่ | 13 (46.40) | 15 (53.60) | 28 (50.00) | |
| หม้าย | 6 (21.40) | 5 (17.90) | 11 (19.60) | |
| หย่า/แยก | 2 (7.10) | 4 (14.30) | 6 (10.70) | |

ns = not significant, $p > 0.05$

* Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

ตาราง 2 (ต่อ)

| ลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|--|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| อาชีพ | | | | 9.29 ^{ns} |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน | 2 (7.14) | 3 (10.71) | 5 (8.90) | |
| ค้าขาย/รับจ้าง | 20 (71.42) | 20 (71.42) | 40 (71.40) | |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 1 (3.57) | 4 (14.28) | 5 (8.90) | |
| พนักงานบริษัท | | | | |
| เกษตรกร/ประมง | 5 (17.85) | 1 (3.57) | 6 (10.80) | |
| ระดับการศึกษา | | | | 3.43 ^{ns} |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 1 (3.57) | 3 (10.71) | 4 (7.10) | |
| ประถมศึกษา | 7 (25.00) | 5 (17.85) | 12 (21.40) | |
| มัธยมศึกษา | 15 (53.57) | 13 (46.42) | 28 (50.00) | |
| อนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือสูงกว่า | 5 (17.85) | 7 (25.00) | 12 (21.42) | |
| รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อ เดือน (บาท) | | | | 6.33 ^{ns} |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 | 5 (17.85) | 5 (17.85) | 10 (17.85) | |
| 3,001-6,000 | 7 (25.00) | 6 (21.42) | 13 (23.21) | |
| 6,001-9,000 | 10 (35.71) | 11 (39.28) | 21 (37.50) | |
| มากกว่า 9,000 | 6 (21.42) | 6 (21.42) | 12 (21.42) | |
| ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง | | | | 0.69 ^{ns} |
| น้อยกว่า 100 บาท | 6 (21.40) | 7 (25.00) | 13 (23.20) | |
| 101-200 บาท | 10 (35.70) | 8 (28.60) | 18 (32.10) | |
| 201-300 บาท | 9 (32.10) | 11 (39.30) | 20 (35.70) | |
| มากกว่า 301 บาท | 3 (10.70) | 2 (7.10) | 5 (8.90) | |

ns = not significant, $p > 0.05$

ตาราง 2 (ต่อ)

| ลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|---|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล | | | | 1.20 ^{ns} |
| เบิกได้ | 2 (7.10) | 3 (10.70) | 5 (8.90) | |
| บัตรทอง | 19 (67.90) | 15 (53.60) | 34 (60.70) | |
| ประกันสังคม | 7 (25.00) | 10 (35.70) | 17 (30.40) | |
| ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย | | | | 1.05 ^{ns} |
| บิดา/มารดา | 5 (17.90) | 6 (21.40) | 11 (19.60) | |
| ภรรยา/สามี | 11 (39.30) | 12 (42.90) | 23 (41.10) | |
| บุตร | 3 (10.70) | 4 (14.30) | 7 (12.50) | |
| พี่น้อง | 5 (17.90) | 4 (14.30) | 9 (16.10) | |
| เพื่อน/ญาติ | 4 (14.30) | 2 (7.10) | 6 (10.70) | |
| ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ | | | | 1.75 ^{ns} |
| บิดา/มารดา | 4 (14.30) | 6 (21.40) | 10 (17.90) | |
| ภรรยา/สามี | 8 (28.60) | 8 (28.60) | 16 (28.60) | |
| บุตร | 4 (14.30) | 4 (14.30) | 8 (14.30) | |
| พี่น้อง | 7 (25.00) | 8 (28.60) | 15 (26.80) | |
| เพื่อน/ญาติ | 5 (17.90) | 2 (7.10) | 7 (12.50) | |
| การเปิดเผยสภาพการ ติดเชื้อมีบุคคลใกล้ชิด | | | | 0.29 ^{ns} |
| เปิดเผย | 16 (57.10) | 18 (64.30) | 34 (60.70) | |
| ไม่เปิดเผย | 12 (42.90) | 10 (35.70) | 22 (39.30) | |

ns = not significant, $p > 0.05$

ภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองเป็นโรคเอดส์มาแล้ว 2 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.50 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 73.20 และไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนร้อยละ 91.10 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 รายเคยหยุดยามาก่อนแล้วจึงเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใหม่ด้วยสาเหตุในอดีตไม่มีเงินจ่ายค่ายาจำนวน 2 ราย และคิดว่ารับประทานยาที่ไม่

ประโยชน์เพราะตนเองคัมเกล้าเป็นประจำจำนวน 1 ราย ส่วนอีก 2 รายเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นานมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.90 และพบว่าระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 74.89 เซลล์/ลบ.มม³ (SD = 69.21) และผลการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งล่าสุดมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม³ ร้อยละ 46.40 สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับในปัจจุบันคือ สูตร 2 (GPO VIRZ) ร้อยละ 58.90 ชนิดยาในกลุ่มตัวอย่างรับประทานต่อวันคือ ยาต้านไวรัสเอดส์และยาอื่นตามแผนการรักษา ร้อยละ 67.85 และจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานต่อวัน คือ จำนวน 4 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 64.30 อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับประทานในปัจจุบันที่มีอาการมากที่สุดคืออ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 18.90 รองลงมา คือ ไขมันสะสม ร้อยละ 16.20 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.90 มีความเข้าใจคำแนะนำในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นส่วนใหญ่จากแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร ร้อยละ 42.90 และพบว่าแพทย์/พยาบาล/เภสัชกรเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตลอดเวลา ร้อยละ 62.50 ดังแสดงในตาราง 3 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพและการรักษา และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) (N=56)

| ภาวะสุขภาพและการรักษา | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|--|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนได้รับยา* (เซลล์/ลบ.มม ³) | | | | 0.00 ^{ns} |
| น้อยกว่า 200 | 26 (92.90) | 26 (92.90) | 52 (92.90) | |
| มากกว่า 200 | 2 (7.10) | 2 (7.10) | 4 (7.10) | |
| ค่าเฉลี่ย CD4 (เซลล์/ลบ.มม ³) | 70.03 | 79.75 | 74.89 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 64.28 | 74.67 | 69.21 | |

ns = not significant, $p > 0.05$

* Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

ตาราง 3 (ต่อ)

| ภาวะสุขภาพและการรักษา | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|---|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ครั้ง สุดท้ายหลังได้รับยา ณ วันที่เก็บ ข้อมูล (วันแรก) (เซลล์/ลบ.มม ³) | | | | 46.00 ^{ns} |
| มากกว่า 500 | 11 (39.28) | 15 (53.57) | 26 (46.40) | |
| 201-500 | 10 (35.71) | 11 (39.28) | 21 (37.50) | |
| น้อยกว่า 200 | 7 (25.00) | 2 (7.14) | 9 (26.10) | |
| ค่าเฉลี่ย CD4 (เซลล์/ลบ.มม ³) | 499.53 | 404.89 | 452.21 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 235.23 | 202.87 | 222.82 | |
| ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค เอดส์ | | | | 23.40 ^{ns} |
| ต่ำกว่า 2 ปี | 6 (21.42) | 6 (21.42) | 12 (37.50) | |
| 2 ปีขึ้นไป | 22 (78.58) | 22 (78.58) | 44 (78.50) | |
| ค่าเฉลี่ย (เดือน) | 53.53 | 64.64 | 59.08 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 29.51 | 38.76 | 34.59 | |
| จำนวนครั้งที่ต้องพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา | | | | 3.69 ^{ns} |
| ไม่เคยนอนโรงพยาบาล | 21 (75.00) | 20 (71.40) | 41 (73.20) | |
| 1 ครั้ง | 2 (7.10) | 6 (21.40) | 8 (14.30) | |
| 2 ครั้ง | 4 (14.30) | 2 (7.10) | 6 (10.70) | |
| 3 ครั้ง | 1 (3.60) | 0 (0.00) | 1 (1.80) | |
| ประสบการณ์การได้รับยาต้าน ไวรัสเอดส์* | | | | 3.49 ^{ns} |
| ไม่เคย | 23 (82.10) | 28 (100.00) | 51 (91.10) | |
| เคย | 5 (17.90) | 0 (0.00) | 5 (8.90) | |
| ระยะเวลาที่รับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์* | | | | 0.73 ^{ns} |
| ต่ำกว่า 2 ปี | 7 (25.00) | 11 (39.30) | 18 (32.10) | |

ns = not significant, $p > 0.05$, * Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

ตาราง 3 (ต่อ)

| ภาวะสุขภาพและการรักษา | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ระยะเวลาที่รับประทานยา | | | | |
| ต้านไวรัสเอดส์* (ต่อ) | | | | |
| 2 ปีขึ้นไป | 21(75.00) | 17 (60.70) | 38 (67.90) | |
| ค่าเฉลี่ย (เดือน) | 37.67 | 39.75 | 38.71 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 16.33 | 23.03 | 19.18 | |
| สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับ | | | | 7.84 ^{ns} |
| ในปัจจุบัน | | | | |
| สูตร 1 (GPO VIRS) | 7 (25.00) | 2 (7.10) | 9 (16.10) | |
| สูตร 2 | | | | |
| (GPO VIRZ) | 15 (53.60) | 18 (64.30) | 33 (58.90) | |
| (D4T+3TC+EFV) | 3 (10.70) | 3 (10.70) | 6 (10.70) | |
| สูตรอื่น | 3 (10.70) | 5 (17.90) | 8 (14.30) | |
| ชนิดยาที่รับประทานต่อวัน | | | | 7.80 ^{ns} |
| ยาต้านไวรัสเอดส์เพียง | 12 (42.85) | 5 (17.90) | 17 (30.35) | |
| อย่างเดียว | | | | |
| ยาต้านไวรัสเอดส์และยา | 1 (3.57) | 0 (0.00) | 1 (1.78) | |
| ป้องกันติดเชื้อฉวยโอกาส | | | | |
| ยาต้านไวรัสเอดส์และยา | 15 (53.57) | 23 (82.14) | 38 (67.85) | |
| อื่นตามแผนการรักษา | | | | |
| จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่ | | | | 2.04 ^{ns} |
| รับประทานต่อวัน** | | | | |
| 4 เม็ด | 20 (71.40) | 16 (57.10) | 36 (64.30) | |
| มากกว่า 4 เม็ด | 8 (28.60) | 12 (42.90) | 20 (35.70) | |

ns = not significant, $p > 0.05$

* Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

** รวมจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน

ตาราง 3 (ต่อ)

| ภาวะสุขภาพและการรักษา | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|--|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| | (n = 28) | (n = 28) | (n = 56) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| จำนวนครั้งที่รับประทานยา ต่อวัน | | | | 0.26 ^{ns} |
| 2 ครั้ง | 27 (96.40) | 25 (89.30) | 52 (92.90) | |
| มากกว่า 2 ครั้ง | 1 (3.60) | 3 (10.70) | 4 (7.10) | |
| อาการข้างเคียงของยา | | | | 30.47 ^{ns} |
| อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง | 8 (10.81) | 6 (8.10) | 14 (18.19) | |
| มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ | 4 (5.40) | 6 (8.10) | 10 (13.51) | |
| แสบตบ | 5 (6.75) | 3 (4.05) | 8 (10.81) | |
| ง่วงซึม | 2 (2.70) | 4 (5.40) | 6 (8.10) | |
| ไขมันสะสม | 4 (5.40) | 8 (10.81) | 12 (16.21) | |
| ชาปลายมือ/ปลายเท้า | 4 (5.40) | 4 (5.40) | 8 (10.81) | |
| ผื่น | 4 (5.40) | 2 (2.70) | 6 (8.10) | |
| วิตกกังวล | 2 (2.70) | 4 (5.40) | 6 (8.10) | |
| คลื่นไส้/อาเจียน | 2 (2.70) | 2 (2.70) | 4 (5.40) | |
| ความเข้าใจคำแนะนำในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จากแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร | | | | 7.84 ^{ns} |
| เข้าใจทั้งหมด | 11 (39.30) | 10 (35.70) | 21 (37.50) | |
| เข้าใจเป็นส่วนใหญ่ | 11 (39.30) | 13 (46.40) | 24 (42.90) | |
| เข้าใจเพียงบางส่วน | 6 (21.40) | 5 (17.90) | 11 (19.60) | |
| การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อ สงสัยเกี่ยวกับการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอดส์ | | | | 1.45 ^{ns} |
| เปิดโอกาสตลอดเวลา | 19 (67.90) | 16 (57.10) | 35 (62.50) | |
| เปิดโอกาสเป็นส่วนใหญ่ | 6 (21.40) | 10 (35.70) | 16 (28.60) | |
| เปิดโอกาสเป็นบางครั้ง | 3 (10.70) | 2 (7.20) | 5 (8.90) | |

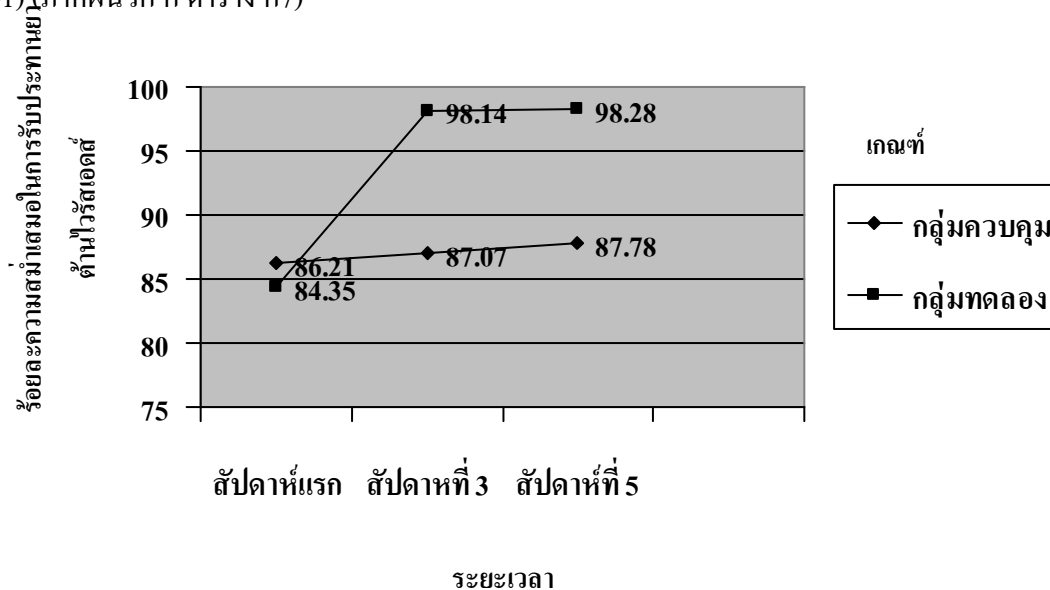
ns = not significant, $p > 0.05$

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ก่อนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติที่ผู้วิจัยนำชุดข้อมูลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) ของกลุ่มทดลองไปทดสอบการกระจายแบบปกติ (test of normality) โดยดูจากค่า z-value ของความโด่ง (kurtosis) ไม่เกิน ± 3 พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) มีค่า z-value เท่ากับ 0.19 และ 2.42 ตามลำดับ (ภาคผนวก ก ตาราง ก1) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานต่อไป

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) ($\bar{x} = 84.35$, $SD = 6.35$) สัปดาห์ที่ 3 (T_2) ($\bar{x} = 98.14$, $SD = 2.03$) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) ($\bar{x} = 98.28$, $SD = 2.01$) จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นภายใน 2 สัปดาห์แรกและยังคงสูงต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 5 (ภาพ 3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยสถิติที่คู่ (paired t-test) ในสัปดาห์แรก (T_0) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) ($t = -10.81$, $p < 0.001$) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ภาคผนวก ก ตาราง ก7)



ภาพ 3 แสดงค่าร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยนำคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ เพื่อให้มั่นใจว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก (T_0) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) (ตาราง 4) จากนั้นจึงทำการทดสอบสมมติฐานต่อไป

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรก (T_0) โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 56$)

| กลุ่มตัวอย่าง | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง | คะแนนความสม่ำเสมอ | | t |
|---------------|--------------------|-------------------|------|--------------------|
| | | \bar{X} | SD | |
| กลุ่มควบคุม | 28 | 84.35 | 6.35 | 1.30 ^{ns} |
| กลุ่มทดลอง | 28 | 86.21 | 4.00 | |

ns = not significant, $p > 0.05$

เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มควบคุมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) ร้อยละ 14.3 และในสัปดาห์ที่ 5 (T_4) ร้อยละ 10.7 ส่วนกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 100 และในสัปดาห์ที่ 5 ร้อยละ 100 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.00, p < 0.001, \chi^2 = 46.15, p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 (T_3) และสัปดาห์ที่ 5 (T_5) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละและสถิติไค-สแควร์ ($N=56$)

| สัปดาห์ที่ประเมิน | จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง | ความสม่ำเสมอ | | | | χ^2 | p-value |
|-------------------|----------------------------|--------------|--------|-------------|--------|----------|---------|
| | | สม่ำเสมอ | | ไม่สม่ำเสมอ | | | |
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| สัปดาห์ที่ 3 | | | | | 42.00* | .000 | |
| กลุ่มควบคุม | 28 | 4 | 14.30 | 24 | 85.70 | | |
| กลุ่มทดลอง | 28 | 28 | 100.00 | 0 | 100.00 | | |
| สัปดาห์ที่ 5 | | | | | 46.15* | .000 | |
| กลุ่มควบคุม | 28 | 3 | 10.70 | 25 | 89.30 | | |
| กลุ่มทดลอง | 28 | 28 | 100.00 | 0 | 0.00 | | |

* Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 28 ราย โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งมีข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2 และ 3) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาอภิปรายผลตามลำดับได้ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งหมด 56 ราย เป็นเพศชาย 35 ราย เพศหญิง 21 ราย อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 38.79 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยแรงงาน สอดคล้องกับการรายงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2552) ถึงสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2552 พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์และอยู่ในช่วงอายุ 30-34 ปี ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยคือภรรยา/

สามี และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับภรรยา/สามีเช่นกัน และมีการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับบุคคลใกล้ชิดและไว้วางใจถึงร้อยละ 60.70 สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬา (2550) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยและส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับภรรยา/สามี และมีการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับบุคคลใกล้ชิดและไว้วางใจถึงร้อยละ 84.60

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม³ เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับออกฤทธิ์แย่งจับกับเอนไซม์เอนไอรีเวิร์สทรานสคริปเตส (HIV-reverse transcriptase) ทำให้การสังเคราะห์สายดีเอ็นเอของเชื้อไวรัสหยุดลง ส่งผลให้ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์สูงขึ้น และการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพแข็งแรงและมีภูมิต้านทานมากขึ้น (เกียรติ, 2541; พุนทรัพย์, 2546; นิตยาจารย์, วารี, และสมจิตต์, 2549; สมนึก, 2549) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลเลยร้อยละ 91.10 ยาต้านไวรัสเอดส์ส่วนใหญ่ที่ได้รับเป็นสูตร 2 คือ GPO VIRZ (AZT+3TC+NVP) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอาจมีปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาสูตร 1 คือ GPO VIRS (D4T+3TC+NVP) โดยส่วนใหญ่ พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแล้วมากกว่า 1 ปีจะเริ่มพบปัญหาผลข้างเคียงระยะยาว โดยเฉพาะการเกิดไขมันสะสมผิดปกติตำแหน่งทำให้แพทย์ต้องเปลี่ยนสูตรยา (พัชรี และปานิตา, 2549) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า 2 ปีขึ้นไปร้อยละ 67.90 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน คือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงซึ่งพบร้อยละ 18.19 รองลงมาคือ มีไขมันสะสมร้อยละ 16.10 สอดคล้องกับจุฬา (2550) พบว่าอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่มีคือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเช่นกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานไวรัสเอดส์และยาอื่นตามแผนการรักษาร้อยละ 67.85 กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคำแนะนำในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จากแพทย์/พยาบาล/เภสัชกรเป็นส่วนใหญ่ และมีการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตลอดเวลา ซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรที่มสุขภาพ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 5

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยใช้สถิติทีคู่ในสัปดาห์แรก (T_0) และสัปดาห์ที่ 5 (T_4) พบว่าสัปดาห์ที่ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความ

สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ภาคผนวก ก ตาราง ก7)

ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีการเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อจัดการกับปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา และมีความรับผิดชอบในการจัดการกับปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาของตนเอง ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นอย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมจากผู้วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้นใน 4 ขั้นตอน คือ

1. ประเมินปัญหาเพื่อวางแผนในการรับประทานยา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าถึงปัญหาและระบายความคับข้องใจที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปวางแผนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งพบว่าสาเหตุที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ คือ ทำงานจนลืมเวลาร้อยละ 29 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้างอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องทำงานตลอดเวลา ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวที่แน่นอนทำให้ลืมรับประทานยา รองลงมาคือไม่ได้พกยาติดตัว ลืมตั้งนาฬิกาปลุก ไม่ต้องการให้เป็นที่ยกย่องหรือสงสัยร้อยละ 20.6, 19.8, และ 12.2 ตามลำดับ (ภาคผนวก ก ตาราง ก7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) และเสาวคนธ์ (2549) ซึ่งพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคือ ทำงานจนไม่มีเวลา

2. เตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง เป็นระยะที่เตรียมความพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างรู้ปัญหาของตนเองและสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ โดยผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลอย่างครอบคลุมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชนิด วิธีการรับประทานและอาการข้างเคียงจากยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลจากการลืมรับประทานยา/หยุดยาเอง และวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติจัดการตนเองได้ดีขึ้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Kanfer, 1991) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของนิสชาล ฮอพการ์ และซาเปิล (Nischal, Khopkar, & Saple., 2005) ซึ่งพบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ

นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีให้ความรู้เป็นรายบุคคลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ต้องการความเป็นส่วนตัว รู้สึกปลอดภัย กล้าพูดคุย ซักถาม ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาอย่างแท้จริง (พรทิพย์, 2546) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโฮลซีเมอร์ เฮนรี ปอร์ติลโล และมิรามอนเตส ออสโตรอป ฮาร์ลเลท และกิลล์ และปราเดียร์และคณะ (Holzemer, Henry, Portillo, & Miramontes, 2000; Ostrop, Hallett, & Gill, 2000; Pradier et al., 2003) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.01$)

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายด้วยตนเองและบันทึกไว้ในสมุดบันทึกการรับประทานยา โดยตั้งเป้าหมายในเรื่อง 1) การแก้ไขปัญหาที่ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองต่าง ๆ กัน เช่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 รายตั้งเวลาจากโทรศัพท์มือถือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 รายตั้งเวลาจากนาฬิกาข้อมือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายกำหนดเวลาการรับประทานยาตามเวลาการออกอากาศของรายการโทรทัศน์ เช่น รายการดาวกระจาย ข่าวในพระราชสำนัก เพลงชาติ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 รายเตือนตนเอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 รายให้คนใกล้ชิดช่วยเตือน (ภาคผนวก ก ตาราง ก8) 2) ตั้งเป้าหมายความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น จะไม่ลืมรับประทานยาเลยจนกระทั่งถึงวันนัด ลืมรับประทานยาไม่มากกว่า 1 มื้อจนถึงวันนัด เป็นต้น ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น อธิบายได้ว่า เป้าหมายคือสิ่งที่บุคคลจะทำให้สำเร็จโดยต้องอาศัยแรงจูงใจ และการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมาย และยอมรับถือเป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้นเพราะผู้ป่วยเป็นคนตั้งเป้าหมายเอง (Kanfer, 1991) ดังนั้นเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจจากการได้รับความรู้จากผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น ดังที่เอนริเควีนซ์ แลคคีย์ โอคอนเนอร์ และแม็คคินเซย์ (Enriquez, Lackey, O'Connor, & McKinsey, 2004) กล่าวว่า การตั้งเป้าหมายช่วยส่งเสริมให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้

3. ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและเสริมแรงเป็นระยะ เป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะหรือวิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะ เช่น ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจัดการยาโดยใช้กล่องยาเพื่อความสะดวกในการรับประทาน เช่น จัดยาให้พอรับประทานสำหรับ 1 วัน การจัดยาเพื่อไว้ในกรณีที่ต้องออกไปทำธุระข้างนอกเพราะเกรงว่าจะกลับมารับประทานยาไม่ทัน หรือบางรายก็จัดเพียงแค่มือเดียว และกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นว่า การจัดยาโดยใช้กล่องยาเป็นสิ่งที่ดีมากเพราะทำให้มีความ

สะดวกในการรับประทานยา รับประทานยาได้ด้วยความรวดเร็วเพราะไม่ต้องมาเปิดขวดหรือแกะออกจากถุงยาที่ใส่ไว้ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายที่บอกว่าเคยได้รับกล่องยาจากทางโรงพยาบาลแต่ไม่ได้พกติดตัวเพราะกล่องยามีขนาดใหญ่ ทำให้พกพาไม่สะดวกและเกรงว่าจะเป็นที่สังเกตของบุคคลอื่น และมี 1 ราย บอกว่าไม่พกกล่องยาเพราะขณะเดินหรือทำงานจะมีเสียงดังจากเม็ดยากระทบกล่องยาทำให้เป็นที่สังเกตของบุคคลอื่น แต่เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างได้รับกล่องยาจากผู้วิจัย ซึ่งมีขนาดพอเหมาะคือ 1 ช่องสามารถใส่เม็ดยาได้ 2-3 เม็ด และแต่ละช่องสามารถถอดเข้าออกได้ตามความต้องการในการจัดยาของแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพกพากล่องยาได้อย่างสะดวกขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหัดตั้งนาฬิกาปลุกจากมือถือจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความชำนาญ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกและมีความมั่นใจที่รับประทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกอร์จาด และเดวี (Goujard et al., 2003; Levy et al., 2004) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เป็นรายบุคคลร่วมกับได้รับกล่องยาและเครื่องมือช่วยเตือนในการรับประทานยามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05, p < 0.01$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ทุกเวลาและทุกวัน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (self-monitoring) ซึ่งแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) กล่าวว่า การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตัว ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน นอกจากนี้ยังเป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองในการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ (self-evaluation) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เช่นกล่าวชื่นชมตนเอง ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ซื้อของที่อยากได้ เป็นต้น เนื่องจากการเสริมแรงในกรณีที่บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมใหม่มีความยั่งยืน (Kanfer, 1991) แต่ถ้ารับประทานยาไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ก็ต้องให้กำลังใจตนเอง และทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากอะไร และจะแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้การรับประทานยามีความสม่ำเสมอได้อย่างไร และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เพื่อกระตุ้นและติดตามการจัดการตนเอง สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจัดการตนเอง และสิ่งที่ทำให้การรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิชิซากิ ชิมาดะ ไอเคดะ คาซุมะ และคานะ (Nishigaki, Shimada, Ikeda, Kazuma, & Ogane, 2007) ซึ่งพบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์มากขึ้น

4. ประเมินผลการจัดการตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสม่ำเสมอหลังแก้ไข ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาของตนเอง หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายใหม่ที่คิดว่าสามารถทำได้ ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ เพื่อให้แรงเสริมซึ่งส่งผล ให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ รู้สึกมั่นใจ ที่จะทำให้พฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความ ยั่งยืน จากนั้นบอกกล่าวการสิ้นสุดการเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

ผลการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตาราง 5) ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรกของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 84.35 และ 86.21 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบด้วยสถิติที่คู่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4) และมีสาเหตุที่ทำให้การรับประทานยาไม่ สม่ำเสมอ เช่น ทำงานจนลืมเวลา ไม่ได้พกยาติดตัว เป็นต้น (ภาคผนวก ก ตาราง ก6) โดยในกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรในคลินิกคิดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่ง เป็นสถานที่ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว สังเกตได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่มารอรับการตรวจจะไม่มานั่งรอใกล้ ๆ กับคลินิก แต่จะใช้วิธีเดินมาคุยเป็นระยะ ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาธิในการรับ ฟังคำแนะนำ ทำให้ไม่มีความพร้อมและได้รับความรู้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ไม่มีความเข้าใจหรือ ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ดังปรากฏให้เห็นว่าคะแนนความสม่ำเสมอใน การรับประทานยาไม่เพิ่มขึ้นทั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 3 (ภาพ 3) ส่วนในกลุ่มทดลองที่เข้า ร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อตนเองที่จะ แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Kanfer, 1991) ประกอบกับการดำเนินตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเน้นให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ เรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อแก้ไข ปัญหาเป็นรายบุคคลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์มาก ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไฟเฟอร์ (Feifer et al., 2004) ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาหอบหืด ซึ่งพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีความ สม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ($\chi^2 = 42.00, p < 0.001, (\chi^2 = 46.15, p < 0.001)$ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมิธและคณะ (Smith et al., 2003) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในแต่ละสัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผลทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (จิตติมา, 2547; บุญเรียมและวิวัฒน์, 2544; พรทิพย์, 2548; พัชรินทร์, 2546; วารี, 2545; สมพร, 2550; Feifer et al., 2004; Smith et al., 2003; Wattana et al., 2007; Yip et al., 2007)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มารับการรักษาที่คลินิกติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในเรื่อง อายุ เพศ ระดับภูมิคุ้มกัน และได้รับสูตรยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการขาดยา และ 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลา ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละด้านเท่ากับ 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามที่กำหนดและจัดให้ 28 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วน 28 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งต้องพบกับผู้วิจัย 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์หรือการทดสอบของเย่ และสถิติทีคู่

ผลการวิจัย

1. กลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
2. กลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งในสัปดาห์ที่ 3 ($p < 0.001$) และสัปดาห์ที่ 5 ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบสนองแบบประเมื่นความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าความเป็นจริง (Hawthorne effect) ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นระยะ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลเห็นความสำคัญของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ โดยผสมผสานกลวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเองเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น

3. เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 2 ราย ดังนั้นควรสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเข้าสู่การกำหนดเป้าหมายเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

4. การนัดกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสะดวกในการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มีการนัดมาทำกิจกรรม และไม่ปฏิบัติตามระบบการนัดปกติ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามความสม่ำเสมอและให้แรงเสริมด้วยวิธีการอื่น เช่น ส่งข้อความ เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1. ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น โดยเฉพาะการใช้กลวิธีในการจัดการตนเอง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายถึงประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับประทานไวรัสเอดส์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง เพราะจะได้ข้อมูลเชิงลึกจากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
3. ในการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้มีการติดตามการประเมินผลในระยะเวลาอันสั้น ควรมีการติดตามประเมินความสม่ำเสมอต่อไปในระยะยาว เช่น ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาวหรือไม่

ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และควรมีจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

บรรณานุกรม

- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). *ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรติกัล*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการปฏิบัติงาน: การพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวทางการปฏิบัติงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เอดส์ พ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (2541). การดำเนินโรคโดยธรรมชาติของการติดเชื้อ HIV . ใน เกียรติ รักรุ่งธรรม (บรรณาธิการ), *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์: การวิจัยทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 11-21). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จิตติมา จรูญสิทธิ์. (2545). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จิตติมา ทุงพรวณู. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จุฬา ช้วยเมือง. (2552). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัส*. *วารสารโรคเอดส์*, 21(2), 100-117.
- เชิดเกียรติ แก้วกลสิกิจ. (2548). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเอดส์*. วันที่ค้นข้อมูล 16 ธันวาคม 2550, จาก <http://203.157.45.67/napha9/aidsdata/aidsbasic.html>.
- ทัศนากลิวเสรี. (2547). *คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ชัยพระเกียรติการพิมพ์.
- นิตยาจารย์ กิตติเดชา, วารี วณิชปัญญาพล และสมจิตต์ วงศ์สุบรรณศิริ. (2549). *การอบรม “การพัฒนาระบบบริการพยาบาลดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS”*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- บุญเรียม จุติวิโรจน์ และวิวัฒน์ สีลาสำราญ. (2544). ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 19, 89-93.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (บรรณาธิการ). (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- พรทิพย์ สีลาอนันตกุล. (2548). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนกับการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(2), 1-13.
- พรทิพย์ อุ่นจิตร. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พิเชียร วุฒิสถิธิภิญโญ. (2548). ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจีพีโอเวียร์ในการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสที่ยังไม่เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารแพทย์เขต* 6-7, 24(1), 33-39.
- พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2546). การพยาบาลผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. ใน คารณี จามรี, และเพ็ญใจ มีไพฑูรย์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์* (หน้า 73-79). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและครุภัณฑ์.
- พัชรินทร์ ดวงคล้าย. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พัชรี ชันติพงษ์, และปานิตา ปทีปวณิช. (2549). วิธีการและแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยผู้ใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ. ใน พัชรี ชันติพงษ์, พิระมณ นิงสานนท์, ธิดาพร จิระวิณะไพศาล, เพียว กิจสนาโยธิน, พรเทพ สวนดอก, และปานิตา ปทีปวณิช (บรรณาธิการ), *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*, (หน้า 28-36). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- มณิรัตน์ สติพิเศษ. (2548). *ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- รัตนา พันธุ์พานิช. (2547). *โครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย*. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรางคณา มั่นสกุล, เพชร รอดอารีย์, และนที มั่นสกุล. (2546). ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของ ยาสูตรผสมของ nevirapine, stavudine และ lamivudine ในเม็ดเดียวกัน (GPO vir) ในการ รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี. *เวชระเวสาร*, 47(1), 29-36.
- วรพจน์ ตันศิริวิวัฒน์. (2544). ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี. ใน นลินี อัสวโกภี, สุรภี เทียนกริม, และ สมบัติ ลีลาสุภาศรี (บรรณาธิการ), *โรคติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด.
- วารี กังใจ. (2545). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สตรีที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิทยา ศรีมาดา. (2545). แนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV พ.ศ. 2546. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์*, 9(5), 15-19.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และ ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์. (2546). โรคเอดส์และการดูแล. ใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์* (หน้า 7-26). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- ศุภชัย ฤกษ์งาม. (2546). ผลของการใช้ยา ARV ต่องานระบาดวิทยาโรคเอดส์. ใน เศรษฐพร ธในสุวรรณงกูร, นิรมล รัตนสุพร, สกรต์ จรัสสิทธิ์, และ สุลัดดา พงษ์สุทธา (บรรณาธิการ), *สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรเรื่องมาตรฐาน งานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี*. นนทบุรี: ม.ป.ท.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมนึก สัมมานุภาพ. (2549). การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. ใน *การอบรม “การพัฒนาระบบ บริการพยาบาลดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS* (หน้า 168-191). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมพร พงศ์ชู. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.

- สุรเดช มงคลปทุมรัตน์. (2548). ผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการเขต 12*, 83-89.
- สุภาพร กรลักษณ์, และเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. (2548). ผลข้างเคียงของยา GPO-VIR ต่อระบบเม็ดเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง. *วารสารเวชสาร*, 49(2), 69-75.
- สัญญาชัย ชาสมบัติ, และชิวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์. (2547). แนวทางปฏิบัติงาน โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สัญญาชัย ชาสมบัติ, ชิวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, และพรทิพย์ ยุกตานันท์. (2546). แนวทางการปฏิบัติงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ.2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 19(1), 48-62.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การดำเนินงาน โครงการ NAPHA*. วันที่ค้นข้อมูล 6 ตุลาคม 2551, จาก http://www.aidsthai.org/download/arr_d/march50.jpg.
- ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤษย์, กอบเกียรติ ดอนสกุล, เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์, ยุทธศักดิ์ โอสธนากร, สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล, สมศักดิ์ ราบริน และคณะ. (2546). การประเมินผลโครงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกันในเขต 9. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 12(1), 138-143.
- Able, E., & Painter, L. (2003). Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*, 14, 61-69.
- Aids Institute New York State Department of Health. (1998). *Treatment adherence for people with HIV infection: A guide of health care provider*. n.p.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. W. H. Freeman and Company: New York.
- Bakken, S., Holzemer, W.L., Brown, M. A. (2000). Relationships between perception of engagement with healthcare provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care STDs*, 14, 189-197.

- Bangsberg, D. R., Hetch, F. M., Charlebois, E. C., Zolopa, A. R., Holodniy, M. (1999). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence Instrument. *AIDS Care, 12*, 255-266.
- Batholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self-efficacy expectation for self-management of cystic fibrosis. *Chest, 103*, 1534-1540.
- Brigido, L. F. M., Rodrigues, R., Casseb, J., Oliveira, D., Roossetti, M., Menezes, P., et al. (2001). Impact of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients at a university public service in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs, 15*, 587-593.
- Chesney, M. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease, 30*(12), 171-176.
- Chesney, M. (2003). Adherence to HAART Regimens. *AIDS Patient Care and STDs, 17*(4), 169-177.
- Chiou, P.Y., Kou, B.I-T., Lee, M-B., Chen, Y.M., Chuang, P., & Lin, L.C. (2006). A Programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. *Journal of Advanced Nursing, 55*, 169-179.
- Coates, V. E., & Boore, J. R. (1995). Self-management of chronic illness: implication for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 628-640.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal, 35*(2), 147-155.
- Deaton, C. (2000). Outcome measurement. *Cardiovascular Nursing, 14*(4), 116-118.
- Demmer, C. (2003). Relationship with health care provider and adherence to HIV medications. *Psychological Report, 93*, 494-496.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., Journot, V., et al. (2001). The APROCO Study Group: Self-reported symptoma after initiation of a proteas inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical trials, 2*, 38-45.
- Eldred, L. J., Wu, A. W., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneucystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Aaquire Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 117-125*.

- Enriquez, M., Lackey, N. R., O'Connor, M. C., & McKinsey, D. S. (2004). Successful adherence after multiple HIV treatment failures. *Journal of Advance Nursing*, 45(4), 438-446.
- Etard, J-F., Laniece, I., Fall, M. B., Cilote, V., Blazejewski, L., Diop, K., et al. (2007). A 84-month follow up of adherence to HAART in a cohort of adult Senegalese patients. *Tropical Medicine and International Health*, 12, 1191-1198.
- Fairly, C. K., Levy, R., Rayner, C. R., Allardice, K., Costello, K., Thomas, C., et al. (2003). Randomized trial of an adherence programme for client with HIV. *International Journal of STDs & AIDS*, 14(12), 805-809.
- Feifer, R. A., Verbrugge, R. R., Khalid, M., Levin, R., O'Keefe, G. B., & Aubert, R. E.m(2004). Improvements in asthma pharmacotherapy and self-management. *Disease Manage Health Outcomes*, 12(2), 93-102.
- Fong, O, W., Ho, L. Y., Lee, F. K., Tse, W. H., Yuen, C. Y., Sin, K, P., et al. (2003). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Medicince*, 4, 133-138.
- Gaugard, C., Bernard, N., Sohier, N., Peyramond, D., Lancon, F., Chwalow, J., et al. (2003). Impact of a patient education program on adherence to HIV medication. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 34(2), 191-194.
- Gifford, A. G., Bormann, J. E., & Shively, M. J. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 23, 386-395.
- Gifford, A. L., & Groessl, E. (2002). Chronic Disease Self- Management and Adherence to HIV Medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31, 163-166.
- Gordillo, V., Delamo, J., Soriano, V., & Gonzalez-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Haynes, R. B., Taylor, D. O., & Sackett, D. L. (1997). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hermann, S., McKinnon, E., John, M., Hyland, N., Martinez, O.P., Cain, A., et al. (2007). Evidence-based, multifactorial approach to addressing non-adherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *Internal Medicine Journal*, 1-9.

- Holzemer, W. L., Henry, S. B., Portillo, C. L., & Miramontes, H. (2000). The client adherence profiling-intervention tailoring (CAP-IT) for enhancing adherence to HIV/AIDS medication: a pilot study. *Journal of Association of Nursing in AIDS Care, 11*, 36-44.
- Jonhson, M. O., Chesney, M. A., Goldstein, R. B., Remein, R. H., Catz, S., Gore-Felton, C., et al. (2006). Positive provider interactions, Adherence self-efficacy, and adherence to Antiretroviral Medication among HIV-infected adult: A medication model. *AIDS Patient Care & STDs, 20*, 258-268.
- Kalichman, S. C., & Sheryl Catz, B.B. (1999). Adherence to Combination Antiretroviral Therapies in HIV Patients of Low Health Literacy. *Journal of general Internal Medicine, 14*, 267-273.
- Kanfer, F. H. (1991). Self-management methods. In F. H., Kanfer, & A. Goldstien, (Eds.). *Helping People Changes: A Textbook of Methods* (pp. 305-360). New York: Pergamon.
- Kogan, H. N., & Betrus, P. A. (1984). Self-management: A nursing mode of therapeutic influence. *Advance Nursing Science, 6*(4), 55-73.
- Laine, C., Newschaffer, C. J., Zhang, D., Cosler, L., Hauck, W., & Tuner, B. (2000). Adherence to antiretroviral therapy by pregnant woman infected with human immunodeficiency virus: A pharmacy claims-based analysis. *Obstertrics & Gynecology, 95*, 167-173.
- Levy, R. W., Rayner, C. R., Fairly, C. K., Kong, C. M., Mijch, M. B., Costello, K., et al. (2004). Multidisciplinary HIV adherence intervention: A randomized study. *AIDS Patient Care and STDs, 18*(12), 728-735.
- Llabre, M. M., Weaver, K. E., Duran, R. E., Antoni, M. H., Mc-pherrson-Baker, S., & Schneiderman, N. (2006). A measurement model of medication adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and its relation to viral load in HIV-positive adults. *AIDS Patient Care and STDs, 20*(10), 701-711.
- Lorig, K., & Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patient with chronic arthritis has sustained health benefit while reducing health care cost. *Arthritis and Rheumatism, 36*(4), 439-446.
- Luszczynska, A., Sarkar, Y., & Knoll, N. (2007). Receive social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of pysical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling, 66*, 37-42.

- McDonnell Holstad, M. K., Pace, J. C., De, A. K., & Ura, D. R. (2006). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*, 2, 4-15.
- Nischal, K. C., Khopkar, U., & Saple, D. G. (2005). Improving adherence to antiretroviral therapy. *Indian Journal Dermatol Venereal Leprol*, 71(5), 316-320.
- Nishigaki, M., Shimada, M., Ikeda, K., Kazuma, K., Ogane, M., & Takeda, K., et al. (2007). Process and contents of telephone consultations between registered nurse and clients with HIV/AIDS in Japan. *Journal of the Association of Nurse in AIDS Care*, 18(6), 85-96.
- Ohmit, S., Schuman, P., Schoenbaum, E., Rompalo, A., Cohen, M., Richardson, J., et al. (1998). Adherence to antiretroviral(ART) among womea in the HIV epidermiology research study (HERBS) and women' s inter-agency HIV Study. *Paper presented at the International Conference on AIDS*, Geneva.
- Ostrop, N. J., Hallett, K. A., & Gill, M. J. (2000). Long-term patient adherence to antiretroviral therapy. *Annals of Pharmacotherapy*, 34, 703-709.
- Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Palepu, A., Meli, S., Faber, V., & Samet, J. H. (2006). Health Literacy, Antiretroviral Adherence and HIV-RNA Supression. *Journal of general Internal Medicine*, 21, 835-840.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., et al. (2000). Adherence in protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal medicine*, 133, 21-30.
- Phongphuthachat, R. (2005). *Application of Self-efficacy Theory on Antiretroviral Drug Adherence Among HIV-Infected/AIDS Patients*. Unpublished master's thesis, University of Mahidol, Bangkok.
- Pradier, C., Bentz, L., Spire, B., Tourette-Turgis, C., Morin, M., Souville, M., et al. (2003). Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: French Prospective Controlled Study. *HIV Clinical Trials*, 4(2), 121-131.
- Raboubd, J., Harris, M., Rae, S., & Montaner, J. (2002). Impact of adherence on duration of virological suppression among patient receiving combination antiretroviral therapy. *British HIV Association*, 3, 118-124.

- Remien, R. H., Stirratt, M. J., Dolezal, C., Dognin, J. S., Wanger, G. J., Carballo-Dieiguez, A., et al. (2005). Couple-focused support to improve HIV medication adherence: a randomized controlled trial. *AIDS, 19*, 807-814.
- Robert, K. J. (2000). Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to antiretroviral treatment regimens. *AIDS Patient Care & STDs, 14*, 155-168.
- Rubio, M., Pedeboscq, S., Ekouevi, D., Zalabadi, K., Chene, G., Bonarek, M., & et al., (2005). The adherence to antiretroviral treatment evaluated from a hospital pharmacy: Importance of the protease inhibitors pharmacological class. *International Journal of STDs & AIDS, 16*(5), 379-382.
- Rueda, S., Park-Wyllie, L. Y., Bayoumi, A. M., Tynan, A. M., Antoniou, T. A., Rourke, S. B., & et al. (2008). *Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ryan, W. G., & Waner, G. J. (2003). Pill taking routinization: a critical factor to understanding episodic medication adherence. *AIDS Care, 15*(6), 795-806.
- Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Desousa, N., Boawell, S. L., & Mayer, K. H. (2003). Use of an on-line pager system to increase adherence to antiretroviral medications. *AIDS Care, 15*(6), 787-793.
- Simoni, J. M., Frick, P. A., Lockhart, D., & Liebovitz, D. (2002). Mediators of Social Support and Antiretroviral Adherence Among an Indigent Population in New York City. *AIDS Patient Care, 16*, 431-439.
- Smith, S. R., Rublein, J. C., Marcus, C., Brock, T. P., & Chesney, M. A. (2003). A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Education and Counselling, 50*, 187-199.
- Sodergard, B., Halvarsson, M., Tully, M. P., Mindouri, S., Nordstrom, M. L., Lindback, S., et al. (2006). Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 31*, 605-616.
- Testing statistical assumption in parametric statistics. (n.d.). Retrieved January 20, 2008, from <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pA765/assumpt.htm>.
- Triesman, G. J., Angelina, A. F., & Hutton, H. E. (2001). Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection. *The Journal of the American Medical Association, 286*, 2857-2864.

- Tulatong, S. (2004). *Affective factors to medication adherence among patients receiving highly active Antiretroviral therapy (HAART)*. The degree of master of nursing science (community health nursing) faculty of graduate studies Mahidol University, Bangkok.
- Tuldra, A., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayes, R., Arno, A., Balague, M., et al. (2000). Prospective Randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(3), 221-228.
- Vyaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Phillips, K. D., Murdaugh, C., Jackson, K., et al. (2006). Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural area of the Southeastern United State. *AIDS Patients Care and STDs*, 21(9), 667-680.
- Wanger, G. J., Kanouse, D. E., Golinelli, D., Miller, L. G., Daar, E. S., Witt, M. D., et al. (2006). Cognitive-behavioral intervention to enhance adherence to antiretroviral therapy: a randomized controlled trial. *AIDS*, 20, 1295-1302.
- Wanger, G. J., & Ryan, W. G. (2004). Relationship between routinization of daily behaviors and medication adherence in HIV positive drug users. *AIDS Patients Care and STDs*, 18(7), 385-393.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Sciences*, 9, 135-141.
- Weinert, C. (1987). A Social support measure: PRQ 85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva.
- Yip, Y. B., Sit, W. H., Fung, K. Y., Wong, Y. S., Chong, Y. C., Chung, L. H., et al. (2007). Effects of a self-management arthritis programme with an added exercise component for osteoarthritic knee: randomized controlled trial. *Journal of Advance Nursing*, 59(1), 20-28.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่

ข้อมูลจะต้องเป็นระดับอันดับขึ้นไปและมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยดูจากค่า z-value ของความโด่ง (kurtosis) โดยค่าที่ได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = \pm 3$) (<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pA765/assumpt.htm>) พบว่าชุดคะแนนที่จะนำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง ก1

การกระจายของคะแนนความสม่ำเสมอในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| คะแนนความสม่ำเสมอ | kurtosis | |
|-------------------|-----------|---------|
| | statistic | z-value |
| กลุ่มควบคุม | | |
| สัปดาห์แรก | 0.71 | 0.82 |
| สัปดาห์ที่ 5 | 0.29 | 0.32 |
| กลุ่มทดลอง | | |
| สัปดาห์แรก | 0.16 | 0.19 |
| สัปดาห์ที่ 5 | 2.06 | 2.42 |

SE ของ kurtosis = 0.86

สูตรการคำนวณหาค่า $z\text{-value} = \frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$

ตาราง ก2

ร้อยละของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| กลุ่ม ตัวอย่าง | ความสม่ำเสมอ (ร้อยละ) | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
| | สัปดาห์ที่1 | สัปดาห์ที่3 | สัปดาห์ที่5 | สัปดาห์ที่1 | สัปดาห์ที่3 | สัปดาห์ที่5 |
| 1 | 76.00 | 100.00 | 96.00 | 88.00 | 82.00 | 89.00 |
| 2 | 88.00 | 100.00 | 96.00 | 88.00 | 96.00 | 89.00 |
| 3 | 93.00 | 100.00 | 100.00 | 88.00 | 85.00 | 85.00 |
| 4 | 68.00 | 100.00 | 100.00 | 91.00 | 89.00 | 100.00 |
| 5 | 88.00 | 96.00 | 100.00 | 88.00 | 85.00 | 89.00 |
| 6 | 80.00 | 100.00 | 100.00 | 91.00 | 89.00 | 82.00 |
| 7 | 88.00 | 100.00 | 96.00 | 88.00 | 92.00 | 85.00 |
| 8 | 91.00 | 96.00 | 96.00 | 85.00 | 89.00 | 92.00 |
| 9 | 83.00 | 100.00 | 100.00 | 83.00 | 96.00 | 85.00 |
| 10 | 88.00 | 100.00 | 100.00 | 80.00 | 82.00 | 92.00 |
| 11 | 93.00 | 96.00 | 100.00 | 90.00 | 92.00 | 89.00 |
| 12 | 88.00 | 100.00 | 100.00 | 91.00 | 89.00 | 89.00 |
| 13 | 85.00 | 96.00 | 96.00 | 93.00 | 89.00 | 89.00 |
| 14 | 91.00 | 96.00 | 100.00 | 83.00 | 85.00 | 89.00 |
| 15 | 85.00 | 100.00 | 100.00 | 80.00 | 92.00 | 92.00 |
| 16 | 83.00 | 100.00 | 96.00 | 91.00 | 85.00 | 85.00 |
| 17 | 83.00 | 96.00 | 96.00 | 83.00 | 82.00 | 85.00 |
| 18 | 76.00 | 100.00 | 100.00 | 80.00 | 82.00 | 78.00 |
| 19 | 76.00 | 100.00 | 100.00 | 80.00 | 78.00 | 89.00 |
| 20 | 80.00 | 96.00 | 100.00 | 90.00 | 89.00 | 89.00 |
| 21 | 85.00 | 100.00 | 96.00 | 83.00 | 71.00 | 82.00 |
| 22 | 91.00 | 96.00 | 100.00 | 90.00 | 89.00 | 92.00 |

ตาราง ก2 (ต่อ)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | ความสม่ำเสมอ (ร้อยละ) | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
| | สัปดาห์ที่1 | สัปดาห์ที่3 | สัปดาห์ที่5 | สัปดาห์ที่1 | สัปดาห์ที่3 | สัปดาห์ที่5 |
| 23 | 88.00 | 100.00 | 96.00 | 85.00 | 96.00 | 96.00 |
| 24 | 83.00 | 96.00 | 100.00 | 83.00 | 89.00 | 82.00 |
| 25 | 91.00 | 96.00 | 96.00 | 83.00 | 78.00 | 78.00 |
| 26 | 73.00 | 96.00 | 96.00 | 83.00 | 96.00 | 96.00 |
| 27 | 80.00 | 96.00 | 100.00 | 88.00 | 82.00 | 85.00 |
| 28 | 88.00 | 96.00 | 96.00 | 88.00 | 89.00 | 85.00 |
| \bar{x} | 84.35 | 98.14 | 98.28 | 86.21 | 87.07 | 87.78 |

ตาราง ก3

จำนวนครั้งของการขาดยาภายใน 1 เดือน (จากสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 5) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=56)

| ตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง | | | | กลุ่มควบคุม | | | |
|----------|-----------------------------------|--------------|--------------|-----|-----------------------------------|--------------|--------------|-----|
| | จำนวนมือที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ | | | | จำนวนมือที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ | | | |
| | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | สัปดาห์ที่ 5 | รวม | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | สัปดาห์ที่ 5 | รวม |
| 1 | 14 | - | 1 | 1 | 7 | 5 | 3 | 8 |
| 2 | 7 | - | 1 | 1 | 7 | 1 | 3 | 4 |
| 3 | 4 | - | - | - | 7 | 4 | 4 | 8 |
| 4 | 19 | - | - | - | 5 | 3 | - | 3 |
| 5 | 7 | 1 | - | 1 | 7 | 4 | 3 | 7 |
| 6 | 12 | - | - | - | 7 | 3 | 5 | 8 |
| 7 | 7 | - | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 6 |
| 8 | 5 | 1 | 1 | 2 | 7 | 3 | 2 | 5 |
| 9 | 10 | - | - | - | 9 | 1 | 4 | 5 |
| 10 | 7 | - | - | - | 10 | 5 | 2 | 7 |
| 11 | 4 | 1 | - | 1 | 12 | 2 | 3 | 5 |
| 12 | 7 | - | - | - | 6 | 3 | 3 | 6 |
| 13 | 9 | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 3 | 6 |
| 14 | 5 | 1 | - | 1 | 4 | 4 | 3 | 7 |
| 15 | 9 | - | - | - | 10 | 2 | 2 | 4 |
| 16 | 10 | - | 1 | 1 | 12 | 4 | 4 | 8 |
| 17 | 10 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 4 | 9 |
| 18 | 14 | - | - | - | 10 | 5 | 6 | 11 |
| 19 | 14 | - | - | - | 12 | 6 | 3 | 9 |
| 20 | 12 | 1 | - | 1 | 12 | 3 | 3 | 6 |
| 21 | 9 | - | 1 | 1 | 6 | 8 | 5 | 13 |

ตาราง ก3 (ต่อ)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง | | | | กลุ่มควบคุม | | | |
|-------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|-----|-----------------------------------|------------------|------------------|-----|
| | จำนวนมือที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ | | | | จำนวนมือที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ | | | |
| | สัปดาห์ แรก | สัปดาห์ ที่ 3 | สัปดาห์ ที่ 5 | รวม | สัปดาห์ แรก | สัปดาห์ ที่ 3 | สัปดาห์ ที่ 5 | รวม |
| 22 | 5 | 1 | - | 1 | 10 | 3 | 2 | 5 |
| 23 | 7 | - | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 2 |
| 24 | 10 | 1 | - | 1 | 9 | 3 | 5 | 8 |
| 25 | 5 | 1 | 1 | 2 | 10 | 6 | 6 | 12 |
| 26 | 16 | 1 | 1 | 2 | 10 | 1 | 1 | 2 |
| 27 | 12 | 1 | - | 1 | 7 | 5 | 4 | 9 |
| 28 | 12 | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 4 | 7 |

ตาราง ก4

จำนวนเม็ดยาในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มทดลอง (N=28)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | | สัปดาห์ที่ 5 | |
|-------------------|------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | จำนวนเม็ดยา ทั้งหมด | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง |
| 1 | (3TC) 201 | 173 | 173 | 145 | 144 |
| | (D4T) 369 | 341 | 341 | 313 | 313 |
| | (EFV)189 | 175 | 175 | 147 | 147 |
| 2 | 195 | 167 | 167 | 140 | 139 |
| 3 | 197 | 167 | 167 | 137 | 137 |
| 4 | 188 | 160 | 160 | 130 | 130 |
| 5 | 198 | 169 | 168 | 139 | 139 |
| 6 | 192 | 164 | 164 | 134 | 134 |
| 7 | 200 | 170 | 170 | 139 | 138 |
| 8 | 190 | 161 | 160 | 134 | 133 |
| 9 | 200 | 172 | 172 | 140 | 140 |
| 10 | 198 | 170 | 170 | 140 | 140 |
| 11 | 194 | 167 | 166 | 137 | 137 |
| 12 | 208 | 178 | 178 | 148 | 148 |
| 13 | 190 | 163 | 162 | 136 | 135 |
| 14 | 190 | 163 | 162 | 135 | 135 |
| 15 | 190 | 160 | 160 | 132 | 132 |
| 16 | 196 | 169 | 168 | 142 | 141 |
| 17 | 182 | 153 | 152 | 124 | 123 |
| 18 | 210 | 182 | 182 | 154 | 154 |

ตาราง ก4 (ต่อ)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | | สัปดาห์ที่ 5 | |
|-------------------|------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | จำนวนเม็ดยา ทั้งหมด | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง |
| 19 | 200 | 186 | 186 | 158 | 158 |
| 20 | 200 | 187 | 186 | 156 | 156 |
| 21 | 190 | 162 | 162 | 133 | 132 |
| 22 | 100 | 73 | 72 | 45 | 45 |
| 23 | 190 | 162 | 162 | 133 | 132 |
| 24 | 190 | 163 | 162 | 135 | 135 |
| 25 | 198 | 171 | 170 | 144 | 143 |
| 26 | (3TC) 184 | 156 | 156 | 129 | 128 |
| | (D4T) 368 | 341 | 340 | 313 | 313 |
| | (EFV) 106 | 93 | 92 | 80 | 79 |
| 27 | 196 | 169 | 168 | 141 | 141 |
| 28 | 200 | 173 | 172 | 146 | 145 |

ตาราง ก5

จำนวนเม็ดยาในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มควบคุม (N=28)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | | สัปดาห์ที่ 5 | |
|-------------------|------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | จำนวนเม็ดยา ทั้งหมด | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง |
| 1 | 190 | 167 | 162 | 142 | 139 |
| 2 | 200 | 173 | 172 | 148 | 145 |
| 3 | 210 | 186 | 182 | 162 | 158 |
| 4 | 202 | 177 | 174 | 149 | 149 |
| 5 | 200 | 176 | 172 | 151 | 148 |
| 6 | 188 | 163 | 160 | 140 | 135 |
| 7 | 189 | 163 | 161 | 139 | 135 |
| 8 | 198 | 173 | 170 | 147 | 145 |
| 9 | 192 | 165 | 164 | 141 | 137 |
| 10 | 190 | 167 | 162 | 141 | 139 |
| 11 | 192 | 166 | 164 | 141 | 138 |
| 12 | (3TC) 188 | 143 | 142 | 116 | 115 |
| | (D4T) 188 | 161 | 160 | 134 | 133 |
| | (EFV)100 | 87 | 86 | 60 | 59 |
| 13 | 194 | 169 | 166 | 144 | 141 |
| 14 | 196 | 172 | 168 | 147 | 144 |
| 15 | 186 | 160 | 158 | 134 | 132 |
| 16 | 200 | 166 | 162 | 142 | 138 |
| 17 | 190 | 171 | 162 | 147 | 143 |
| 16 | 190 | 158 | 154 | 134 | 130 |
| 17 | (3TC) 200 | 174 | 172 | 148 | 146 |
| | (D4T) 200 | 172 | 172 | 145 | 144 |
| | (EFV)110 | 99 | 96 | 86 | 85 |

ตาราง ก5 (ต่อ)

| กลุ่ม ตัวอย่าง | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 3 | | สัปดาห์ที่ 5 | |
|-------------------|------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | จำนวนเม็ดยา ทั้งหมด | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง | เม็ดยาที่เหลือ | เม็ดยาที่ต้อง เหลือจริง |
| 18 | 198 | 175 | 170 | 153 | 147 |
| 19 | 200 | 178 | 172 | 153 | 150 |
| 20 | 210 | 185 | 182 | 160 | 157 |
| 21 | 196 | 176 | 168 | 153 | 148 |
| 22 | 198 | 173 | 170 | 147 | 145 |
| 23 | (3TC) 188 | 160 | 160 | 132 | 132 |
| | (D4T) 190 | 162 | 162 | 134 | 134 |
| | (EFV)100 | 87 | 86 | 74 | 73 |
| 24 | 202 | 177 | 174 | 154 | 149 |
| 25 | 190 | 168 | 162 | 146 | 140 |
| 26 | (3TC) 190 | 163 | 162 | 135 | 135 |
| | (D4T) 188 | 160 | 160 | 132 | 132 |
| | (EFV)104 | 90 | 90 | 77 | 76 |
| 27 | 198 | 175 | 170 | 151 | 147 |
| 28 | 200 | 175 | 172 | 151 | 147 |

ตาราง ก6

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ
(N = 56)

| สาเหตุ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| - ทำงานจนลี้มเวลา | 38 | 29.0 |
| - ไม่ได้พักยาคิดตัว | 27 | 20.6 |
| - ลี้มตั้งนาฬิกาปลุก | 26 | 19.8 |
| - ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตหรือสงสัย | 16 | 12.2 |
| - รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย | 5 | 3.8 |
| - มียาหลายชนิดเกินไป | 5 | 3.8 |
| - สับสนไม่แน่ใจว่าต้องรับประทานยาอย่างไร | 4 | 3.0 |
| - หยุครับประทานยาเอง | 3 | 2.2 |
| - ไม่ทราบว่าจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง | 2 | 1.5 |
| - รู้สึกว่าอาการแย่งลงเมื่อรับประทานยา (คลื่นไส้/อาเจียน) | 2 | 1.5 |
| - ยาหาย | 1 | 0.7 |
| - ยาหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ | 1 | 0.7 |
| - คิดว่ารับประทานยาแล้ว แต่จริงๆ แล้วยังไม่ได้รับประทาน | 1 | 0.7 |

ตาราง ก7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลองระหว่างสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) (N=56)

| กลุ่มตัวอย่าง | จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง | \bar{x} | | t | p-value |
|---------------|------------------------|------------|--------------|--------|---------|
| | | สัปดาห์แรก | สัปดาห์ที่ 5 | | |
| กลุ่มควบคุม | 28 | 86.21 | 87.78 | -1.38 | .18 |
| กลุ่มทดลอง | 28 | 84.35 | 98.28 | -10.81 | .000 |

ตาราง ก8

จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามการแก้ปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
(N=28)

| วิธีการ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| - ตั้งเวลาปลุกจากโทรศัพท์มือถือ | 22 | 39.28 |
| - เตือนตนเอง | 16 | 28.57 |
| - ให้คนใกล้ชิดช่วยเตือน | 12 | 21.42 |
| - กำหนดเวลารับประทานยาตามเวลาการ ออกอากาศของรายการโทรทัศน์ | 5 | 8.92 |
| - ตั้งเวลาปลุกจากนาฬิกาข้อมือ | 1 | 1.78 |

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของกลาส (Glass, 1976 อ้างตาม บุญใจ, 2547)

$$d = \frac{\overline{X_E} - \overline{X_C}}{SD_C}$$

| | | |
|------------------|-----|---------------------------------------|
| d | คือ | ขนาดอิทธิพล |
| $\overline{X_E}$ | คือ | ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง |
| $\overline{X_C}$ | คือ | ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม |
| SD _C | คือ | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม |

จากการศึกษาของพรทิพย์ (2546) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

$$\overline{X_E} = 25.20 \quad \overline{X_C} = 23.36 \quad SD_C = 2.46$$

แทนค่าในสูตรได้

$$d = \frac{25.20 - 23.36}{2.46}$$

$$= 0.74$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27.48 ราย ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มละ 28 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 56 ราย

ภาคผนวก ก
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของท่านให้มีความต่อเนื่อง และท่านจะได้รับการพยาบาลจากคลินิกติดตามการรักษาของท่านตามปกติ ดังนั้นการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิของท่านและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะมีการนัดพบกับท่านอีก 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม และจะสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2552

ลงชื่อ

(นางฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์)

ผู้วิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางฐาณิชาญาณ์ หาญณรงค์เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของท่านให้มีความต่อเนื่อง และท่านจะได้รับความรู้และมีทักษะสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ท่านรับประทานยาต้านไวรัสและเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ในขณะที่ท่านกำลังอยู่ในระยะเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีการพูดคุยกับผู้วิจัยเป็นรายบุคคล อาจมีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของท่าน ผู้วิจัยจะมีการประสานงานกับพยาบาลที่ห้องให้คำปรึกษาให้กับท่าน โดยเฉพาะ ถ้าพิจารณาแล้วว่าเกินความสามารถที่รับผิดชอบจะมีการส่งต่อไปให้แพทย์เป็นผู้ดูแลรักษาต่อไป ดังนั้นการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิของท่านและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และท่านต้องมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ และมีการนัดพบกับท่านอีก 2 ครั้งใน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม และจะสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2552

(นางฐาณิชาญาณ์ หาญณรงค์)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง
งบประมาณการวิจัย

จำแนกตามหมวดเงินงบประมาณดังนี้

หมวดค่าใช้สอยและวัสดุ

1. ค่าใช้สอย

| | |
|------------------------|-----------|
| ค่าจ้างการทำสื่อคู่มือ | 5,500 บาท |
|------------------------|-----------|

2. ค่าวัสดุ

| | |
|---|-----------|
| ค่าวัสดุสำนักงาน (ค่าถ่ายเอกสาร กระดาษ) | 2,000 บาท |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| ค่าวัสดุคอมพิวเตอร์ (ตลับหมึก, แผ่นดิสก์) | 2,500 บาท |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| ค่าเดินทางไปเก็บข้อมูลของผู้วิจัย (ค่ารถโดยสารประจำทาง) | 2,000 บาท |
|---|-----------|

| | |
|--------------------|------------|
| รวมงบประมาณทั้งหมด | 11,000 บาท |
|--------------------|------------|

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 13 ข้อ
- 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 13 ข้อ
- 3) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 3 ข้อ (สำหรับถามในวันแรก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 3 ข้อ (สำหรับถามในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5)

เลขที่แบบสอบถาม กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองคำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

2. เพศ ชาย หญิง

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก

5. อาชีพในปัจจุบัน

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ แม่บ้าน เกษตรกร/ประมง รับจ้าง อื่น ๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

 ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน 1,001-3,000 บาท/เดือน 3,001-5,000 บาท/เดือน 5,001-8,000 บาท/เดือน 8,001-10,000 บาท/เดือน มากกว่า 10,000 บาท/เดือน

8. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลต่อครั้ง

 น้อยกว่า 100 บาท 101-200 บาท 200-300 บาท อื่น ๆ ระบุ.....บาท

9. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- จ่ายเอง เบิกได้
 บัตรทอง ประกันสังคม

10. ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บิดา/มารดา ภรรยา/สามี บุตร
 พี่/น้อง เพื่อน/ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บิดา/มารดา ภรรยา/สามี บุตร
 พี่/น้อง เพื่อน/ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของท่านกับคนใกล้ชิดและไว้วางใจได้

- เปิดเผย ไม่เปิดเผย

2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา

1. ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)

ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ =cell/mm³%

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ครั้งล่าสุดที่ได้รับการตรวจ = cell/mm³%

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

2. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคนี้อ.....ปี.....เดือน

3. จำนวนครั้งที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาครั้ง

4. ประสบการณ์การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน

- ไม่เคย เคย ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

ถ้าเคยรับประทานยาเหตุผลของการเปลี่ยนยาคือ

.....

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12. แพทย์/พยาบาล/เภสัชกรเปิดโอกาสให้ท่านซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส
เอดส์

เปิดโอกาสตลอดเวลา

เปิดโอกาสเป็นส่วนใหญ่

เปิดโอกาสเป็นบางครั้ง

ไม่เคยเปิดโอกาสเลย

3) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (สำหรับถามในวันแรก)

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม ตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง เกิดขึ้นจริง เพื่อผลต่อการรักษาที่ดี และถูกต้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง

1. จำนวนครั้งที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์คือ.....ครั้ง/วัน

เวลารับประทานยาคือ.....น. และ.....น.

2. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านขาดยาไป.....ครั้ง

3. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาคิดเวลาเกิน 30 นาทีไป.....ครั้ง

4. ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านขาดการรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรง

เวลา

| เหตุผล | ใช่ | ไม่ใช่ | เหตุผล | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|--|-----|--------|
| 1. สับสนไม่แน่ใจว่าต้องรับประทานยาอย่างไร | | | 8. ไม่ได้พักยาคิดตัว | | |
| 2. รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย | | | 9. ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตหรือสงสัย | | |
| 3. มียาหลายชนิดกินไป | | | 10. ทำงานจนลืมเวลา | | |
| 4. ขาดหาย | | | 11. ลืมตั้งนาฬิกาปลุก | | |
| 5. ยาหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ | | | 12. ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง | | |
| 6. หยุดรับประทานยาเอง | | | 13. รู้สึกว่าอาการแย่ลงเมื่อรับประทานยา (อย่างไร.....) | | |
| 7. แบ่งยาให้ผู้อื่น | | | 14. เหตุผลอื่น ๆ ระบุ.....) | | |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ (สำหรับถามในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5)

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม ตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง เกิดขึ้นจริง เพื่อผลต่อการรักษาที่ดี และถูกต้อง
ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง

- 1.
- 2.
- 3.

คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนปก

คู่มือการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ



จัดทำโดย

นางสาวสุลีพร ศรีเสน

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. กิตติกร นิลมานัต

คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

หน้า 1

มาทำความรู้จักฤทธิ์ของยาที่ท่านรับประทานกันเถอะค่ะ



ยาที่ท่านรับประทานมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเท่านั้น แต่ไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสให้หมดไปจากร่างกายได้นะคะ

มีผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะทำให้

- ลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด
- เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (ซีดี 4)
- ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส
- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
- ชีวิตยืนยาวขึ้น

ดังนั้นการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมาก

คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

หน้า 2

ยาที่มีชนิดและแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงอย่างไร ?

ในการรับประทานยาท่านอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ท่านรับประทาน

.....

3 ทีซี (Lamivudine/ 3TC)

การรับประทาน

ไม่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหาร

ผลข้างเคียง

ท้องร่วง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ไข้

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
หน้าสุดท้าย

หากท่านมีข้อสงสัย โปรดติดต่อผู้วิจัย
นางฐานิชญาณ์ หาญณรงค์
หมายเลขโทรศัพท์ 081-5378686



สมุดบันทึกการรับประทานยา
ส่วนปก

สมุดบันทึกการรับประทานยา



การตรงเวลาและความสม่ำเสมอ
คือ
หัวใจสำคัญของการรับประทานยา นะคะ

เลขที่

สมุดบันทึกการรับประทานยา

ส่วนปกใน

คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกการรับประทานยา

1. เพื่อประโยชน์ของท่าน ควรเก็บรักษาสมุดไว้เป็นอย่างดี
อย่าทำสมุดหาย
 2. นำสมุดติดตัวมาทุกครั้งที่มาตามนัด
 3. กรอกรายชื่อข้อมูลเวลาตามความเป็นจริงทุกครั้งเมื่อท่านรับประทานยา
ในแต่ละมื้อ
 4. กรอกรายชื่อข้อมูลในบันทึกช่วยจำเมื่อท่านขาดยาหรือรับประทานยา
ไม่ตรงเวลา
- ** ชนิดของยาที่ท่านรับประทานคือ.....**
- ** เวลาที่ท่านรับประทานยาคือ.....น. และ.....น**

ปฏิบัติตามคำแนะนำในสมุดนี้
เพื่อสุขภาพที่ดีของตัวท่านเอง

สมุดบันทึกการรับประทานยา

หน้า 1

กรณำบันทึกเวลาที่ท่านกินยาในแต่ละมื่อ ดังแสดงตามตัวอย่าง

| มื่อที่ | วันที่/เดือน/ปี | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1ก.ค. | | | | | | | | | | | | | |
| | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา |
| 1 | 08.05 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 20.10 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | - | | | | | | | | | | | | | |

บันทึกช่วยจำกรณีขาดยาหรือกินยาไม่ตรงเวลา

| ว/ด/ป | สาเหตุของการขาดยาหรือกินยาไม่ตรงเวลา | วิธีแก้ไข |
|-------|--------------------------------------|-----------|
| | | |

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงอำไพพิชญ์ นิลมานันต์
อายุรแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พัชรียา ไชยลังกา
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. คุณสิริลักษณ์ จันทร์เทมะ
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

5. คุณจุฬา ช่วยเมือง
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010420026

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2544

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี