

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ
- 2.2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนอย่างมีแบบแผน
- 2.4 แนวคิดการใช้กลุ่มระดับประคอง

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

##### 2.1.1 ความหมาย

ความร่วมมือในการรักษาหมายถึงพฤติกรรมของบุคคลหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ (Dracup & Meleis, 1982) ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางบวกที่แสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษา (Hussey & Gilliland, 1989) ในเรื่อง เกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การงดพฤติกรรมเสี่ยง งดสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต (Haynes, 1978 cited by Kyngas et al, 2000) และรวมถึงการวางแผนของครอบครัวในการมาพบแพทย์ตามนัด (Besch, 1995)

จากที่มีผู้ให้ความหมายดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจในการที่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทาน อาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย การงดพฤติกรรมเสี่ยง งดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

## 2.1.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการนำมาใช้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้ทฤษฎีต่างๆและอาศัยรูปแบบต่างไว้อย่างมากมายและหลากหลายซึ่งสามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ (Dracup & Melies, 1982; Kaptein, 1992) ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบทางชีวภาพ (The biomedical approach or The Medical Model ) เป็นรูปแบบที่มีลักษณะคงที่ของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังรวมถึงถึงลักษณะแผนการรักษา ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษาและผลข้างเคียงของยา ข้อกำหนด กฎเกณฑ์ต่างๆ โดยเฉพาะเน้นที่โครงสร้างของการรักษา ได้แก่ เวลาการรอคอยพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่างๆในการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง เป็นต้น

2. รูปแบบเชิงพฤติกรรม (The behaviouristic approach) เป็นทฤษฎีของการเรียนรู้ที่ค้นพบโดยนักจิตวิทยา ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือ รูปแบบนี้เชื่อว่า การให้รางวัลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการให้การรักษามือผู้ป่วย มีพฤติกรรมตามที่ตกลงกันไว้ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย และจะถูกลงโทษเมื่อมีพฤติกรรมไม่เป็นไปตามที่ตกลงกันไว้

3. การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Patient-physician communication approach) เลย์ (Lay อ้างในKaptein, 1992) กล่าวว่า ความร่วมมือเกิดจากผลผลิตของความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ได้มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลข่าวสาร หรือเนื้อหาที่แพทย์หรือทีมสุขภาพได้ทั้งหมด และขึ้นอยู่กับหรือประสบการณ์ที่เคยเผชิญ และความตั้งใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานหรือกลุ่ม ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือได้ต่อไป

4. รูปแบบการใช้สติปัญญา (the cognitive approach) ผู้ป่วยจะใช้ความคิดใช้สติปัญญาและการรับรู้ต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไข และการเผชิญความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นความร่วมมืออย่างหนึ่ง ที่เป็นแรงขับอย่างหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการมาพบแพทย์ การรับรู้อาการของโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งโดยทั่วไปเรียกว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ

### 2.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือมีหลายประการด้วยกัน (Besch, 1995; Griffith, 1990 cited by Kaptein, 1992; Mehta, Moore & Graham, 1997) ดังนี้

1. ลักษณะประชากร (Demographic characteristics) ลักษณะประชากรในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เป็นลักษณะหนึ่ง ที่อาจทำให้ความร่วมมือลดลง ตัวแปรส่วนนี้อาจเป็นความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเจ็บป่วยด้านจิตใจ และในผู้สูงอายุซึ่ง ได้แก่

1.1 อายุ ปัจจัยทางด้านอายุกับความร่วมมือในการรักษา เป็นที่ยอมรับว่า อายุเพิ่มขึ้นจะมีความร่วมมือดีกว่า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี บ่อยครั้งมากที่สุดผู้สูงอายุ มีจำนวนยาที่รับประทานมาก เนื่องจากความเจ็บป่วยหลายโรค เช่น การมองเห็น การได้ยิน ความจำที่เสื่อมลง ในการเปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคจิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอายุกับความร่วมมือ (สายหยุด, 2540) แต่ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ (จารุวรรณ, 2528; นิตยา, 2529; พัฒนา, 2537; Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996) เนื่องจากว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีน้อย นอกจากนี้มีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า อายุเป็นตัวหนึ่งที่สำคัญสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ((Lignani et al., 2002)

1.2 เพศ จากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย ที่เจ็บป่วยด้านจิตใจ และในผู้สูงอายุ เพศชายจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าเพศหญิง (จารุวรรณ , 2528) แต่มีการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นๆและในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ (จารุวรรณ, 2528; นิตยา, 2529; พัฒนา, 2537; สายหยุด, 2540; Singh et al., 1996 )

1.3 อาชีพ จากการศึกษา ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996) นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (จารุวรรณ, 2528; นิตยา, 2529; พัฒนา, 2537)

1.4 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี มีความรอบรู้ มีเหตุมีผลและแสวงหาความรู้ในการรักษา และการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย แต่มีการศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996)

1.5 สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่ต่ำ จะแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือในการรักษาต่ำ จากสถานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกันคือ ความไม่แน่นอนในเรื่องที่อยู่ ไม่มีบ้าน รายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ และขาดหลักประกันของการใช้ยา (Mehta et al., 1997)

1.6 เชื้อชาติ พบว่าเชื้อชาติกับความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Singh et al., 1996)

2. ลักษณะของการรักษา (Medication characteristics) ด้านความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยที่พบอาจจะมาจากความรุนแรงของโรค หรืออาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่เกิดขึ้นในขณะนั้นดังต่อไปนี้

2.1 ความรุนแรงของโรคหรืออาการจากผลข้างเคียงของยาจากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่สำคัญที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นั้น ก็คือจากผลข้างเคียงของยา (Lignani et al., 2002; Monreal, Da Cunha & Trinca, 2002; Project inform, 2002) นอกจากนั้นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค พบว่า ร้อยละ 4.1 หยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการแพ้ยา (จารุวรรณ , 2528)

2.2 แผนการรักษาของแพทย์ พบว่า แผนการรักษาที่มีความยุ่งยาก หรือ ซับซ้อนย่อมมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการรับประทานยา มีรายงานการศึกษาในผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าผู้ป่วย ลืมรับประทานยา ร้อยละ 40 ปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยา ร้อยละ 27 หรือ หลับเลยเวลารับประทานยา ร้อยละ 37 (Project inform, 2002) เกิดจากองค์ประกอบในคำอธิบาย ในรายละเอียดเกี่ยวกับข้อกำหนดในการรับประทานยา ร้อยละ 10 (Monreal et al., 2002) นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยที่รับประทานยากันชักในโรคลมชัก พบว่า จำนวนครั้งในการรับประทานยาในแต่ละวัน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา มีรายงาน ถึงการรับประทานยา 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 87 ถ้ารับประทาน 2 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็น ร้อยละ 81 รับประทานยา 3 เม็ดต่อวัน

ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง ร้อยละ 77 และถ้าต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาจะลดลงเหลือ ร้อยละ 39 (Cochrane, 1992) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผลข้างเคียงของยา ข้อกำหนดในการรับประทานยา วิธีการรับประทานยาหรือจำนวนยาที่รับประทาน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส โดยเฉพาะการใช้สูตรยาาร่วมกัน ซึ่งจะมีผลต่อการมีปฏิกริต่อกันของยา ทำให้มีผลข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา และการมารับการรักษาต่อเนื่องได้

2. ลักษณะทางจิตสังคม / ลักษณะของพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก เช่นความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ ทศนคติ แรงจูงใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังการศึกษา พบว่าผู้ที่แสดงออกถึง ความเจ็บป่วยทางจิต หรือความวิตกกังวลสูงหรือมีภาวะซึมเศร้า จะมีผลทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงได้ (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996) นอกจากนั้นปัจจัยด้านจิตวิทยาอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความร่วมมือลดลง คือความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจหรือมีประวัติความคับข้องใจ วิตกกังวล หวาดระแวง และความอึดอัดหลงตัวเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ ทศนคติ ต่อแผนการรักษาและความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ เพราะเหตุผลทางด้านจิตใจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา เนื่องจากกลัวและเชื่อว่า การใช้ยานั้นแสดงถึงความอ่อนแอ ดังนั้นการขาดการรับรู้ถึงประโยชน์นั้น ผลลัพธ์ตามมาก็คือ ความเจ็บป่วยรวมถึงความร่วมมือในการรักษาลดลง ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีทศนคติ และความเชื่อ ร่วมกับการรับรู้และการยอมรับในการเป็นโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความร่วมมือ การรับรู้ถึงประโยชน์และเหตุผลในการรักษา สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและการปฏิบัติตัว จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ หรือขาดความดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อน การถูกแยกออกจากสังคม และการมีชีวิตที่โดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุน และช่วยเหลือ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ดังนั้นการปฏิบัติทางสังคมทำให้มีผลทางบวกกับความร่วมมือ ได้นั้นต้องหาสาเหตุว่ามาจากปัจจัยใด ดังผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือ ( สายหยุด, 2540)

ปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาโดยเฉพาะการให้ข้อมูล ข่าวสารแก่ผู้ป่วย ภาษาที่ใช้ต้องมีความกะทัดรัด เข้าใจง่าย นอกจากนั้นบุคคลลักษณะของผู้ให้

การรักษาต้องสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย มีความน่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจและมีท่าทางที่พร้อมให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดีและเต็มใจในการที่ชี้แนะ แนะนำ และให้เวลา รวมทั้งคอยกระตุ้นและให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษา จากการรายงานข้อมูลในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จากการสำรวจ พบว่า ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยได้รับคำอธิบายในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวไม่เข้าใจ เกิดความสับสน ในเรื่องการรับประทานยาทั้งขนาดและวิธีการใช้ยา และอาหารที่ต้องจำกัด (Project inform, 2002) นอกจากนี้ ฮัสเซย์และกิลลิแลนด์ (Hussey & Gilliland, 1989) กล่าวว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษานั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว จะเกิดประโยชน์กับบุคคลมากน้อยเพียงใดจากการกระทำนั้นๆ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางบวก ได้แก่

1. แผนการรักษาที่มีเหตุมีผลเหมาะสมกับผู้ป่วย
2. การที่ผู้ป่วยได้รับแผนการรักษาที่เหมือนเดิม
3. การได้รับอิทธิพล หรือแรงสนับสนุนจากครอบครัว
4. ความมั่นคงของครอบครัว
5. การรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
7. ประสิทธิภาพในแผนการรักษา

ปัจจัยทางลบ ได้แก่

1. ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน
2. ในแผนการรักษาที่ซับซ้อน
3. ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ทศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ความรู้ ทศนคติต่อความเจ็บป่วย และต่อแผนการรักษา หรือจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวผู้ป่วย เช่น จากความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค จากอาการข้างเคียงของยา แผนการรักษา ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการรักษา การรอคอยพบแพทย์ และ

ภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

## 2.2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ( Medication Adherence ) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์หรือผู้ดูแลด้านสุขภาพ ( William, 1999) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือมันเป็นสิ่งธรรมดาที่พบได้ในระหว่างกลุ่มประชากรที่เป็นโรค มีการประมาณการถึงสัดส่วนของผู้ป่วย ผู้ซึ่งล้มเหลวในการบริหารจัดการในการรับประทานยาตามคำชี้แนะของแพทย์ มีถึงร้อยละ 20- 80 ซึ่งมีความแตกต่างกันถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษา มีการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือดีจะมีผลของการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือที่ไม่ดี สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี การให้ความร่วมมืออย่างดีเป็นสิ่งจำเป็น เพราะว่า ข้อมูลทางคลินิกได้บ่งชี้ ว่าการรับประทานยาในมือเย็น หรือมีการหยุดยาในมือเย็น เป็นสาเหตุนำไปสู่การเพิ่มระดับจำนวนไวรัสเอชไอวี อาร์ เอ็น เอ (HIV RNA levels) ( William, 1999)

คลินิกผู้ป่วยเอดส์ได้มีรายงาน ว่ามีเพียงร้อยละ 50 ที่ให้ความร่วมมือสูงสุดจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มีส่วนร่วมในการรักษาที่คลินิก ที่รับการรักษาที่มีการกระโดดข้ามยาที่รับประทาน การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ เป็นเรื่องธรรมดาที่พบได้ในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสหรือในกลุ่มที่มีอาการทางคลินิกเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ สิ่งที่น่าสนใจคือจากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 202 คน ที่เออร์บานคลินิก พบว่า ร้อยละ 40 มีการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ตามคำแนะนำของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และมีการศึกษาจากการสำรวจในการรับประทานยาต้านไวรัส เอแซดที (AZT) อย่างเดียวพบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือมีถึง ร้อยละ 65 และมีการรายงานอีกหลายๆ การศึกษา การไม่ให้ความร่วมมือ ในการรักษา ร่วมกับการใช้ยาป้องกัน รักษาโรคปอดอักเสบจากเชื้อ นิวโมซิสติส คาร์รินิอาย ( Pneumocystis carinii pneumonia ) ในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจมาก เพราะว่า ในการป้องกัน เชื้อนิวโมซิสติส คาร์รินิอาย (PCP) มีข้อแนะนำในรายละเอียดเกี่ยวกับ ราคาขายที่ไม่แพง และไม่มีผลข้างเคียงของยา มีการรับประทานที่ง่ายกว่า ยาต้านไวรัสเอดส์

ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาจึง หมายถึง สัดส่วนของยาที่รับประทานเข้าไปต่อยาที่ให้คำแนะนำ อย่างน้อยร้อยละ 80 ในการที่แบ่งประเภทของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ถือว่า การที่ผู้ป่วย

ให้ความร่วมมือถึงร้อยละ 80 ยังไม่เหมาะสม ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) ในการที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือถึงระดับร้อยละ 80 จะสามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี ได้ผลนั้นยังไม่มีข้อสรุปแน่นอน 2) ปัญหาอื่นๆ เช่น ความสามารถในการให้ความร่วมมือโดยเฉพาะ การให้คำแนะนำ การเอาใจใส่ในช่วงระยะห่างของเวลา ปริมาณยาที่ได้รับ และอาหารที่มีความจำเป็นในการบริหารยา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่นการดูซึมและประสิทธิภาพของยา ไดดาโนซิน ซาควินาเวียร์ ไรโทนาเวียร์ อินดีนาเวียร์ และเนฟินาเวียร์ ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อการให้ความร่วมมือ โดยมีคำแนะนำที่เฉพาะของยาแต่ละชนิด ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้ศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ในเรื่อง การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี และการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การรับประทานยา วัตถุประสงค์หลักของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี คือเพื่อลดจำนวนไวรัส (viral load) ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รักษาระบบภูมิคุ้มกัน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดอัตราความเจ็บป่วย และความตายจากโรคเอชไอวี ซึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยา ที่ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน และระยะเวลา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาให้ได้อย่างเพียงพอ ในระดับที่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีได้นั้นถึง ร้อยละ 90-100 ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉพาะที่มีการใช้ยาร่วมกัน 3 ชนิด (Metha et al., 1997) นั้นแปลว่าถ้าผู้ป่วยต้องกินยารวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน (สัญญาชัย และคณะ, 2546)

2.2.2 การมาตรวจตามนัด ในการรักษาผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แพทย์จะเป็นผู้นัดผู้ป่วยซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมา จะนัดผู้ป่วย ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยขาดการรักษาตามนัดและ/หรือขาดยาเกิน 7 วัน โดยไม่ทราบสาเหตุจะจำแนกเป็นผู้ป่วยและสิ้นสุดของการรักษาและสิ้นสุดโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวี (สัญญาชัย และคณะ, 2546)

2.2.3 การจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา หมายถึงความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในขั้นต้น ที่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการ จากฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เช่น อาการ อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปลายประสาทอักเสบ อาการนอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ มีไข้ อาการผื่น แพ้ คัน หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น มีปากบวม เป็นแผลเปื่อย หรือเยื่อตาอักเสบ ซึ่งอาการเหล่านี้ควร



## มาพบแพทย์ทันที

2.2.4 การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อันได้แก่ การงด อดหรือหยุดการเสพยาเสพติด ทุก ชนิดการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการผ่อนคลายความเครียด ดังมีรายละเอียดต่อไป

2.2.4.1 การงด อด หรือหยุดเสพยาเสพติด ได้แก่ เหล้า บุหรี่ ชา กาแฟ ไวน์ เพราะการดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่จะมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ดื่มเหล้า จำนวน 11 ราย เปรียบเทียบจำนวนซีดีโฟร์ (CD4) ก่อนดื่มเหล้าและหลังการดื่มเหล้าในระยะเวลา 5-10 วัน พบว่าหลังจากหยุดดื่มเหล้า ระดับซีดีโฟร์ (CD4) เพิ่มขึ้น 9 ราย ไม่เพิ่ม 2 ราย (Pol et al., 1996)

2.2.4.2 การรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน เกลือแร่และไขมันเพื่อช่วยให้มีการปรับปรุงการทำงานของร่างกาย ลดการสลายไขมัน ปรับระดับโปรตีนในซีรัม ระหว่างที่มีการติดเชื้อทำให้มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ (พัชรี, 2540) รวมทั้งน้ำดื่มที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 ซีซี หลีกเลี่ยง อาหารประเภทที่อาจทำให้ท้องเสีย เช่น ในผู้ใหญ่บางคนดื่มนมแล้วท้องเสีย โยเกิร์ต ผลไม้บางชนิด หรือของหมักดองต่างๆ

2.2.4.3 การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เหมาะสม การออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรออกกำลังกายในระดับสั้น และมีการหยุดพักเป็นระยะในระหว่างการออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป ควรออกกำลังกายโดยการเดินเล่น ถีบจักรยาน อยู่กับที่ นอกจากนี้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถเพิ่มระดับซีดี 4 (Lang et al., 1993) ส่วนการพักผ่อน อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรมีการพักผ่อนในตอนกลางวันและนอนหลับอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน จะช่วยให้มีพลังสำรองในร่างกายที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี (อริญญา, สุวีพรและอังศุมา, 2537)

2.2.4.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ งดร่วมเพศกับผู้ที่ยังไม่เคยได้รับเชื้อเอดส์โดยให้ใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งและควรทาหมันเพราะบุตรอาจมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ งดบริโภคเลือดหรืออวัยวะต่างๆ งดการฉีดยาเสพติด หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทก หรือเกิดบาดแผลเพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ (วิชาญ และประคอง, 2540)

2.2.4.5 การผ่อนคลายความเครียด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสอาจจะมี ความเครียดหรือความวิตกกังวลในขณะที่รับประทานยา หรือเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาได้ ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ การผ่อนคลาย

ความเครียดมีหลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงที่ชอบ เที่ยวชายหาด พุดคุยกับเพื่อน หรือกลุ่ม หรือใช้วิธี ทำบุญ นั่งสมาธิ มีการศึกษาของอีแวนและคณะ (Evan et al., 1991 cited by McCain & Zeller, 1996) ที่ศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 25 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเครียดและจำนวนคิลเลอร์เซลล์(NK Cell)

## 2.2.5 การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ ( Antiretroviral Therapy )

ในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของยามาอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันพบว่าการใช้ยา 3 ชนิดรวมกันมีประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษาคือสามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อเอชไอวีได้ ถึงร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา ( Gottlieb, 2000 ) และมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งรับประทานยาได้ง่าย คือ สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ ที่มีชื่อเรียกว่า จีพีโอ - เวียร์ ( GPO - VIR ) ( Macan - Markar, 2002 ) ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อเอชไอวีทำให้ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ที่มีการรักษาอยู่ในปัจจุบันนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถยับยั้งปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (<50/มม. 3) และนานที่สุด เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ ( CD4) ลดการระบาดของเชื้อเอชไอวี และมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด ( สัญชัย และคณะ, 2546 )

## 2.2.6 ยาด้านไวรัสเอดส์

ปัจจุบันมียาด้านไวรัสเอดส์ออกมาใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด ยาด้านไวรัส H ในปัจจุบันออกฤทธิ์หลักๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือยับยั้งเอนไซม์ รีเวอร์สทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) และโปรเตเอส ( Protease ) มีลักษณะที่สำคัญ ( สัญชัย และคณะ, 2546 : หน้า 37- 43 ) ดังนี้

2.2.6.1 ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ รีเวอร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิท (reverse transcriptase ( reverse Transcriptase inhibitor , RTI ) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.2.6.1.1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบ base ของ นิวคลีโอติก แอซิด (Nucleic acid ) นิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ [Nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor ( NRTI ) ] เช่น ซิน ได วู ดิน และ ส ตา วู ดิน ( Zindovudine, Stavudine) มีโครงสร้างคล้ายกับ ไธอมีนและไดดาโนซิน (Thymidine , Didanosine) คล้ายกับ อะดีนโนซิน ลามิวูดีน (Adenosine, Lamivudine )และ อะบาคาเวียร์

(Abacavir) คล้ายกับ ไซโตซีน (Cytosine) การยับยั้งเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) แบ่งเป็นแย่งจับไม่ถาวร รีเวอร์ซิเบิล คอมเพทิทีฟ อินฮิบิเตอร์ (Reverseible competitive inhibitor) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่า ยาในกลุ่มที่ 1.2

#### 2.2.6.1.2 กลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือน base ของ นิวคลีอิก แอซิด

(Nucleic acid) นอนนิวคลีโอไซด์ อะนาลอก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ [ Nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor ( NNRTI) ] กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) แบบจับถาวร เออร์รีเวอร์ซิเบิล นอน คอมเพทิทีฟ อินฮิบิเตอร์ ( Irreversible non – competitive inhibitor ) และคนละตำแหน่งกับเอนไซม์จับกับ นิวคลีอิก แอซิด เบส (Nucleic acid base) ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก

#### 2.2.6.1.3 ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ โปรเตียส อินฮิบิเตอร์

Protease( Protease inhibitor,PI ) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้ปัจจุบัน แบ่งได้ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มนิวคลีโอไซด์รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor ( NRTI) ได้แก่ ซินโดวูดีน (Zidovudine : AZT) สตาเวอูดีน ( stavudine : d4T ) ไดดาโนซิน ( didanosine : ddl) .ซัลซิทาบิน ( zalcitabine : ddC ) ลามิวูดีน (lamivudine : 3TC ) และอะบาคาเวียร์ (Abacavir : ABC) 2) กลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ Nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor ( NNRTI) ได้แก่ อีฟาเวเรนซ์ ( Efavirenz : EFV) และ เนวีราพีน (Nevirapine : NVP) และ 3) กลุ่ม โปรเตียส อินฮิบิเตอร์(Protease inhibitor: PI) ได้แก่ อินดีนาเวียร์ สตาเวอูดีน (Indinavir Stavudine ) เนลฟินาเวียร์ ( Nelfinavir ) อินดีนาเวียร์ ( Indinavir ) ริโทนาเวียร์ (Ritronavir ) ซาควินาเวียร์ ( Saquinavir ) และ แอมพรีเวียร์ (Amprevir ) สำหรับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการใช้ยาสูตร 3 ตัว ไฮลิ แอคทีฟ แอนตี้รีโทรไวรัส เทอราปี ( Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) หรือ 3 ชนิดรวมกัน เป็นสูตรยาที่เป็นที่ยอมรับเป็นมาตรฐานในการรักษา คือ 2NRTIs + 1PI และ 2 NRTIs+1NNRTI และสูตรยาที่ใช้ในประเทศไทยและมีการใช้อย่างแพร่หลาย ในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มต้นรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ที่ควรรู้จัก มี 3 สูตร ได้แก่

**สูตร 1** ประกอบด้วยยา [สตาเวอูดีน Stavudine(d4T)] + [ลามิวูดีน Lamivudine (3TC) ] + [เนวีราพีน Nevirapine(NVP)] หรือ จีพีโอ เวียร์ ( GPO-VIR) ถ้าผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ยาเนวีราพีน (Nevirapine ) ให้ใช้สูตร 2

**สูตร 2** ประกอบด้วย [สตาวูดีน Stavudine(d4T)] + [ลามิวูดีน Lamivudine (3TC)] + [อีพีเวเร็นท์ Efavirenz (EFV)] ถ้ามีอาการแพ้ อีพีเวเร็นท์ ให้ใช้สูตร 3

**สูตร 3** ประกอบด้วย [ สตาวูดีน Stavudine (d4T) ]+ [ ลามิวูดีน Lamivudine (3TC) ]+[อินดินาเวียร์ + ไรโทรนาเวียร์ (Indinavir+Ritronavir)(IDV+RTV)]

## 2.7 แนวทางการให้ยาต้านไวรัสเอช

2.7.1 การเริ่มยาครั้งแรกควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กินยาแยกชนิดก่อน เนื่องจากยา เนวีราพีน (Nevirapine) มีปัญหาแพ้ยา เกิดผื่นและตับอักเสบ ดังนั้น ในช่วง 2 สัปดาห์แรกควรให้กิน จีพี ไอ-เวียร์ GPO-VIR 1 เม็ด ก่อนหรือหลังอาหาร เข้า 3 ทีซี ( 3TC ) 1 เม็ด + ดีโฟร์ที (d4T) 1 เม็ด ก่อนหรือหลังอาหารเย็น การรับประทานยา ควรห่าง กัน 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน ไปแล้ว ให้ จีพีไอ-เวียร์ (GPO-VIR ) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง

2.7.2 หลังจาก 2 สัปดาห์แรก ให้นำผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ชักประวัติและตรวจร่างกายและตรวจ SGPT ถ้าไม่ผิดปกติ ให้เปลี่ยนยาต้านไวรัสเอดส์เป็นยาจีพีไอ-เวียร์ (GPO-VIR) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง รับประทานห่างกัน 12 ชั่วโมง และนัดติดตามอาการทางคลินิกและ SGPT ที่ สัปดาห์ที่ 4,8 และ ทุก 1 เดือน ต่อๆไป

## 2.8 ผลข้างเคียงของยา ในกลุ่ม NRTI

ภาวะเป็นกรด (Lactic acidosis / hepatic steatosis) พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก นอกจากนี้มีอาการที่พบได้บ่อยได้แก่ ชาปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีด ท้องร่วง ตับอักเสบ และเม็ดเลือดขาวต่ำ ชนิด นิวโทรพีเนีย (Neutropnia)

## 2.9 ผลข้างเคียงของยา ในกลุ่ม NNRTI

การให้ยากกลุ่ม NNRTI โดยเฉพาะเนวีราพีน (Nevirapine) พบเกิดผื่นได้บ่อย ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง มักเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรก อาจหายเองได้ หรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา ในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 อาจพบว่าเกิดผื่นรุนแรง จนเป็นสตีเวนจอห์นสัน ซินโดรม (Stevens- Johnson Syndrome) จนเสียชีวิตได้ ส่วนผื่นที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการมีไข้ ช่องปากมีแผล ปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ มีอาการผื่นร้าย สับสน เป็นต้น

## 2.10 ผลข้างเคียงของยา ในกลุ่ม PI

น้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) มีรายงานการเกิดน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดเป็นกรด (diabetic ketoacidosis) ผู้ป่วยจะมีอาการภายใน 63 วัน หลังจากได้ยากกลุ่มนี้

การกระจายของไขมัน(fat redistribution) ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้จะมีการกระจายของไขมันตามส่วนต่างๆของร่างกาย อาการทางคลินิกที่พบได้แก่ ลำตัวอ้วน(central obesity) สูญเสียไขมันส่วนปลาย(perpheral fat wasting) นอกจากนั้น อาจรวมถึงการสะสมของไขมันในอวัยวะภายใน( visceral fat accumulation) การสะสมไขมันที่ระดับไหล่หลังส่วนคอ ( buffalo hump) หน้าตอ (facial thinning) เต้านมโต (breast enlargement) อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่าอาการเหล่านี้เกิดจากสาเหตุต่างๆกัน หรือสาเหตุเดียวกัน แต่มีผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยา โปรตีนเอส อินฮิบิเตอร์(PI)

ไขมันในเลือดสูง ( hyperlipidemis ) ผู้ป่วยที่กินยานี้จะมีไขมันในเลือดสูงทั้งโคเลสเตอรอล (Cholesterol) , ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ พบร่วมกับ การให้ยาไรโทนาเวียร์ ( ritonavir) บ่อยที่สุด ผู้ป่วยบางรายไขมันในเลือดสูง จะลดลงเมื่อหยุดยาในกลุ่มนี้

อวาสคูลา เนครอซิส ( avascular necrosis ) ไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้น ๆ หรือเส้นเลือดตาย มีรายงานการเกิดประมาณร้อยละ 3.0-1.3 ในผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยยาในกลุ่มโปรตีนเอส อินฮิบิเตอร์ ( PI) อยู่ด้วยมักพบที่หัวกระดูกต้นขา( femur)

### การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่งที่ต้องอาศัยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดจำนวนการเพิ่มจำนวนไวรัส (viral load) และป้องกันระบบภูมิคุ้มกัน ในร่างกาย และสามารถลดอัตราการป่วย จากการติดเชื้อฉวยโอกาส และการเข้าสู่ระยะการเป็นเอดส์ และอัตราการตายได้(Simoni,1998) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาว ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับแผนการรักษาของแพทย์

ดังนั้นการประเมินความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการที่จะประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้หลายวิธีได้แก่ จากการบอกเล่า หรือจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย การนับเม็ดยา การบันทึกการจ่ายยาของเภสัชกร การตรวจสอบยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Besch, 1995; Wright, 1993) และการติดตามการตรวจนับเม็ดยาด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ( Monitoring system or MEMS) ( Williams, 1999 ) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในระหว่างได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ดังต่อไปนี้

### การวัดความร่วมมือโดยตรง (Direct measurement of compliance)

การวัดความร่วมมือโดยตรงเป็นการวัดสิ่งที่เป็นจริงในธรรมชาติและร่วมกับการสังเกต การตรวจสอบที่เป็นเครื่องบ่งชี้ทางชีววิทยา และการวัดระดับยาในสารน้ำของร่างกาย เช่น โดยการสังเกต ร่วมกับการใช้ยาเกิดขึ้นในการใช้ยาทางหลอดเลือด หรือทางกล้ามเนื้อ หรือการสังเกต โดยตรงจากการคั่งของยา พฤติกรรมที่ไม่สัมพันธ์กับการใช้ยา หรือการได้รับการร้องขอเพื่อเหตุผลทางสุขภาพ เช่นการมาตามนัด ก็ถือว่าเป็นการวัดความร่วมมือโดยตรง

การวัดระดับยาในสารน้ำในร่างกายสามารถใช้ได้กับการใช้ยาหลายชนิด ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของยาที่ศึกษา อาจจะใช้วิธีการให้ข้อมูลแบบคุณภาพหรือ แบบปริมาณ ของยาที่มีความสำคัญสามารถบันทึกจากการแสดงออกมาหรือไม่ปรากฏออกมา เป็นการรู้ว่ายาจะแสดงออกมา อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับบางสถานการณ์ การวัดระดับยาในสารน้ำในร่างกายให้ได้อย่างรวดเร็วอาจ โดยการนับเม็ดยาหรือพฤติกรรม การรับประทานยา วิธีนี้มีประโยชน์แต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่ต้องจำ และมีความถูกต้องในข้อกำหนดของการใช้ยา ซึ่งไม่ค่อยมีประโยชน์ร่วมกับวิธีการที่ยากซับซ้อน และเสียค่าใช้จ่าย ถ้าระดับยาไม่แสดงผล หรือไม่เพียงพอกับความแตกต่างระหว่างความร่วมมือ และกลไกทางเภสัชวิทยา เช่น ใช้ประโยชน์ได้ต่ำหรือมีการผ่านการตรวจสูง สุดท้ายสามารถค้นพบความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือได้อย่างแม่นยำในการทดสอบระดับยาโดยไม่ต้องได้รับ คำอธิบายหรือให้เหตุผลในการให้ความร่วมมือ

วิธีอื่นๆ ใช้วัดความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการวัดทางชีววิทยา หรือข้อบ่งชี้ภายใน เช่น ข้อบ่งชี้การตรวจระดับยาไรโบเฟลวิน ไดจ็อกซิน ฟินอล โซเดียมโบรไมด์ ฟิโนบา บิทอล ควินินและไอโซไนอะซิด เป็นสิ่งที่จำเป็นในการบ่งชี้ร่วมกับการติดตาม ว่ายาเหล่านี้เป็นพิษหรือไม่ ในขณะที่ใช้ยาเหล่านี้ ระดับเคมีคังที่และมีประโยชน์ง่ายต่อการค้นหา และกลไกทางเภสัชวิทยาและกลไกของยาต้องมีความคล้ายๆกัน การประเมินเหล่านี้จะช่วยค้นหาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการให้คำอธิบายของยา แต่ไม่มีประโยชน์และมีข้อจำกัด สำหรับการวัดระดับยา

### การวัดความร่วมมือโดยอ้อม (Indirect measurement of compliance)

การประเมินความร่วมมือทางอ้อม ได้แก่ การสัมภาษณ์ และการติดตามการใช้ยา ติดตามผู้ป่วยว่ามีอาการทางคลินิกสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาหรือมีการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาที่เหมาะสมหรือมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่น การเพิ่มขึ้นของ กรดยูริกขณะที่กินยา ไดดาโนซิน) เหล่านี้ถือเป็นการประเมินความร่วมมือทางอ้อม โดยทั่วไปความสนใจในการ

ประเมินและการค้นหาความแม่นยำในคำรายงานของผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือ ซึ่งการใช้หลายๆ วิธีเปรียบเทียบกับคำรายงานของผู้ป่วยหรือการคาดหวังของแพทย์ หรือการพยากรณ์ในการนับเม็ดยา ระดับยาหรือ ข้อบ่งชี้ทางชีวเคมี ในสารน้ำในร่างกาย ซึ่งทั้งหมดพบว่าเกินความคาดหมายของผู้ป่วยในความร่วมมือและมีความลำบากกับแพทย์ในการคาดหวัง หรือการประเมินด้วยการติดตามการมาตามนัดและความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้รวมถึงแพทย์ผู้ซึ่งให้การรักษาได้ดีหรือมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ

จากการศึกษารายงานเปรียบเทียบโดยใช้การประเมินโดยตรงและโดยอ้อมร่วมกันในการวัดความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยรายงานและการคาดหวังของแพทย์ในความร่วมมือในการรักษานั้นมีความเหมาะสมและมีเหตุผล คัมมิง (Coming et al. อ้างใน Besch, 1995) พบว่าพยาบาลได้คาดหวังของความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่มาล้างไตจำนวน 116 คน มีความน่าเชื่อถือมากกว่าคำรายงานของผู้ป่วยหรือการประเมินทางร่างกายเพียงอย่างเดียวของผู้ป่วย (ประเมินซีรัมฟอสเฟต โปตัสเซียมและระดับการล้างไตโดยใช้น้ำหนักภายในเป็นเกณฑ์ ส่วนฟเลตเชอร์ (Fletcher et al. อ้างใน Besch, 1995) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 173 คน โดยการเปรียบเทียบ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยา และซีรัมระดับโคจิกซิน ในการวินิจฉัยผู้ป่วยพบว่า การสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในกลุ่มทางคลินิกเพราะว่าเป็นวิธีที่ง่ายกว่า ใช้เวลาน้อยกว่าการนับเม็ดยาหรือการตรวจระดับโคจิกซิน และการเตรียมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการไม่ให้ความร่วมมือมีผลอย่างไรต่อการรักษา

อย่างไรก็ตามในการนับเม็ดยาพบว่าอาจได้รับความร่วมมือเกี่ยวกับความร่วมมือเกินความเป็นจริง ซึ่งพบว่าวิธีนี้ง่ายและราคาไม่แพง แต่ขึ้นอยู่กับภาระจิตของผู้ป่วยในการนำขวดยาและไม่มีการดยามาที่คลินิก แม้ว่าจะพบว่าเงื่อนไขดังกล่าวที่พบ ไม่สามารถจะประกันว่ายานในขวดถูกนำออกไป หรือมีการเติมก่อนมาพบแพทย์ การสัมภาษณ์ หรือซักถามจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเพียงคนเดียวอาจ มีข้อเสียตรงที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง

ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น ในทางปฏิบัติการประเมินความร่วมมือนั้น ได้แก่ การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 cell counts) และการวัดปริมาณไวรัสเอชไอวี อาร์ เอ็น เอ (HIV RNA) ในปริมาณ พลาสมา 1 มิลลิเมตร หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าเอชไอวี ไวรัล โหลด (HIV viral load) เป็นดัชนีที่สำคัญในการบอกการดำเนินของโรค ได้แม่นยำกว่าการวัดปริมาณซีดีโฟร์ (CD4) หลังจากเริ่มให้ยาด้านไวรัสเอดส์ แต่มีข้อเสีย คือมีราคาในการตรวจแพง อย่างไรก็ตามการวัดระดับซีดีโฟร์ (CD4) เป็นดัชนีที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา คือช่วยในการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดการกินยาป้องกัน

การติดเชื้อมวยโอกาส ซึ่งควรจะมีการตรวจหาระดับซีดีโฟร์(CD4) อย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อจะได้ติดตามผลการรักษา หรือความร่วมมือของผู้ป่วย ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ฉะนั้น จะเห็นได้ว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี ดังนั้นในการเลือกใช้จึง ควรได้รับการพิจารณาให้เหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประเมินความร่วมมือ ในการรักษา 4 ด้าน ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การดูแลตนเองโดยทั่วไป การมา ตรวจตามนัด และ ความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการรับประทานยา และผลลัพธ์ของความร่วมมือ จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CD4) ซึ่งเป็นการประเมินความร่วมมือ ทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างไรก็ตามการประเมิน ทางอ้อมร่วมกับอาการทางร่างกายมี เครื่องบงชี้ คือ การเพิ่มของจำนวนระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) เป็นวิธีการประเมินที่ให้ความแม่นยำ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งใช้ เกณฑ์ของ ระดับ CD4 ที่ลดลง มากกว่าร้อยละ 30 จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน ระหว่างที่รับการรักษา ทั้งนี้ให้ดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ ค่าของร้อยละซีดีโฟร์ ( CD4) ร่วมด้วย ( สัญชัย และคณะ, 2546 )

### วิธีการส่งเสริมความร่วมมือ (Improving compliance )

มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความร่วมมือหลายท่าน (Anderson & Kirk, 1982;

Besch, 1995; Carr อ้างใน Kaptein, 1992) ประกอบด้วย

1. พัฒนาระบบการรอคอยพบแพทย์ให้สั้นลงหรือใช้เวลาในการรอคอยพบแพทย์ให้เร็วขึ้น

2. เพื่อนและรูปแบบในการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งจะช่วยในการสนับสนุนในการให้กำลังใจ ที่จัดให้อย่างไม่เป็นทางการ

3. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุและความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วย

4. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย หรือเขียนจดหมายชี้แนะ แนะนำเกี่ยวกับพิษของยาที่มี หรือปฏิกิริยาที่มีต่อกันของยาที่อาจมีผลต่อร่างกาย

5. บอก อธิบายเกี่ยวกับเงื่อนไขของผู้ป่วย และเหตุผลในการรักษาเสนอข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาและเหตุผลบนพื้นฐานของการใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่ายและยอมปฏิบัติ ในข้อกำหนดและสามารถจดจำในสิ่งที่บอกไป



6. ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจในค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้ความร่วมมือและความไม่ร่วมมือและขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของผู้ป่วยและจากเพื่อนในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา

7. ตรวจสอบและติดตามความร่วมมือในการมารับการปรึกษาตามนัดในแต่ละครั้ง

8. เตรียมพร้อมเสมอถึงความเป็นไปได้ต่อการเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา

9. พยายามตกลงกับผู้ป่วยสำหรับการขอความช่วยเหลือในการบำบัดรักษาหรือติดต่อกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ

10. จัดทำรายการลักษณะพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย

11. พยายามขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย

12. ให้ความรู้หรือสอน ใ้แรงจูงใจ และความเข้มแข็งของผู้ป่วยมาช่วยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

13. เคารงครัดในการปฏิบัติตามข้อกำหนดของยาและทำความเข้าใจให้ชัดเจน ไม่มีความสลับซับซ้อน

14. สอนหรือให้ความรู้ซ้ำๆ ใ้แรงจูงใจ และการจัดการกับความไม่สนใจ หรือความไม่ตั้งใจของผู้ป่วยตามสถานการณ์ อย่างต่อเนื่อง

15. ใช้การสะท้อนกลับทางบวกและการให้รางวัลสำหรับการบรรลุวัตถุประสงค์

16. ใช้ ภาษาที่เฉพาะและมีความชัดเจนและเขียนจดหมายในการสื่อสารถึงกัน

17. ใช้ทีมดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น พยาบาล แพทย์ นักโภชนาการ เภสัชกร ช่วยเหลือในการให้การปฏิบัติต่อการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย

ในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆที่ผ่านมาที่ศึกษาความร่วมมือ เช่น ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อมโรค ในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ความเจ็บป่วยความรุนแรง ลักษณะของการรักษา ความเชื่อ ทศนคติ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ หรือทีมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ต้องอาศัยวิธีการที่มีความหลากหลาย ที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือให้มีประสิทธิภาพ และมีวิธีการส่งเสริมความร่วมมือที่เชื่อว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ ในแผนการรักษาและการดูแลตนเอง และจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา นั่นคือ วิธีการสอนอย่างมีแบบแผนเพื่อใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือจึงเป็นวิธีการที่จะนำมาใช้

ส่งเสริมความร่วมมือให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้

## 2.3 แนวคิดการสอนอย่างมีแบบแผน

### 2.3.1 ความหมาย

การสอนผู้ป่วยเป็นการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ (สิริยา, 2544) ด้วยการถ่ายทอดจัดกิจกรรม จัดประสบการณ์ จัดอุปกรณ์ สร้างสถานการณ์ อบรม และแนะนำแนวทางในการเรียนรู้ (บงกช, 2532) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการพัฒนา กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทักษะปัญญา และสามารถเรียนรู้เพื่อการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำความรู้ นั้นไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองให้มากที่สุด (กุลยา, 2544) นอกจากนี้ การสอนที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยนั้น คือ การสอนอย่างมีแบบแผน ซึ่งมีโครงสร้างที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ การเตรียมการสอนจากแผนการสอน และมีการพัฒนารูปแบบการสอน การพัฒนาแผนการสอน การมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา ตลอดจนการประเมินผล การสอน ( Eggenberger & Huntley, 1999)

สรุปได้ว่า การสอนอย่างมีแบบแผน เป็นการสอนที่มีการเตรียมวางแผนในการสอน ซึ่งประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์ หรือสื่อการสอนและมีการประเมินผล และที่สำคัญในการสอนต้องมีการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนของ กระบวนการสอนดังต่อไปนี้

### 2.3.2 กระบวนการสอน

เกสส์เนอร์ (Gessner, 1989 ) กล่าวว่ากระบวนการสอนเหมือนกับกระบวนการให้การพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานมาจากรูปแบบของการแก้ปัญหา (the problem-solving model) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นประเมิน (assessment) การประเมินเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ข้อมูลที่พยาบาลจะประเมินอาจได้มาจาก ผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพ บันทึกทางการแพทย์ หรือ การบันทึกของแพทย์ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวางแผนการสอนให้ตรงกับความต้องการตามสภาพ และความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความสนใจ และมีแรงจูงใจในการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยต่อไป

ขั้นวางแผนการสอน (planning) การวางแผนการสอนเป็นผลจากการประเมินผู้ป่วย และจากการบันทึกความต้องการการเรียนรู้ แผนการสอนประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหาที่จะสอน และวิธีการที่จะสอน สื่อการสอนและการประเมินผล

การตั้งวัตถุประสงค์ จะต้องเขียนให้สามารถวัดได้ โดยมุ่งเน้นที่ผลของการเรียนรู้ของผู้เรียนมากกว่าตัวผู้สอน และวัตถุประสงค์ ต้องมีความเป็นไปได้ ในเวลาสอนที่มีอยู่อย่างจำกัด

ในส่วนของเนื้อหาที่จะสอนพยาบาลต้องแยกให้ได้ว่าเนื้อหาใดที่ผู้ป่วยต้องรู้ (must to know) ควรทราบ (useful to know) และน่าจะทราบ (nice to know) รวมทั้งทักษะ และทัศนคติใดที่มีความจำเป็นในการดูแลตนเอง สำหรับกิจกรรมการสอน ที่กำหนดไว้ในแผนการสอน ต้องเหมาะสมกับผู้เรียนหรือลักษณะการเรียนรู้ของผู้ป่วย และต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ ในส่วนของสื่อการสอนพยาบาลจะต้องระบุอุปกรณ์ และวิธีการต่างๆที่ใช้ประกอบ การเลือกสื่อการสอนต้องให้เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเรียน เนื้อหา กิจกรรมการสอน และลักษณะของผู้รับบริการสอน แผนการสอน ควรมีการกำหนดวิธีการประเมินผล ว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งวิธีการประเมินผล ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง (นที , 2541)

ขั้นตอนการดำเนินการ (implementation) เป็นขั้นตอนการนำแผนการสอนไปปฏิบัติจริง ในขณะที่สอนควรมีการประเมินเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ว่าการสอนบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสอนเมื่อพบว่าการสอนนั้นไม่มีความก้าวหน้าต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย และหากลยุทธ์ ในการสอนใดที่มีประสิทธิภาพ มีเนื้อหาที่เหมาะสม และเมื่อสอนแล้วทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้หรือไม่ ซึ่งการตอบคำถามเหล่านี้ จะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแผนการสอนให้ดียิ่งขึ้น

การประเมินผล (evaluation) มีประโยชน์ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่การประเมินกระทำได้ยากในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล ยิ่งในผู้ป่วยที่กลับบ้าน หรือแพทย์อนุญาตกลับบ้านไปแล้ว การประเมินเป็นการที่จะตัดสินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ และทักษะที่ได้รับการสอนไปว่ามีความรู้ความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

### 2.3.3 วิธีการสอน

วิธีการสอน มีหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน หรือกลุ่มเรื่องที่จะสอน เนื้อหา เวลา และสถานการณ์ ผู้สอนจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมและได้ประโยชน์มากที่สุดเพื่อการเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีโอกาสได้พบกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการที่จะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษา ในระยะเวลาที่จำกัด อาจทำให้ผู้ป่วย เกิดความไม่แน่นอนในการรักษาที่ได้รับ ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทอย่างหนึ่งที่มีหน้าที่ในการสอนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีทักษะที่เฉพาะในการดูแลตนเอง

(Seley, 1994) ยิ่งในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าวิธีการสอนเป็นสิ่งสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ และเกิดความไว้วางใจในตัวผู้สอนมากขึ้น

วิธีการที่จะนำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยในครั้งนี้คือ

การสอนเป็นรายบุคคล (Gagne and briggs, 1979 อ้างใน จิรพรรณ, 2542) เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 5 ประการคือ

1. เป็นแนวทางในการประเมินทักษะที่มีอยู่ก่อนของผู้เรียน
2. ช่วยค้นหาจุดเริ่มต้นของผู้เรียนแต่ละคนในการจัดลำดับการเรียนตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้
3. ช่วยในการใช้สื่อที่เหมาะสมกับการเรียน
4. ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนตามอัตราความสามารถของตนเองโดยไม่ต้องรอกันระหว่าง

ผู้เรียนในกลุ่ม

5. สะดวกต่อการประเมินผลและทำได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ เพื่อเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้เรียนแต่ละคน

จะเห็นว่าการสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์และสังคม ดังนั้นในการสอนผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคลมาใช้ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมไทยยังไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเปิดเผยตนเอง และนอกจากนี้ความแตกต่างในการใช้สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีวิธีการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่เฉพาะตัว ความแตกต่างของความรู้หรือประสบการณ์ และระยะความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันจึงทำให้การสอนเป็นรายบุคคล มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการที่จะสอนผู้ป่วย เพราะจะช่วยทำให้ความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่พบกันครั้งแรก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง เกิดความรู้สึกปลอดภัย เป็นส่วนตัว และเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัย หรือปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้ป่วย ทำให้ทราบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และการสอนรายบุคคลทำให้ประหยัดเวลาในการรอผู้อื่นและค่าใช้จ่าย แต่จะเป็นการสิ้นเปลืองในระยะยาวโดยเฉพาะเวลาในการให้ความรู้ผู้ป่วย ดังนั้นการนำสื่อการสอนมาช่วยในการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมในการเรียนการสอน ก่อให้เกิดความรู้

มีความเข้าใจได้รวดเร็ว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรพรรณ, 2542)

การบรรยาย

การสอนแบบบรรยายเป็นการสอนที่นิยมใช้ในอดีตถึงปัจจุบันทั้งนี้เพราะมีความสะดวก ใช้ได้ทุกโอกาสและทุกสถานที่ ซึ่งการสอนแบบบรรยายมีทั้งข้อดีและข้อเสียดังนี้ (ไพฑูริย์, 2533)

ข้อดีการสอนแบบบรรยาย

1. สามารถสอนกับผู้เรียนจำนวนมากได้เป็นการประหยัดเวลาของผู้สอน
2. ทำให้เนื้อหาน่าสนใจ
3. ผู้สอนสามารถดำเนินการคนเดียวได้
4. โอกาสที่ปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับผู้นำ เวลา และองค์ประกอบอื่นๆ

ได้ดีกว่าวิธีอื่น

5. ผู้เรียนไม่ต้องทำงานมากและรับรู้เรื่องที่เรียนตรงกันและพร้อมกัน

ข้อเสียการสอนแบบบรรยาย

1. การบรรยายไม่คำนึงถึงความแตกต่างของผู้เรียน เพราะต้องรับและรู้เรื่องเดียวกัน เวลาเดียวกัน
2. ส่งเสริมให้ผู้เรียนจด ท่องจำ มากกว่าวิธีอื่น

สื่อการสอนหมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ และเทคนิควิธีการที่บรรจุเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการออกแบบที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย รวดเร็วและเกิดการเรียนรู้ได้เร็ว โดยใช้เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ เจตคติให้กับผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรพรรณ, 2542)

ดังนั้นการใช้อุปกรณ์การสอนจะสามารถทำให้ผู้ปวยหรือผู้ที่ได้รับการสอนมีความสนใจ และเข้าใจในเรื่องที่สอนและเข้าใจมากขึ้นกว่าการฟังเฉยๆ เพราะอุปกรณ์การสอนมีอะไรแอบแฝง อยู่ในตัวของมันซึ่งจะทำให้ผู้ถูกสอน และผู้สอนรู้สึกว่าคุณต่างก็สนใจในสิ่งที่นำมาถ่ายทอดร่วมกัน นอกจากนี้ผู้ถูกสอนมักจะจดจำสิ่งที่เรียนได้มากน้อยจากสิ่งต่อไปนี้ ผู้เรียนสามารถจดจำ ร้อยละ 10 จากสิ่งที่ได้อ่าน จดจำ ร้อยละ 20 ของสิ่งที่ได้ฟัง จดจำได้ ร้อยละ 30 ของสิ่งที่เห็น จดจำได้ ร้อยละ 50 ของสิ่งที่ฟังและเห็น จดจำได้ ร้อยละ 70 ของสิ่งที่พูดเอง จดจำได้ ร้อยละ 90 ของสิ่งที่พูดในขณะที่กระทำด้วยตนเอง ( บงกช, 2532)

สื่อการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดประสงค์ในการใช้ต่าง ๆ กัน และวิธีการใช้ก็ต่างกันด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสภาพที่แตกต่างกันไป สื่อการสอนมีคุณค่าต่อการเรียนรู้ (นที, 2541) ดังนี้คือ

1. ช่วยให้การสอนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยช่วยเร้าใจให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และจูงใจให้อยากมีส่วนร่วมในกิจกรรม ถ้าผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความหมายต่อผู้รับบริการ

2. ส่งเสริมการนำเสนอเนื้อหาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และง่ายแก่การเข้าใจ โดยเฉพาะเนื้อหาที่ซับซ้อนและเป็นนามธรรม

3. ชี้นำความสนใจของผู้รับบริการไปยังจุดที่ต้องการเน้นหรือจุดที่น่าสนใจ โดยอาจใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ที่สังเกตได้ง่าย เช่น การใช้สีสะดุดตา การแลเงา การขีดเส้นใต้ การออกแบบต่างๆ ที่กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า เป็นต้น

4. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสนใจและต้องการเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ยิ่งขึ้นเกิดความสนุกไม่เบื่อหน่าย โดยอาศัยเทคนิคต่างๆ ที่ทำให้ตื่นเต้นเร้าใจ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการเกิดความอยากรู้อยากเห็น และติดตามการสอนได้ตลอดมีผลให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

5. ช่วยให้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมแก่ผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสใช้ระบบประสาทสัมผัสทั้งห้าในการเรียนรู้ เช่น ได้เห็นภาพด้วยตา ได้สัมผัสด้วยมือ และได้ฟังด้วยหู อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดความกระจ่างในสิ่งที่เรียนได้อย่างถูกต้องและกว้างขวางยิ่งขึ้นและช่วยให้การเรียนรู้เกิดความคงทน

6. ช่วยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์การเรียนรู้โดยตรงกับความพร้อม และความสนใจของผู้รับบริการ ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสนใจและต้องการเรียนรู้ เช่น ใช้สื่อรูปภาพ เทปบันทึกเสียง หรือสิ่งพิมพ์ต่างๆ

7. ช่วยประหยัดเวลา คำพูด ของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เพราะสื่อการสอนช่วยสื่อความหมายบางอย่างได้โดยไม่ต้องเสียเวลาอธิบายมาก นอกจากนี้สื่อการสอนช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจเนื้อหาหรือวิธีปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วอีกด้วย

ในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อการสอนจากการค้นคว้า เอกสาร ตำราต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้องดังต่อไปนี้

### ก. ภาพพลิก (Flip chart)

ภาพพลิก หรือภาพชุด หรือสมุดภาพ คือภาพหลายๆภาพที่ประกอบเป็นเรื่องสั้นๆ และเย็บเป็นเรื่อง เป็นชุด เรียงลำดับภาพตามเรื่องที่สอนมีเนื้อหาที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน โดยมีตัวอักษรขนาดใหญ่ที่มองเห็นได้ชัดเจนรูปภาพกับข้อความควรจัดวางได้สัดส่วนกัน (นที, 2541) และเหมาะสำหรับนำติดตัวไปสอนในที่ต่างๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปที่ละภาพแล้วอธิบาย

ข้อดี ของภาพพลิก (กิดานันท์, 2540; ยุกดี, ม.ป.ป.)

- 1 ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหา
- 2 ช่วยแสดงลำดับขั้นตอนของเนื้อหา
- 3 สามารถจัดหาได้ง่ายจากสิ่งพิมพ์ต่างๆ
- 4 ผลิตได้ง่ายและสามารถผลิตได้จำนวนมาก
- 5 เก็บรักษาได้ง่ายด้วยแผ่นภาพ

ข้อจำกัดของภาพพลิก

- 1 เหมาะสำหรับการเรียนในกลุ่มเล็ก
- 2 งานกราฟิกที่มีคุณภาพดีจำเป็นต้องใช้ช่างเทคนิคที่มีความชำนาญในการผลิต

ผู้เรียนอาจมีการแปรความหมายจากภาพแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรต่างๆจึงอาจทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่างกัน

ส่วนภาพพลิกที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอนในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสมุดแผ่นภาพขนาด 2 ฟุต X 3 ฟุต จำนวนภาพควรอยู่ระหว่าง 5-15 ภาพ ภาพพลิกแต่ละแผ่นจะประกอบด้วยตัวอย่างยาจริงของยาด้านไวรัสเอดส์ แต่ละชนิดที่แพทย์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยใส่ถุงขนาดเล็ก และปิดฉีกไว้อย่างเรียบร้อย และมีตัวหนังสือประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับชื่อยา วิธีการรับประทาน อาการข้างเคียงของยา และแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการสัมผัสจากของจริงจากภาพพลิกด้วยตา เพิ่มจากการฟังด้วยหูอย่างเดียว ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกความเข้าใจอย่างถูกต้อง ต่อการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้ ซึ่งสามารถสร้างแรงจูงใจได้ดีอีกวิธีหนึ่ง

#### ข. คู่มือการปฏิบัติตน

คู่มือการปฏิบัติตัว เป็นเอกสารสื่อการสอนอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง แต่ยังมีข้อดีและข้อเสียหลายอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับสื่อการสอนชนิดอื่นๆ ดังนี้ ( กิดานันท์ , 2540)

ข้อดี ของการใช้คู่มือ

- 1 เป็นการเรียนรู้ที่วิธีหนึ่งที่ดีที่สุด

- 2 สามารถอ่านได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล
  - 3 เหมาะที่จะใช้ในการอ้างอิงหรือทบทวน
  - 4 เหมาะสำหรับการผลิตจำนวนมาก สะดวกในการแก้ไข หรือปรับปรุงเนื้อหาใหม่
- ข้อจำกัด ในการใช้สื่อประเภทคู่มือ
- 1 ถ้าต้องการให้ได้สิ่งพิมพ์ที่ดีมีคุณภาพจำเป็นต้องลงทุนในการผลิตสูง
  - 2 บางครั้งต้องพิมพ์ใหม่เพื่อปรับปรุงข้อมูลที่ล้าสมัย
  - 3 ผู้ที่ไม่รู้หนังสือไม่สามารถอ่านให้เข้าใจได้

ดังนั้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนอย่างมีแบบแผนเนื่องจากการกำหนดแผนการสอนที่ประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่จะสอน มีอุปกรณ์การสอนและสิ่งที่ต้องเผชิญในการสอน ต้องมีเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ได้ใจความเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย ยิ่งโดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยิ่งจะต้องการความเป็นส่วนตัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง กลัวสังคมไม่ยอมรับ หวาดระแวง กลัวถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง และนอกจากนั้น การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มีความแตกต่างในสูตรยาที่ใช้ในการรักษา จึงทำให้ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคลจะเหมาะสมกว่าการสอนเป็นรายกลุ่ม พร้อมกันนั้นการใช้สื่อช่วยในการสอน เช่น ภาพพลิก และการแจกคู่มือการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยร่วมกับการสอนจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้น มีความสนใจในการรักษา และการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผน ได้นำมาใช้ในการส่งเสริมในการดูแลตนเอง (ชฎาพร, 2528 ; นพรัตน์ , 2538 ; พนิดา , 2538 ; เพียงเพ็ญ , 2533 ; หัตถยา , 2531 ) หรือ ส่งเสริมความรู้ และทัศนคติ (ปรีทรรณ , 2540; สุคนธา, 2537; สุทิศ, 2534 ; สุพรรณิ , 2538) ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรคต่างๆ เป็นการสอนรายบุคคล หรือรายกลุ่มย่อย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 8 คน 15 คน 20 คน 22 คน 25 คน หรือ 30 คน และใช้เวลาในการสอนครั้งละ 30-40 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับ การสอนตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความรู้ มีความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีการดูแลตนเอง ได้ดีเนื่องจากการสอนอย่างมีแบบแผน นั้นผู้สอนจะต้องมี การวางแผนการสอน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ มีอุปกรณ์การสอน ใช้สื่อการสอนต่างๆ เพื่อประกอบการสอน เช่น ภาพพลิก โปสเตอร์ วิดีโอ รูปจำลอง หรือของจริง นอกจากนี้ มีการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และมีการมอบหนังสือคู่มือการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยกลับไปทบทวนที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วย



เกิดความสนใจมีแรงจูงใจ มีการซักถาม ในขณะที่มีการสอน ทำให้ผู้สอนสามารถประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้อง ได้ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นระยะๆ นอกจากนี้การสอนอย่างมีแบบแผนนั้น ได้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนสอน และหลังการสอนทันที ซึ่งจากผลการศึกษา (ภาคผนวก ข) ที่ศึกษา ผลการสอนอย่างมีแบบแผน พบว่า หลังการสอนอย่างมีแบบแผนทันที ผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติต่อแผนการรักษา ได้ดีกว่า และเมื่อมีการประเมินต่อไป หลังจากการสอนไปแล้วหนึ่งเดือน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ มีพฤติกรรมดูแลตนเอง หรือมีการปรับตัว ได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการสอนตามปกติ ไม่ได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการสอน เป็นการให้คำปรึกษา แนะนำ ปัญหา หรือการปฏิบัติตัวที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถทราบปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังนั้นการนำการสอนอย่างมีแบบแผนจึงเป็นผลซึ่งนำมาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยในระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสเอสดีในครั้งนี้

นอกจากการนำการสอนอย่างมีแบบแผน มาช่วยส่งเสริมความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางปฏิบัติของการรักษา และผลที่ตามมาอย่างหนึ่งคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอน กับผู้เรียน เกิดทัศนคติที่ดี มีความพึงพอใจ มีการยอมรับตนเองต่อการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นส่วนที่ช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ มีมากมาย ซึ่งมีทั้ง ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก และที่สำคัญในการให้ความร่วมมือ นั่นคือขาดการสนับสนุนหรือขาดการกระตุ้นในการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสอนโดยทั่วไปจะเป็นการสอนที่ไม่เป็นแบบแผนและเป็นการสอนเพียงครั้งเดียว ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียดไม่มั่นใจในแผนการรักษาในสิ่งที่ได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการบอกกล่าวนั้นจะมีผลต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด ดังนั้นผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการนำกลุ่มระดับประคอง มาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา และช่วยลดความวิตกกังวล ต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาได้ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มระดับประคอง ( SUPPORT GROUPS )

กลุ่มระดับประคองเป็นการผสมกันระหว่าง 2 ทฤษฎี ด้วยกัน คือกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม (social support) และกลุ่มย่อยเล็กๆ (small group) กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมเป็นการช่วยเหลือทางด้านความรู้สึกที่จะนำไปสู่ความต้องการที่น่าพึงพอใจ (Weiss, 1974 as cited by Dreessen Kinney, Mannetter, & Carpenter, 1985) สมาชิกมีการยินยอมและยอมรับความมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับผู้อื่น ก่อให้เกิดความรักและความรู้สึกที่ยั่งยืนและเป็นเครือข่ายที่มีพันธะร่วมกัน คือการให้ความช่วยเหลือภายในกลุ่มด้วยกัน (Cobb, 1976 cited by Dreessen Kinney et al., 1985) ส่วนกลุ่มเล็กๆ หรือกลุ่มย่อย (small group) นั้นหมายถึง การรวมกลุ่มของบุคคลในการเผชิญหน้ากันเพื่อการพบปะกัน ซึ่งเป็นการพบกันนอกเหนือเวลาตามปกติ และเป็นรูปแบบที่ทำให้บรรลุมัตถุประสงค์ได้ง่าย กลุ่มระดับประคองเป็นกลุ่มหนึ่งที่ถูกจัดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม และเป็นการง่ายที่กลุ่มช่วยเหลือนั้นจะมีใครคนใดคนหนึ่งเป็นผู้จัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เพื่อให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมของกลุ่ม ได้มีผู้พยายามจัดกลุ่มและลักษณะของกลุ่มระดับประคอง แต่ละชนิดมีความแตกต่างกันเป็นจำนวนมาก และมีความแตกต่างในรายละเอียดถึงคุณค่าที่ใช้ประโยชน์ ที่รู้จัก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มแห่งความมั่นคง และกลุ่มการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร โดยทั่วไปกลุ่มระดับประคองได้ถูกนำมาใช้ในลักษณะหาความสัมพันธ์กับปัญหาหรือประสบการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งในแต่ละกลุ่มระดับประคอง ได้มีการพัฒนาขึ้นอยู่กับกลุ่มและโครงสร้างของกลุ่มถูกกำหนดขึ้นโดยสมาชิก หรือผู้ริเริ่มในการตั้งกลุ่ม ซึ่งพยาบาลสามารถนำวิธีการดังกล่าวมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ กลุ่มช่วยเหลือนี้จึงเป็นพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม จัดตั้งขึ้นอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้รับบริการ และจัดให้โดยตรงเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างอิสระ ในทางการพยาบาล

สำหรับกลุ่มระดับประคอง ที่เป็นกลุ่มย่อยมารวมกลุ่มกันโดยผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพ เช่น หัวหน้าพยาบาล เช่น ในขั้นต้นเป็นการตั้งขึ้นในรูปแบบเพื่อความมั่นคงในจิตใจหรือความต้องการการมีคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการของการอภิปรายกลุ่ม พยาบาลอายุที่อ่อนกว่าและมีประสบการณ์น้อยกว่า สามารถเรียนรู้ทักษะและได้องค์ความรู้ใหม่ๆ จากสมาชิกในกลุ่ม

## การเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม (Group dynamic)

ลูมิส (Loomis, 1979 cited by Dreessen Kinney et al., 1985) ได้อธิบายถึงปัจจัย 6 ข้อที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มระดับประคอง

1. การให้ข้อมูลข่าวสารโดยการสอน (imparting of information) เป็นการสอนหรือการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลข่าวสาร เป็นการค้นหาปัญหาหรือค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้รักษา และมีการส่งเสริมในการเผชิญปัญหาผ่านทางกลุ่มช่วยเหลือและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันภายในกลุ่ม
2. การมีความรู้อย่างกว้างขวางที่ได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั่วไปตามปกติ และแสดงถึงความมีคุณค่าและการยอมรับในบุคคลอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีการอภิปรายกลุ่มในการพบปะกันในแต่ละครั้ง เป็นการสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูและการทำให้ประสบผลสำเร็จทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ดังนั้นการอภิปรายกลุ่มจึงเป็นการจัดให้บุคคลที่ป่วยเรื้อรัง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และกลุ่มสามารถส่งเสริมการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาที่ผ่านมากับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนถึงความเจ็บป่วยที่เหมือนกัน
3. ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันหรือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นความรักที่ยั่งยืนและต้องการการยอมรับ การมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ การค้นหาปัญหา และการคงไว้ซึ่งความหวัง จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน
4. พยายามให้การซึมซับของความหวัง เป็นความรู้สึกในแง่ดี ซึ่งจะปรากฏในกลุ่มช่วยเหลือเมื่อไรที่แต่ละคนได้พบเห็นความสำเร็จของผู้อื่นในการแก้ปัญหา เช่น ความกลัว ความโกรธ และการแยกตัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขประสบผลสำเร็จ ซึ่งในการแก้ปัญหานี้อาจเกิดจากสมาชิกในกลุ่มช่วยกัน
5. มีหลักในการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอันดับแรก การได้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยท่าทางที่ไม่เห็นแก่ตัว จะปรากฏขึ้นในกลุ่มช่วยเหลือ เมื่อบุคคลแต่ละคนมีจิตสำนึกว่าพวกเขาทั้งหลายได้เสนอบางสิ่งบางอย่างให้แก่สมาชิกในกลุ่ม
6. ปัจจัยภายในที่มีผลต่อการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่น ๆ อาจจะเป็นปัจจัยที่ได้รับมาก่อน ทักษะการเผชิญใหม่ๆ วิธีการแก้ปัญหา ข้อคิดเห็นและทัศนคติเป็นประสบการณ์ที่เข้ามามีส่วนร่วมที่มีอยู่ในพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ปัจจัยภายในต่อการเรียนรู้ที่จะปรากฏขึ้น เช่นสิ่งที่ได้จากกลุ่มคือการบริหารจัดการความเครียด การส่งเสริมทักษะการเผชิญ การเตรียมการสอนทางสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติในการจัดกลุ่มระดับประคอง

ก่อนที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มระดับคอง มีปัจจัยหลายประการที่จะต้องพิจารณา ว่าใครเป็นผู้นำกลุ่ม จะทำอะไรให้กลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด และกลุ่มจะเปิดเผยอะไร แผนของกลุ่มมีความจำเป็นซึ่งอาจรวมถึงระยะเวลา ความบ่อยในการจัดกลุ่ม และระยะเวลาในการพบปะกันของกลุ่ม สถานที่ที่จะจัดกลุ่มมีส่วนร่วมเข้านำมาในการพิจารณา โดยเฉพาะความเจ็บป่วย การเดินทางบางครั้งควรจะได้รับพิจารณาด้วย พยายามหาสถานที่ที่จะช่วยผู้รับบริการประเมิน ความไม่เป็นอิสระเหล่านี้ โดยการถามคำถามเช่น ท่านรู้สึกที่ท่านกำลังได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือหรือไม่ การตัดสินใจอย่างเหมาะสม กลุ่มระดับประคองสามารถเป็นตัวประสานระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลในเรื่องความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้รับบริการที่จะต้องได้รับการตัดสินใจและให้ความช่วยเหลือ

ระยะเวลา (Timing) กลุ่มระดับประคองจะมีประโยชน์ อยู่ในระยะส่งต่อ ซึ่งเป็นระยะของการตัดสินใจ ในวิถีชีวิตใหม่ ที่ได้รับการหยุดโดยภาวะวิกฤติหรือการสูญเสีย การปฏิสัมพันธ์ตัวต่อตัวเป็นผลผลิตในระยะวิกฤติ เมื่อระยะวิกฤติผ่านไป หรือเมื่อความพร้อมยังคงอยู่ กระบวนการตัดสินใจจึงเริ่มต้นขึ้น ซึ่งในระหว่างนี้กลุ่มช่วยเหลือ จะมีความเหมาะสมที่สุด (Dreessen Kinney et al., 1985) นอกจากนี้กลุ่มระดับประคองทั้งหมดมีข้อจำกัดในการพบปะกันอยู่ในช่วงระยะเวลาตามปกติ 6-8 สัปดาห์ และระยะเวลาในการพบปะกันในแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 90 นาทีซึ่งถือว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพในการทำกลุ่ม ส่วนสมาชิกภายในกลุ่มที่เหมาะสมในการตั้งกลุ่มควรมีประมาณ 8-12 คน หรืออาจจะน้อยกว่า 8 คนในการจัดตั้งกลุ่มครั้งแรก แต่ถ้าน้อยเกินไปอาจทำให้การดำเนินกลุ่มขาดประสิทธิภาพ แต่ถ้าสมาชิกกลุ่มมากกว่า 12 คน ผลจะทำให้การดำเนินกลุ่มไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยๆ อาจทำให้การทำกลุ่มไม่มีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากอาจจะไม่เกิดความเป็นพวกเดียวกันหรือความสามัคคีภายในกลุ่มขึ้นได้ (Barry, 1996)

ผู้นำกลุ่ม (Group Leadership) ลักษณะผู้นำกลุ่มสามารถเป็นทั้งมีแบบแผนมากกว่าไม่มีแบบแผน วิธีการที่ไม่เป็นแบบแผน ปรากฏในการเข้ากลุ่มระดับประคอง เมื่อมีแบบแผนกลุ่มระดับประคอง จะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก เมื่อการพบปะกันโดยตรงและมีแบบแผนที่เคยใช้ผู้นำกลุ่มจะใช้รูปแบบการให้ข้อมูล มีวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่มากกว่าการเป็นคนส่งเสริม วัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้กระบวนการกลุ่มประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหาปัญหาและให้การช่วยเหลือบุคคล

อื่นๆ ดังนั้นความต้องการของกลุ่ม กลับกลายเป็นทางเลือกหนึ่งของการจัดการในระบบให้การดูแลที่ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ อาจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ หรือบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจัดเตรียมขึ้นมาก่อน อาจจะมีคนเดียวหรือมากกว่า ในระยะเริ่มต้นในการเป็นผู้นำกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งในบางครั้งมีประโยชน์ ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ขายหรือผู้หญิงเป็นผู้นำกลุ่มก็ได้ ผู้นำกลุ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประชุมในแต่ละครั้ง

#### กระบวนการกลุ่ม (Group process)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์ร่วมกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลและหรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิดหรืออารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา (สมพร, 2544) กระบวนการกลุ่มควรมีความตระหนักในเรื่องต่อไปนี้

การเป็นผู้นำกลุ่ม จะต้องมีการส่งเสริมโดยการให้กลุ่มมีการผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีบรรยากาศของกลุ่มระดับประคองช่วยเหลือ ที่สามารถจัดให้กับสมาชิกในกลุ่ม มีความชัดเจนของกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก และประสบการณ์ และมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มอื่นๆ

รูปแบบของกลุ่ม ระยะแรก จะเป็นระยะของการแนะนำสมาชิก ซึ่งแต่ละคนมองหาและแสดง การยอมรับหรือเห็นด้วย ภายในกลุ่ม ต่อไป ระยะต่อไป คือ ระยะที่ 2 สมาชิกมีการค้นหาว่าใครเป็นคนสำคัญในกลุ่ม ใครเป็นคนควบคุมกลุ่ม ใครมีอำนาจในกลุ่ม ระยะที่ 3 ของรูปแบบกลุ่ม คือความเป็นพวกเดียวกันที่ปรากฏออกมา เป็นระยะที่มีการช่วยเหลือปรากฏขึ้น หลังจากระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะของการดำเนินงานของกลุ่มที่เกิดขึ้น ระยะสุดท้ายเป็นระยะของการสิ้นสุดของกลุ่มซึ่งจะปรากฏหลังจากระยะดำเนินงานเสร็จสมบูรณ์

โครงสร้างของกลุ่ม ( Structure of the Group ) โครงสร้างของกลุ่มระดับประคองมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการการส่งเสริมของสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ ไม่มีการแนะแนวให้เห็นเป็นรูปธรรม สำหรับแบบแผนหรือรูปแบบของกลุ่มระดับประคองที่พบ ในการทบทวนวรรณกรรม ผู้แต่งทั้งหมด ตกลงว่าสมาชิกในกลุ่มต้องมีความคล้ายคลึงกัน ที่มีการแสดงออกถึงความเฉพาะของความเจ็บป่วยหรือ สถานะที่จำเป็นสำหรับจะให้กลุ่มช่วยเหลือ เช่นกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยใกล้ตาย กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยโรคเอส แอล อี สมาชิกของกลุ่มระดับประคองประกอบด้วยปัญหาธรรมดาทั่วไป ของแต่ละบุคคล ของสมาชิกในครอบครัว

เพื่อน กลุ่มระดับประคอง สมาชิกอาจมีการจำกัดหรืออาจไม่จำกัดสมาชิก ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม หรือ วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

### ประโยชน์ของกลุ่ม

ประโยชน์อันเกิด จากการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิก (Murray, & Huelskoetter, 1991) คือ ประสิทธิภาพกลุ่มใช้ในการป้องกันในระยะแรกของการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดให้ความสัมพันธ์กันในการตกเตียง พุดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึกและการทำงานที่เป็นปัญหา ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างกว้างขวาง ในการยอมรับตนเอง สถานะของชีวิต และบุคคลอื่นๆ มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาเพราะว่า มีแหล่งที่มีการสะท้อนกลับ เช่นกลุ่มที่พบกันในโรงพยาบาล ในโรงเรียน โบสถ์ คลินิก ชุมชน ศูนย์ต่างๆ และร้านขายของ และมีสถานที่อีกหลายแห่งที่กลุ่มมีการพบปะกัน และมีการพุดคุยเผชิญหน้ากัน นอกเวลา เช่นพยาบาล 1 คน มีหน้าที่ทำงานกับกลุ่มเป็นผู้ดูแลสุขภาพ และสามารถปรับตัวกับประชาชนได้เช่นเดียวกับ กลุ่มผู้รับบริการที่มีความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ บางกลุ่มอาจประกอบด้วยนักวิชาชีพเป็นสมาชิกอยู่ในทีมและผู้ดูแลสุขภาพอื่นๆ กลุ่มอื่นอาจจะรวมครอบครัว ของผู้รับบริการ กลุ่มเหล่านี้จะมีลักษณะเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีความแตกต่างในด้านโครงสร้างทีมในการพุดคุยปัญหา กัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือ พบกันใน 1 สัปดาห์ หรือ 1 วัน สำหรับผู้รับบริการได้มีการพุดคุยร่วมกันกับครอบครัว หรืออาจจะพุดคุยถึงจุดใดจุดหนึ่ง ที่ผู้รับบริการต้องการพุดถึงกิจกรรมในแต่ละวัน กลุ่มจัดขึ้นสำหรับให้ผู้รับบริการมีความตระหนัก ในเรื่อง ความรับผิดชอบ การฝึกให้ไวต่อความรู้สึก ความรู้สึกต่อความตระหนัก การสร้างทีม หรือเกสตอลท์ กลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มสำหรับ บุคคลผู้ซึ่งมีหน้าที่ธรรมดาตามปกติ แต่ บุคคลต้องการส่งเสริมความสามารถของเขาสำหรับในการดำเนินชีวิตและเพิ่มความรู้สึก รับรู้ ความไวต่อสิ่งอื่นๆ เช่น ในกลุ่มผู้นำจะมีการปฏิบัติในการเป็นผู้ประสานงานให้มีความสำเร็จ เกิดความปลอดภัย และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการเปิดเผย และมีการแสดงความรู้สึกภายใน มีความยืดหยุ่น มีการปฏิสัมพันธ์ที่จริงใจ ระหว่างบุคคล

กลุ่มประคองจะเป็นการเน้นถึงความมีพลังอำนาจภายในตัวบุคคล ด้วยสมาชิกเองและขึ้นอยู่กับความแตกต่างของกลุ่มแต่ละชนิด เช่นกลุ่มประสิทธิภาพของพ่อแม่ กลุ่มผู้ติดยาเรื้อรัง กลุ่มลดน้ำหนัก กลุ่มพักฟื้น กลุ่มของครอบครัวที่ปราศจากคนช่วยเหลือ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ เป็นกลุ่มที่มีความกังวลเกี่ยวกับความล้มเหลวในสิ่งแวดล้อม และระบบของสังคม ดังนั้น กลุ่มต้องช่วยเหลือกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในด้านบวกและมีขอบเขตรวมไปถึงการมี ความรู้ และความเป็นจริงในสถานะของความเจ็บป่วย และการค้นหา

แนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการดำเนินชีวิต มีแรงจูงใจ และช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ มีการสะท้อนกลับและมีการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น และคุณภาพทั้งหมดที่ได้จากการเข้ากลุ่ม พยาบาลสามารถสามารถเรียนรู้และมีการแลกเปลี่ยนจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ โดยมีการช่วยเหลือจากสมาชิก และจากผู้นำกลุ่ม โดยมีพุดคุย ชักถาม ให้คำปรึกษา และให้ความรู้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

ประสบการณ์กลุ่มมีประโยชน์ในระยะทุติยภูมิและตติยภูมิ ในการป้องกัน การเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ ความเจ็บปวดที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ด้านจิตใจอีกหลายอย่างเช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว และภาวะที่ถูกแยกออกจากบุคคลอื่น แต่ก่อน ประสบการณ์กลุ่มใช้ในการจัดให้ผู้รับบริการเหล่านี้ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการเยียวยาและการเจริญเติบโต ในกลุ่มที่มีปัญหา ด้านจิตใจอย่างรุนแรง บุคคลจะมีความสัมพันธ์ในการพบปะกันบ่อย ซึ่งใช้เวลา เป็นชั่วโมง เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ยาลอม (Yalom cited by Murray, & Huelskoetter, 1991) กล่าวว่า การใช้กลุ่ม ประคับประคอง ควรจะนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่พักอยู่ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่มีแรงจูงใจ มีความเจ็บป่วยที่ต่างชนิดกัน และมีเวลาน้อยในการคิดแก้ปัญหา ต่อไปในอนาคต ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ อาจจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในกลุ่มตามปกติ เพราะประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาของแต่ละบุคคล ระดับความวิตกกังวลสูง มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องเหมาะสม ขาดความช่วยเหลือจากสังคม หรือขาดทักษะการมีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่ม

ดังนั้นในการใช้กระบวนการกลุ่ม จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ศึกษาถึงผลการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีมากมาย แต่ไม่ได้วัดพฤติกรรมความร่วมมือโดยตรง แต่ใช้ดัชนีชีวิตอื่นๆ ต่างๆ กัน เช่น การปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (นงนุช, 2540) ความสามารถในการดูแลตนเอง (จารุณี, 2542 ; ไปรยทิพย์, 2541) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง (ดรุณี และคณะ, 2539) หรือมีความรู้ เจตคติและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (กมลวรรณ, 2541; ทศนีย์, 2535) ความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ( นันทา, 2540) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเพราะกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่คล้ายๆ กันหรือในกลุ่มโรคเดียวกัน ได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่ตนเองพบและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ผลเป็นอย่างไร หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไข

สมาชิกในกลุ่มก็จะได้แสดงความคิดเห็น หรือเสนอแนะ แนวทางแก้ไข หรือประสบการณ์ของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนกัน แล้วสมาชิกในกลุ่มนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่คิดว่ามีโอกาสเป็นไปได้มากที่สุด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความสามารถในการคิดแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นที่มีปัญหาเหมือนกับตนได้ ก่อให้เกิดการยอมรับนับถือในสมาชิกด้วยกัน ยอมรับความคิดเห็น ผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจกัน ช่วยกันสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน ในการที่จะเผชิญปัญหาลดความวิตกกังวล มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวว่าตนเองต้องเผชิญปัญหาแต่เพียงผู้เดียว มีความหวังและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี แต่ที่สำคัญนั่นคือเมื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการศึกษาในการจัดกระบวนการกลุ่มพบว่า ในการเข้ากระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต้องมีการจัดกลุ่มกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเฉลี่ยอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป มีสมาชิกในกลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน 15 คน 18 คน 20 คน 22 คน หรือ 30 คน และใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที สื่อที่ใช้ในการประกอบในการเข้ากระบวนการกลุ่มมีหลากหลาย เช่น แผนการใช้กระบวนการกลุ่ม วิดีโอ สไลด์ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง และมีการประเมินผลหลังการเข้ากระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีครั้งเดียวหรือหลายครั้ง พบว่า ได้รับประสพผลสำเร็จในการส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมอันพึงประสงค์ ได้จากการเข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือ ดังนั้นการใช้กลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะนำมาซึ่งการศึกษาในครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสอนอย่างมีแบบแผนมาช่วยในการให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะการที่ผู้ป่วยตัดสินใจรับประทานยานั้นเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการแสดงถึงความแน่วแน่ในการยึดมั่นในข้อกำหนดต่างๆ ของการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งมีปัจจัยมากมายในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติ อันเนื่องมาจาก รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยเงินจำนวนมากในการสั่งซื้อยาต้านไวรัสเอดส์จากต่างประเทศ หรือต้องใช้งบประมาณในการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นอีกทั้งมีผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวผู้ป่วยด้วย เพราะการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จะมีผลทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น และเชื้อเอชไอวีจะมีการปรับตัวคือต่อยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผล และนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นเข้าสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น มีโรคแทรกซ้อนโอกาสเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ยั่งยืน มีชีวิตสั้นลง ยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวด้วยแล้ว จะทำให้ชีวิตครอบครัวไม่มั่นคง ชาติที่พึ่ง เป็นปัญหาของ



สังคมในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าการสอนอย่างมีแบบแผน เป็นวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ดี เกิดทัศนคติที่ดีในการที่จะปฏิบัติตามในข้อกำหนดในการรักษาด้วยยา และมีความตระหนักในการที่จะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากโดยทั่วไป การสอนหรือการให้คำแนะนำผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นการสอนที่ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีระบบการประเมิน ทำให้เกิดปัญหาตามมา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควรจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำกลุ่มระดับประถมศึกษาเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยมีความเชื่อว่า วิธีนี้จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้ เพราะกลุ่มระดับประถมศึกษา เป็นระบบสนับสนุนทางสังคมวิธีหนึ่งที่จะช่วยเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตนเองและจากเพื่อนๆภายในกลุ่ม สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดขึ้น ในระหว่างการรับประทานยา และสามารถดูแลตนเองให้ผ่านพ้นวิกฤตต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เป็นแรงจูงใจ เป็นแหล่งของการสร้างพลังในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น และเกิดความรู้สึกภูมิใจหรือรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดความรัก ความสามัคคี และเกิดความพึงพอใจในการที่จะต่อสู้อุปสรรคต่างๆ เกิดความมุ่งมั่นในการที่จะรักษาตามแผนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ต่อไป