



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและ
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
**Effect of Self-Management Promoting Program on Drug Adherence and
Transmission-Based Precaution Among Patients
with HIV/AIDS-TB Coinfection**

วิชรา เสวกพรหม

Witchara Sawakeprom

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานและ
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

ผู้เขียน นางสาววิชรา เสวกพรหม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา) ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต) กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
 กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)
 กรรมการ (ดร.มาริสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่องวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาววิชรา เสวกพรหม)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาววิชรา เสวกพรหม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

ผู้เขียน นางสาววิชรา เสวกพรหม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ และมีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สูตริยาที่ได้รับและระดับภูมิคุ้มกัน(CD4) โดยจัดให้ผู้ป่วย 20 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 20 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนาน 6 สัปดาห์ โปรแกรมนี้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมการสะท้อนคิด การให้ความรู้รายบุคคล ให้คำปรึกษา การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ ภาพพลิกการ์ตูน แผนการให้ความรู้และแบบประเมิน คู่มือการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการจัดการตนเอง สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสม่ำเสมอ และการสาธิต ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และแบบประเมินความรู้ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หาความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .80 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หาความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82 และแบบประเมินความรู้ หาความเที่ยง โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง ได้แก่สถิติพรีดแมน และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติวิลคอกซ์ซอน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติแมนนวิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสัปดาห์ที่ 2 ($p < .01$) และสัปดาห์ที่ 6 ($p < .01$)
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 2 ($p < .01$) และสัปดาห์ที่ 6 ($p < .01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้น และประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทั้งสองด้านดังกล่าว กับผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและติดตามหลังจำหน่ายต่อไป

Thesis Title	Effect of Self-Management Promoting Program on Drug Adherence and Transmission-Based Precautions in HIV/AIDS Coinfection Patients
Author	Miss Witchara Sawakeprom
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a self-management promoting program (SM program) on drug adherence and transmission-based precautions in patients with HIV/AIDS-TB coinfection. Forty subjects were purposively selected from one hospital in southern Thailand who were similar in gender, age, education, medication received and CD4 count. The first 20 patients were assigned to the control group, and received usual care, and the other 20 patients were assigned to the experimental group, and received six weeks SM program including reflection, individual education, counseling sessions, drug adherence and transmission-based precaution behaviors goal setting and action planning, and follow-up. The experimental instruments included: a teaching plan for education session, a booklet, a goal achievement form, a power point, presentation a model case and a demonstration. The instruments for data collection included: a demographic data questionnaire, a drug adherence questionnaire, a transmission-based precaution questionnaire and a prior knowledge questionnaire. All study instruments used content validity, which was assessed by 3 experts, and the reliability was evaluated using test-retest (.80) Cronbach's alpha coefficient (alpha = .82) and Kuder-Richardson 20 (r = .81) The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics such as Friedman test, Wilcoxon Signed Rank test and Man Whitney U to test the difference.

The results showed that

1. The subjects in the experimental group significantly improved their drug adherence and transmission-based precautions after participating in the SM program both at week 2 and week 6 ($p < .01$)

2. The mean total score of drug adherence and transmission-based precautions after participating in the self-management promoting program at week 2 ($p < .01$) and week 6 ($p < .01$) was significantly higher than that of the control group

3. The mean total score of transmission-based precautions after participating in the self-management promoting program at week 2 ($p < .01$) and week 6 ($p < .01$) was significantly higher than that of the control group

The results of this study indicate that the program can improve the drug adherence and transmission-based precaution in these patients with good compliance. Therefore, nurses should implement this program in their practice in order to promote these behaviors among HIV/AIDS-TB coinfection patients both during hospitalization and during follow up after discharge.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านในการตรวจสอบให้ข้อคิดเห็นและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2554 ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีน้ำใจ ใจกว้างใจ เสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกพิเศษอายุรกรรม 4 และ 5 และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหญิงและชาย ที่สนับสนุนเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ และเก็บข้อมูล รวมทั้งขอบคุณเพื่อนร่วมงาน หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 4 และ 5 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ชาย น้องชาย น้องสาว และหลานๆ ตลอดจนญาติพี่น้อง ทุกๆ ท่านที่มอบความรักความห่วงใย ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

วิชรา เสวกพรหม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม.....	13
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม	20
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรคร่วมของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	28
การจัดการตนเองของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม.....	31
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและ	
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม.....	35
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	53
ผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	80
เอกสารอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	95
ก. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	96
ข. ไบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	98
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	100
ง. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง.....	106
จ. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	127
ฉ. ตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	129
ช. ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	134
ประวัติผู้เขียน.....	135

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 40).....	55
2	จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปทางคลินิกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วย (N = 40).....	57
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ รายได้ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการติดเชื้อ และผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันด้วยสถิติที่ (N = 40).....	58
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	61
5	เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Friedman test.....	61
6	เปรียบเทียบรายคู่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test.....	62
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Friedman test.....	63
8	เปรียบเทียบรายคู่ คะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann- Whitney U test.....	64
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม.....	66
10	เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Friedman test.....	66

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
11	เปรียบเทียบรายคู่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณ โรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test.....	67
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณ โรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Friedman test.....	68
13	เปรียบเทียบรายคู่ คะแนนเฉลี่ยของอันดับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณ โรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann- Whitney U test.....	68
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ตามเป้าหมาย (N = 40).....	70
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ตามเป้าหมาย (N=40).....	71

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	50
3	กราฟเส้นค่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ ตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ละช่วงเวลา แตกต่างกัน.....	64
4	กราฟเส้นคะแนนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ เป็นวัณโรคปอด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน.....	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค ถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่มีความสำคัญ และยิ่งติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และเป็นวัณโรคร่วมด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทวีคูณ รายงานล่าสุด ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) พบจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดในประเทศไทย ร้อยละ 29 และมีรายงานจากเวชสถิติโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ (2554-2555) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด จำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากจำนวน 87 ราย เป็น 102 ราย จากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปัญหาย่อมมากขึ้นตามลำดับ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ร่างกายอ่อนแอติดเชื้อได้ง่ายขึ้น หายใจเหนื่อยหอบ ต้องนอนพักรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีความรุนแรงที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 12 (นิธิพัฒน์, 2552) ส่วนทางด้านจิตใจและสังคม พบว่าการเป็นสองโรคทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หดหู่กำลังใจ นำไปสู่การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้การรักษาล้มเหลว รวมทั้งเมื่อเกิดปัญหาการคือยาตามมา ต้องใช้ยาหลายตัวรวมกัน การรักษามีความยุ่งยาก ส่งผลทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นจากรายละกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายยิ่งเพิ่มขึ้น (พัฒนา, ศักรินทร์, ศรีธยา, และอนงค์พร, 2548) จากรายงานเวชสถิติโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ (พ.ศ. 2555-2556) พบค่าใช้จ่ายมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากจำนวน 2,782,711 บาท เป็น 2,704,534 บาท ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรคนี้จึงต้องการการดูแลที่เข้มงวด

หลักการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมในปัจจุบันนั้น ยึดแนวทาง เช่นเดียวกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยระบบการบริหารยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงหรือดอทส์ (Directly Observed Treatment Short course: DOTS) (นัคดา, 2551; พันธุ์ชัย, 2551) โดยในกรณีที่มีระดับภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (cells/mm^3) และไม่มีอาการเอดส์จะให้การรักษาวัณโรคก่อน เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาวัณโรคและยาด้านไวรัส ซึ่งวิธีการแบบดอทส์ (DOTS) นั้น โดยทั่วไปจะใช้สูตรมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกและโครงการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งการรักษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเข้มข้น (intensive phase) ผู้ป่วยจะได้รับยา 4 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (isoniazid) ริแฟมพิซิน (rifampicin) ไพราซินามิด (pyrazinamide) และ อีแทมบูทอล (ethambutol) วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 2 เดือนและ 2) ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) ผู้ป่วยจะได้รับยา 2 ชนิด

ร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (isoniazid) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 เดือน (WHO, 2010) อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การรักษาได้ผลตามเป้าหมาย โรงพยาบาลบางแห่งจะมีนโยบายรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคปอดรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อการกำกับดูแลและติดตามการรับประทานยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงโดยพยาบาลซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในห้องหรือสถานที่ที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ (ยุทธชัย, 2550)

การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเอชไอวี/เอดส์และวัณโรค โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวซึ่งพบว่าสาเหตุที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอมีหลายปัจจัย ปัจจัยหลักที่สำคัญมาจากตัวผู้ป่วย เช่น ไม่มีความรู้ขาดความมั่นใจและขาดความตระหนัก (Tulatong, 2004) รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจ และการสนับสนุน (Molassiotis et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยมักจะมีวินัยในการรับประทานยาน้อยลงเนื่องจากเมื่อมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยคิดว่าหายจากโรคแล้วมักจะกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมๆคือหยุดรับประทานยา หรือ มีความกลัว ไม่มั่นใจว่าหากรับประทานยาให้ผู้อื่นเห็นจะทำให้สังคมรังเกียจกลัวถูกตีตราทางสังคม ทำให้การรักษาล้มเหลวตามมา (ประณีต, ประนอม, และพัชรี, 2549) รวมถึงความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ (Uldall, Palmer, Whetten, & Mellins, 2004) เป็นต้นและจากการศึกษาที่ผ่านมามีสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยานั้นคือไม่มีเวลาและลืมรับประทานยา (สุกรินทร์, 2548; มณีรัตน์, 2548 และเสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ณ สถาบันบำราศนราดูร ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยมารับยามีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 71.3 โดยพบพฤติกรรมการลืมรับประทานยาร้อยละ 47.8 ความถี่และการรับประทานยาความคลาดเคลื่อนสูงถึงร้อยละ 40-100 (กนกพร, วิไลวรรณ, และปิยนุช, 2547) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกรินทร์ (2548) ที่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 48.5 และเสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต (2549) ที่พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 66.1 รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอชไอวีในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่าความสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ (จุฑาภรณ์, ชนรรจ์, อรอนงค์, และเบญจพร, 2555) ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม จึงจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลช่วงสองสัปดาห์แรก

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และเป็นวัณโรคร่วมด้วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปฏิบัติเช่นเดียวกับการเป็นวัณโรคอย่างเดียวยังซึ่งในการป้องกันการแพร่กระจายเชื่อนั้นมีความสำคัญสำคัญอย่างยิ่งแต่จากการศึกษาที่ผ่านมามีผู้ป่วยมักมารับการรักษา

ไม่ต่อเนื่องและมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (เพ็ญศรีและพรศักดิ์, 2546; Chan-Yeung, et al., 2006) ดังการศึกษาของเซ็งทอลเฮริท เม็งและแตง (Cheng, Tolhurst, Meng, & Tang, 2005) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยยังมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการทำลายเสมหะ การไม่ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ขณะไอจาม และร้อยละ 30 ไม่มีความรู้เรื่องวัณโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของชิรวัฒน์และศรีมงคล (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย ที่มารับบริการ ที่ศูนย์วัณโรคเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องวัณโรคและ ร้อยละ 90 ไม่ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะไอจาม และกำจัดเสมหะไม่ถูกวิธีและการศึกษาของปิยวัฒน์ (2552) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 55 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและร้อยละ 45 ดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็น วัณโรคไม่ถูกต้อง ในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การปิดปากปิดจมูกขณะไอจาม และ การกำจัดเสมหะ หากไม่มีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เชื้อวัณโรคคือยาและเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดได้ (Chan-Yeung et al., 2006) จะส่งผลให้การควบคุมวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จเป็นเหตุให้มีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพื่อรักษาทั้งสองโรคยังมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับความสำเร็จในการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่าง ร้อยละ 80-94.9 ก็ยังมีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 และหากผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอใน การรับประทานยาน้อยกว่า ร้อยละ 80 จะพบความล้มเหลวในการรักษาสูงถึงร้อยละ 80 (จุฑาภรณ์, ธนรรจ์, อรอนงค์, และเบญจพร, 2555) ซึ่งถือเป็นการพยากรณ์ความสำเร็จในการรักษาในระยะยาว ของผู้ป่วย ดังนั้นการรับประทานยาจึงมีความสำคัญมากในการรักษาทั้งสองโรค หากผู้ป่วยมีวินัย ในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ร่วมกับการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรู้จัก วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้หายจากวัณโรคได้และไม่กลับเป็น ซ้ำ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (CDC, 2010)

จากการศึกษาปรากฏการณ์การดูแลและสถานการณ์ผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรคของ ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอสูง เนื่องจากการเป็นสอง โรคนี้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาในคราวเดียวกันจำนวนมากทำให้ความสม่ำเสมอการรับประทานยา อาจลดลงได้ ดังนั้นการส่งเสริมการรับประทานยาทั้งสองโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วัณโรค ด้วยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมความสม่ำเสมอใน การรับประทานยา ดังที่มีผู้เสนอแนะว่ากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา ต้องอาศัย 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม

3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวก และ 5) การติดตามผู้ป่วย (ยุทธชัย, รัตติยา, เพ็ญศิริ, บุญรอด, ดวงใจ, และพัชรี, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า การเพิ่มความตระหนักรู้ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เป็นเรื่องที่สำคัญของผู้ป่วย และต้องอาศัยวิธีการในการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยต้องมีการกำกับและติดตามตนเอง ในเรื่องการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระยะรักษาอย่างต่อเนื่อง (ฐาณิชญาณ์, 2553; ประνομ, 2551) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (มาลินี, เกียรติจักร, และสายฝน, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานยา พบว่าส่วนใหญ่ นำเอาแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหานำสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น โดยเน้นว่าการปรับพฤติกรรมต้องมาจากความตระหนักของคนๆ นั้น และต้องอาศัยการเสริมแรงเพื่อจะทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะเพื่อจะนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น (Kanfer & Gaerick-Buys, 1991) เช่น การศึกษาของฐาณิชญาณ์ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของวรรณิภาและบำเพ็ญจิต (2555) หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการศึกษาทั้งสองเรื่องเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เพียงโรคเดียวและยังไม่ได้ครอบคลุมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วมหรือมีสองโรคในคนเดียวกัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งในด้านการรับประทานยาเพื่อการรักษาทั้งสองโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัน โรคไปพร้อมกัน มีเพียงการศึกษาของสมพร, นำอ้อย, และวารินทร์ (2551) ที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วมในเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษา จำนวน 30 ราย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วม มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและมีผลการรักษาในทางบวก คือหาย 19 ราย รับประทานยาครบ 9 ราย และขาดยา 2 ราย แต่ยังพบจุดอ่อนของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว และไม่ได้มีจุดเน้นของการเตรียมผู้ป่วยที่เป็นสองโรคนี้อย่างแท้จริงตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สำคัญ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกแนวทางการจัดการตนเอง ของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเกิดความตระหนักต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคร่วมโดยอาศัยกระบวนการกำกับตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านนี้ จะช่วยเพิ่มความตระหนักและความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม นำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป โดยให้ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาด้วยตนเอง การเสริมแรง การกำกับติดตามตนเอง ระหว่างการรักษาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งยังต้องการการทดสอบองค์ความรู้นี้ โดยการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะเวลาทดลองที่แตกต่างกันระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 6
2. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรม และเป็นหลักในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลคนนั้น ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยการเสริมแรงที่จะทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยอาศัยกระบวนการกำกับตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)

ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมต่อเนื่อง เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม นำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาทั้งสองโรคคือ ยาต้านไวรัสเอดส์และยารักษาวัณโรค โดยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ประกอบด้วย การรับประทานตรงตามเวลาและครบจำนวนครั้งและวัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ มาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วมขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วม สามารถติดตามตนเองในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคร่วมโดยสัปดาห์ที่ 1-2 ช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล หลังจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินความรู้ก่อนแล้วผู้วิจัยสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 สัปดาห์ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินปัญหา วางแผน และการเตรียมความพร้อมรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วย 1) เป็นผู้ประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหาของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เกี่ยวกับการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พร้อมทั้งเป้าหมายตนเองโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาปัญหาของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจน 2) ผู้ป่วยวางแผนในการตั้งเป้าหมายของตนเอง โดยมีผู้วิจัยร่วมสนับสนุนผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินความรู้ 3) ผู้ป่วยวางแผนและเลือกวิธีการที่จะให้บรรลุเป้าหมายของตนเองที่เหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติของตนเอง

2. การประเมินผลตนเอง (self-evaluation) โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ และผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและครอบครัวคอยเป็นที่เคียง ในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเองเป็น

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ขั้นตอนนี้เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางของตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเอง โดยมีผู้วิจัยและครอบครัวร่วมเสริมแรงให้กำลังใจ และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยดังกล่าว 1

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 1-2 ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินความรู้ก่อนแล้วจึงสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 สัปดาห์ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย ขั้นตอน การประเมินปัญหา วางแผน และการเตรียมความพร้อมรายบุคคล

- ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหาของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พร้อมทั้งเป้าหมายตนเองโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาปัญหาของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจน

- ผู้ป่วยวางแผนในการตั้งเป้าหมายของตนเอง โดยผู้วิจัยร่วมสนับสนุน

- ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินความรู้

- ผู้ป่วยวางแผนและเลือกวิธีการที่จะให้บรรลุเป้าหมายของตนเองที่เหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติของตนเอง

2. การประเมินผลตนเอง(self-evaluation)

- ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางแผนไว้และผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากลงมือปฏิบัติโดยผู้วิจัยและครอบครัวคอยเป็นที่เล็งในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเองเป็น

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)

- เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางของตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเอง โดยมีผู้วิจัยและครอบครัวคอยร่วมเสริมแรงให้กำลังใจและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาประกอบด้วย

- 1) ตรงตามเวลา
- 2) ครบตามจำนวน

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
วัน โรค

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลอง
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม มีความสามารถในการจัดการกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม โดยดำเนินการเป็นรายบุคคล และพบผู้ป่วยรวม 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดย 2 สัปดาห์แรก เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและมีการติดตามผลการจัดการตนเองหลังจำหน่ายไปแล้ว 4 สัปดาห์ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการกำกับตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) เน้นให้ผู้ป่วยดำเนินการติดตามตนเอง ตั้งแต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหาของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายของตนเอง และเป็นผู้วางแผนและเลือกวิธีการที่เหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติของตนเองโดยผู้วิจัยร่วมสนับสนุนให้ความรู้ 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) เน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางแผนไว้และเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติของตนเองหลังจากลงมือปฏิบัติโดยผู้วิจัยและครอบครัวคอยเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยและ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เน้นการให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองเมื่อปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองตั้งเป้าหมายได้ โดยมีผู้วิจัยและครอบครัวคอยเสริมแรงให้กำลังใจและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมสามารถรับประทานยาเพื่อการรักษาทั้งสองโรคได้ตามแผนการรักษาตรงตามเวลา และครบตามจำนวนครั้งซึ่งผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของฐานิชญาณ์ (2553)

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม กระทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานยารักษาวัณโรคจนครบแผนการรักษา การมาตรวจตามนัดการดูแลสุขภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในระหว่างการรักษา เป็นต้น โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและคัดแปลงแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคของประนอม (2551)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย ติดตามให้การดูแลตามปกติในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ยาตามแผนการรักษา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ พร้อมได้รับการแจกเอกสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบเป็นแบบอนุกรมเวลา (time series design) โดยวัด 3 ระยะคือระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 โดยศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ทั้งหญิงและชายของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 40 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยของโรคหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและผลจากการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องทำให้ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพดีขึ้น อายุยืนขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวินโรคร่วม ให้มีการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปเนื้อหาไว้รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
 - 1.1 กลไกการเกิดวัณโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.2 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
 - 1.3 ปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
 - 1.4 แนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
 - 2.1 ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.2 ผลของความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.3 การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 3.1 แนวคิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด
 - 3.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด
4. การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
 - 4.1 ความหมายการจัดการตนเอง
 - 4.2 วิธีการจัดการตนเอง
 - 4.3 ทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
6. สรุปจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

กลไกการเกิดวัณโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ประมาณ 2-8 สัปดาห์เชื้อจะแพร่กระจาย และจะเจริญเติบโตเกิดโรคอย่างรวดเร็ว โดยเชื้อไวรัสเอชไอวี เข้าไปเกาะจับกับตัวรับของซีดีโฟร์ (CD4) ส่วนใหญ่จะพบในเซลล์เม็ดเลือดขาว ทีลิมโฟไซท์ (T-lymphocyte) ต่อมาเชื้อเอชไอวีจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว จนเม็ดเลือดขาวแตกและเชื้อจะกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวอื่นต่อไป มีผลภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าคนทั่วไป 20-30 เท่า และการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้น ขึ้นอยู่กับระดับ CD4 ซึ่งเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย คือ วัณโรคปอด (วีรวัดน์, 2551) โดยทั้งสองโรคนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน (Havlir et al., 2008) ที่พบว่าเกิดวัณโรคได้บ่อย เพราะเชื้อวัณโรคมีการแพร่กระจาย ทางอากาศ ติดต่อกันจากคนหนึ่งสู่คนหนึ่ง หายใจรับเชื้อนั้นเข้าไปในถุงลมในปอด ในสภาพปกติร่างกายจะมีการทำลายเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย โดยเม็ดเลือดขาวแมคโครฟาจ (macrophages) แต่ในเด็กหรือผู้สูงอายุ หรือผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายเจริญเติบโต และเกิดโรคได้อย่างรวดเร็ว (ปรีชา, 2550)

เชื้อฉวยโอกาสที่สามารถพบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุด คือ เชื้อมัยโครแบคทีเรียทิวเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium Tuberculosis) ซึ่งเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดวัณโรคซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาวัณโรคที่ถูกต้อง ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะยิ่งถูกทำลายลงปริมาณซีดีโฟร์ (CD4) ลดลงเรื่อยๆ เหลือ 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (cells/mm³) เกิดความรุนแรงของโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาและผู้ติดเชื้ออาจเสียชีวิตได้ (เชิดเกียรติ, 2550)

การรักษาวัณโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

หลักการรักษาวัณโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สูตรยาที่ใช้ไม่แตกต่างกับการรักษาวัณโรคในผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีตรวจพบว่าเป็นวัณโรคก่อนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การรักษาส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาวัณโรคก่อน (TB treatment before start ART) เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยา (drug interaction) ระหว่างยาต้านไวรัส (ART) กับยาไรแฟมพิซิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; Farah, Tverdal, Steen, Heldal, Brantsaeter, & Bjune, 2005; Narita et al., 2002; Chakraborty, De, Bhattacharyya, Mukherjee, Santra, Banerjee, et al., 2010) โดยพิจารณาการให้ยาต้านไวรัส ดังนี้

1. ถ้า CD4 มากกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (cells/mm^3) ให้รอรักษาวัณโรคให้ครบก่อน พร้อมติดตาม CD4 ทุก ๆ 3-6 เดือน ถ้ารักษาวัณโรคครบแล้วหรือ CD4 ต่ำกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่อยเริ่มยาต้านไวรัส

2. ถ้า CD4 ต่ำกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้เริ่มยาต้านวัณโรคก่อน หลังจากนั้นภายใน 2-4 สัปดาห์ ให้พิจารณาเริ่มยาต้านไวรัส ไม่ควรรอนานกว่า 2 เดือน หรือจนรักษาวัณโรคครบก่อนเริ่มยาต้านไวรัส เพราะพบอัตราการตายสูง แต่ในกรณีที่ต้องตรวจ ว่าเป็นวัณโรคหลังจากติดเชื้อเอชไอวีแล้วหรือขณะที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ ไม่จำเป็นต้องหยุดยาต้านไวรัส แพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงฤทธิ์ และปฏิกริยาระหว่างยาร่วมด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549; Farah, Tverdal, Steen, Heldal, Brantsaeter, & Bjune, 2005)

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคนั้นใช้ระบบมาตรฐานระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short course: DOTS) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกใช้ควบคุมวัณโรคในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค สามารถรับการรักษอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วน หลีกเลี่ยงวัณโรค ซึ่งเป้าหมายหลักในการควบคุมการรักษาวัณโรค แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (WHO, 2010)

1. ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (initial phase) คือ ระยะที่ต้องการฆ่าวัณโรคไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและมีจำนวนมาก รวมทั้งกลุ่มที่เจริญเติบโตช้า ต้องใช้ยาตั้งแต่สามขนานขึ้นไป เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จนไม่แพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น ภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ ในระยะนี้ควรได้รับยาทุกวันติดต่อกันนาน 2 เดือน

2. ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) คือ ระยะที่ต้องการฆ่าเชื้อวัณโรคที่มีจำนวนเหลือน้อยที่สุด ต้องใช้ยาสองขนานเป็นเวลานาน 4-6 เดือน จนครบกำหนดการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษาจะฆ่าเชื้อที่อยู่ให้หมดไป

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค ประกอบด้วย 4 สูตร ดังนี้ (WHO, 2010)

1. สูตรที่หนึ่ง โดยทั่วไปใช้สูตรมาตรฐาน (2HRZE/4HR) ยาเริ่มต้นของการรักษา (first line drug) ผู้ป่วยจะได้รับยาทั้งหมด 4 ตัว ในระยะแรกนี้ใช้เวลารวม 2 เดือน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid: H) ไรแฟมพิซิน (Rifampicin: R) ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide: Z) และ อีแทมบูทอล (Ethambutol: E) ผู้ป่วยจะได้รับประทานยาต่อเนื่อง และในช่วงรักษาต่อเนื่องใช้ระยะเวลาในการรับประทานยาต่ออีก 4 เดือน ยาที่ใช้ คือ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) และไรแฟมพิซิน (Rifampicin) ในกรณีที่ไม่มีพบเชื้อจะใช้ระยะเวลารักษารวมทั้งหมด 6 เดือน แต่หากยังมีการพบเชื้อ แสดงถึงการตอบสนองต่อยาช้า หลังจาก 2 เดือนแรกยังมีไข้ ไอ น้ำหนักไม่ขึ้น จึงต้องมีการยืดระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องจาก 4 เดือนเป็น 7 เดือน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเป็นซ้ำ แต่ในกรณีผู้ป่วยเอชไอวีที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรได้รับยาไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

โดยปรับขนาดให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการดื้อยา ไรแฟมพิซินภายหลังได้ การออกฤทธิ์โดยตัวยาจะไปทำลายเชื้อที่กำลังแบ่งตัวได้รวดเร็ว (bactericidal action) ได้แก่ ไรแฟมพิซิน ไอโซไนอะซิด และ สเตร็ปโตมัยซิน ยาสูตรนี้ทำให้ปราศจากเชื้อโดยสิ้นเชิง (sterilization action) โดยเฉพาะเชื้อที่อยู่ใน เซลล์แมคโครฟาจ (macrophage) ซึ่งมีภาวะเป็นกรด ได้แก่ พัยราซิनाไมด์

2. สูตรที่สอง คือ 2SHRZE/1HRZE/5HRE สำหรับผู้ที่รักษาครั้งแรกล้มเหลวหรือกลับเป็นซ้ำใช้ระยะเวลา 8 เดือน การรักษาในระยะแรกของสูตรนี้ใช้ระยะเวลารักษา 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกชนิดยา 1 ชนิด คือ สเตร็ปโตมัยซิน (S) และรับประทานยาจำนวน 4 ชนิดเป็นระยะเวลา 3 เดือนคือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) พัยราซิनाไมด์ (Z) และอีแทมบูทอล (E) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่อง รับประทานยา 3 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) และอีแทมบูทอล (E) เป็นระยะเวลา 5 เดือน

3. สูตรที่สาม คือ 2HRZ/4HR สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ยอมเสมหะเป็นลบใช้ระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน การรักษาในระยะ 2 เดือนแรก รับประทานยา 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) และพัยราซิनाไมด์ (Z) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้เวลาในการรักษา 4 เดือน รับประทานยาจำนวน 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R)

4. สูตรที่สี่ ภายหลังที่การตรวจเสมหะให้ผลเป็นลบ สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาล้มเหลว ใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน ให้การรักษาด้วยไอโซไนอะซิด (H) ชนิดเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น กานามัยซิน (Kanamycin) และ โอฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) เป็นต้น

ปัจจุบันมีการรวมยาหลักหลายชนิด เป็นเม็ดเดียวเพื่อความสะดวกในการรับประทานยาของผู้ป่วย และลดจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อวันลง เรียกว่า Fixed Dose Combination (FDC) เช่น Rimstar อันประกอบไปด้วย ยา 4 ชนิด ในเม็ดหนึ่ง ๆ ได้แก่ ไอโซไนอะซิด+ไรแฟมพิซิน (HR) หรือ ไอโซไนอะซิด+ไรแฟมพิซิน+พัยราซิनाไมด์ (HRZ) หรือ ไอโซไนอะซิด+ไรแฟมพิซิน+พัยราซิनाไมด์+อีแทมบูทอล (HRZE) ซึ่งมีข้อดีของยาเม็ดรวมในการยารักษาวัณโรค คือ บริหารยาต่อการรับประทานยา ป้องกันการรับประทานยาไม่ครบ ทั้งนี้ยังง่ายต่อการคำนวณขนาดยา และการสั่งยาของแพทย์ และสะดวกสำหรับผู้ป่วย ลดความผิดพลาดในการรับประทาน รวมทั้งลดการเกิดการดื้อยาในอนาคต ซึ่งยาเม็ดรวมมีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาชนิดแยก (WHO, 2010)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวัณโรค มีดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1. ไอโซไนอะซิด (H) อาการข้างเคียงจะเกิดพยาธิสภาพของประสาทส่วนปลาย โดยจะมีอาการเหน็บชาที่ปลายมือ ปลายเท้า แต่จะพบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดที่สูง หรือมีการขาดอาหารร่วมด้วย

2. ไรแฟมปีซิน (R) อาการข้างเคียงต่างๆ ไปจะคล้ายไข้หวัด มีคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ตัวตาเหลือง อาการรุนแรงอาจทำให้ตับอักเสบและหากมีอาการชีดเฉียบพลันต้องหยุดยาทันทีและมาพบแพทย์

3. พัยราซิมาไมด์ (Z) อาการข้างเคียงปวดตามข้อ และอาการที่รุนแรงจะเป็นอันตรายต่อตับและพบระดับกรดยูริกสูงขึ้นได้

4. อีแทมบูทอล (E) อาการข้างเคียง จะเกิดกับตา จะเกิดตาพร่า มองไม่ชัด หากรุนแรงอาจตาบอดได้

5. สเตอริฟโตมัซซิน (S) อาการข้างเคียงเล็กน้อย คือ ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน อาการข้างเคียง ที่รุนแรงมีผลต่อหู หูอื้อ เคนเซ หากหยุดยาอาการจะหายภายใน 2-3 สัปดาห์และหากแพ้รุนแรงหลังการฉีดจะชารอบปาก คลื่นไส้หรืออาจเป็นลมทันที

6. โอฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) อาการข้างเคียง คือ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เหงื่อออก หรือรุนแรงถึงขั้นความดันโลหิตต่ำได้ ต้องรีบหยุดยาและมาพบแพทย์

7. กานามัยซิน (Kanamycin) อาการข้างเคียงมีผลต่อหูและผลต่อการได้ยินมากกว่าการทรงตัว

ยาด้านไวรัสเอดส์ แบ่ง 3 กลุ่มใหญ่ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ประพันธ์ และคณะ, 2553)

ยาด้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัวหรือการยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry) ของเชื้อเอชไอวี

1. ยาด้านไวรัสที่ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Inhibition of Reverse transcription) โดยแบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบเบสของนิวคลีโอติกแอซิด (NRTI) ได้แก่ ซิโดวูดีน (Zidovudine: AZT) สตาเวอูดีน (Stavudine: d4T) ลามิวูดีน (Lamivudine: 3TC)

1.2 กลุ่มที่มีลักษณะ ไม่เหมือนเบสของนิวคลีโอติกแอซิด (NNRTI) กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase) แบบจับถาวร และคนละตำแหน่งกันกับที่เอนไซม์จับกับเบสนิวคลีโอติก ทำให้ฤทธิ์ยากกลุ่มนี้แรงกว่า ได้แก่ อีฟาเวเรนซ์ (Efavirenz: EFV) เนวีราปีน (Nevirapine: NVP)

2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์โปรเตียส (Protease Inhibitor: PI) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โปรเตียส ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถก่อโรค ได้แก่ อินดิनावีร์ (Indinavir: IDV) ริโทนาเวียร์ (Ritonavir: RTV) โลปีนาเวียร์ (Lopinavir: LPV)

3. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งการเข้าเซลล์ (Entry Inhibitor) เป็นยาด้านไวรัสเอดส์ที่ออกฤทธิ์ภายนอกเซลล์ ในกลุ่มนี้คือ กลุ่มฟิวชั่นอินฮิบิเตอร์ (Fusion Inhibitor) ได้แก่ แอนฟาเวอไทด์ (Enfavirtide) หรือ T-20 โดยออกฤทธิ์ก่อนที่จะเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์

อาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่พบได้บ่อย มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ประพันธ์และคณะ, 2553)

1. ซิโดวูดีน (Zidovudine: AZT) อาการข้างเคียงที่พบบ่อยและรุนแรง คือ ซีด มีภาวะโลหิตจาง เล็บดำและอาการที่พบได้ทั่วไป คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

2. สตาวูดีน (Stavudine: d4T) อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ไขมันกระจายตัวผิดปกติ ตับอ่อนอักเสบ และพบอาการอาการชาตามปลายมือปลายเท้าได้ด้วย

3. ลามิวูดีน (Lamivudine: 3TC) อาการที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ

4. อีฟาเวเร็นซ์ (Efavirenz: EFV) อาการที่พบบ่อย คือ นอนไม่หลับ ฝันร้าย วิงเวียน บางครั้งรุนแรงอาจเกิดอาการทางระบบประสาทได้

5. เนวีราปีน (Nevirapine: NVP) อาการที่พบบ่อย คือ ตับอักเสบ ผื่นแพ้

6. อินดินาเวียร์ (Indinavir: IDV) อาการที่พบบ่อย คือ ตาพร่า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการรุนแรงอาจเกิดน้ำในไต

7. ริโทนาเวียร์ (Ritonavir: RTV) อาการที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อาการรุนแรงอาจมีอาการลิ้นชา

8. โลปีนาเวียร์ (Lopinavir: LPV) อาการที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผื่นแพ้

ปัญหาสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม พบว่ามี 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย โดยแบ่งตามปัญหาที่พบบ่อย 2 ด้าน คือ 1) ภูมิคุ้มกันต่ำ 2) อาการข้างเคียงจากยา

1.1 ปัญหาที่เกิดจากภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขึ้น ส่งผลให้ภูมิคุ้มกัน ร่างกายต่ำ เป็นผลให้ติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย โดยเมื่อติดเชื้อแสดงอาการดังต่อไปนี้

มีไข้เป็นระยะเวลานาน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ชูบผอม ไออาจมีเสมหะปนเลือด หายใจลำบาก ถ่ายเหลว เหนื่อยล้า คิดเชื่อได้ง่าย เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา (Naidoo, Padayatchi, & Abdoolkarim, 2011)

1.2 ปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยา ส่วนใหญ่ยาต้านไวรัส คือ ซิโดวูดีน (AZT) สตาวัดีน (d4T) ลามิวูดีน (3TC) อีฟาเวเรนซ์ (Efavirenz) และ โลปีนาเวียร์ (LPV) ในส่วนของ ยาวัณโรคที่ได้รับส่วนใหญ่ ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (INH หรือ H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิनाไมด์ (Z) อีแทมบูทอล (E) และสเตร็ปโตมัยซิน (S) เป็นต้น ร่างกายแสดงอาการ คลื่นไส้/อาเจียน หรือมี ผื่นคันและตัวตาเหลือง เนื่องจากอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค/ยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์ จากยาด้านวัณโรค เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มักเกิดในช่วงสัปดาห์แรกของการได้รับยาด้านวัณโรค ผู้ป่วย แต่ละรายอาจมีผลข้างเคียงเป็นเวลาไม่นาน หรือ ไม่มีผลข้างเคียงเลย แต่บางรายอาจมีผลข้างเคียงนาน แต่จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 2-4 สัปดาห์ มีรายงานการเกิดพิษต่อดับจากยา ด้านวัณโรคจากตัวยา 3 ชนิด ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) และไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide) จากการศึกษาความชุกของการเกิดพิษต่อดับ ของนงลักษณ์และคณะ (2545) พบว่าการได้รับยาด้าน วัณโรคร่วมกันมากกว่า 1 ตัว มีแนวโน้มเกิดพิษต่อดับมากกว่าการใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคม เมื่อเกิดการคิดเชื่อทั้งสองโรคในคนๆ เดียวกัน ผลกระทบย่อมมากขึ้น นอกจากปริมาณยาที่มีจำนวนมากขึ้น และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ติดต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดหวัง ไม่อยากรับประทานยา บางรายต้องหยุด ยาเอง ปัญหาดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เกิดการดื้อยาตามมา อีกทั้งต้อง เผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม จะรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความภูมิใจในตนเอง มักถูกเพื่อนร่วมงาน และสังคมรังเกียจ ถูกตีตราทางสังคม อาจคิดฆ่าตัวตาย (ประณีต, 2554) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม เมื่อไม่สามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย บางครั้งต้องออกจากงานประจำที่ทำอยู่ เกิดการว่างงานขาดรายได้ ปัญหาจึงตกอยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลรักษา ผู้ป่วย เช่น หยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อต้องดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวต้องกู้หนี้ยืมสินเพื่อซื้อ อาหาร ยา วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการเดินทางมารับการรักษา เป็นผลให้การรักษาไม่สม่ำเสมอเกิดการดื้อยา ตามมา ส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นจากปัญหาการดื้อยา (พัฒนา, ศักรินทร์, ศรีธนา, และอนงค์พร, 2548)

สรุปผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมนั้น พบว่ามีปัญหามากมายไม่ว่าจะทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจ ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ หมดกำลังใจ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้ เป็นผลให้เกิดปัญหาการคือยาตามมาได้ ซึ่งต้องมีการวางแผนการดูแล และรักษาที่ถูกต้องครอบคลุมต่อไป

แนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบแนวทางการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short course: DOTS) การรักษาวัณโรคด้วย DOTS ภายใต้การสังเกตโดยตรง ซึ่งมีพี่เลี้ยง ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตขณะผู้ป่วยกลืนยา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาสม่ำเสมอและครบถ้วน เป็นการป้องกันเชื้อวัณโรคคือยา ระบบ DOTS เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กับผู้ติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย 5 ยุทธวิธี คือ 1) พันธสัญญา 2) การวินิจฉัยเน้นการป้องกันการติดเชื้อ 3) การรักษาแบบส่งเสริม และให้การดูแล ยามีคุณภาพและไม่ขาดแคลน 4) บันทึก/รายงานที่ดีและ 5) สามารถประเมินผลกระทบ ได้โดยเน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ (ยุทธชัย, 2550)

การรักษาวัณโรคด้วย DOTS ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด สามารถ ส่งเสริมการรับประทานอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตรา การป่วย และอัตราการตาย ตัวยุทธการแพร่กระจายเชื้อ (Singhal & Jaiswa, 2011; Granich, Akolo, Gunneberg, Getahun, & Williams, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์ธาและคณะ (Partha et al., 2010) ซึ่งพบว่า DOTS ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่ผู้อื่น ป้องกันการเกิดเชื้อคือยาหรือการกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคหรือวัณโรคนอกปอดหรือเอชไอวี/เอดส์ ร่วมกับวัณโรค DOTS ทำ ให้วัณโรคหายขาด คิดเป็นร้อยละ 85

2. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแนวทางสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม เพราะต้องอาศัยความรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มาจากความคิดของตนเองเป็นหลัก จากการศึกษา โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้รายกลุ่มของ สุริพรและนฤยา (2549) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ในโรงพยาบาล พบว่าในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ ดังนี้ 1) แผนการสอนในเรื่องการรับประทานยา การจัดการอาการ สังเกตอาการข้างเคียงของยา และการป้องกัน 2) คู่มือการดูแลตนเอง เมื่อเป็นวัณโรคปอด 3) วิดีทัศน์การดูแลตนเอง และพบว่าวิธีการพัฒนาสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมนั้น ต้องอาศัยการช่วยเหลือสนับสนุน จากกลุ่มเพื่อน พยาบาล ทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการให้

ความรู้เริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลตนเองตลอดจนติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา, อารมณ์, ทิพมาส, นฤมล อนุมาศ, และ โชมพัตร์ (2545) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นวัณโรค พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการรับประทานยาครบ อีกทั้งการใช้ตัวแบบ เช่น การเห็นเพื่อนเป็นตัวอย่างในการรับประทานยาครบ ใช้คำพูดจูงใจ (พรทิพย์, ประณีต, และลดาวัลย์ 2547) ตลอดจนมีการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม จำเป็นต้องได้รับอาหารจำพวกโปรตีนเพื่อช่วยในการเสริมสร้างส่วนที่สึกหรอ จากผลกระทบด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมี ร่างกายทรุดโทรม เมื่ออาหารจากการศึกษาของทาบีและโวเกิล (Tabi & Vogel, 2006) พบว่าการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนที่เพียงพอทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มและลดภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของซูดาร์ซานาม และคณะ (Sudarsanam et al., 2011) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม จะมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ที่ต่ำกว่าปกติ จึงต้องได้รับอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มในอาหาร เพื่อเพิ่มสารอาหารที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรค ช่วยเพิ่มระดับค่าดัชนีมวลกายและปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ได้

3. การดูแลด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทั้งสอง โรคยิ่งเพิ่มความเครียด และเมื่อต้องแยกผู้ป่วยขณะทำการรักษา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ เช่น ซึมเศร้า เนื่องจากกลัวถูกทอดทิ้ง คิดว่าเป็นที่รังเกียจของสังคม ดังนั้น การดูแลด้านจิตใจจำเป็นต้องใช้การจัดการที่หลากหลาย ดังการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของปองลดา (2542) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม พบว่ามีวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่หลากหลาย ไม่เลือกใช้เฉพาะวิธีใดวิธีหนึ่งเท่านั้น โดยเลือกใช้วิธีที่พบบ่อย คือ 1) การควบคุมตนเอง 2) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 3) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา และ 4) การหลีกเลี่ยงหนีปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้น้อยที่สุด คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

เมทติงเกอร์และแบงส์เบก (Machtinger & Bangberg, 2005) ให้ความหมายของความสม่ำเสมอ ว่า หมายถึง การรับประทานยาหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้นิยามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการใช้ยาตามคำสั่ง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต โดยพฤติกรรมนั้นต้องเกิดจากความตกลงกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย

วันทนา (2547) พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยา หมายถึง การมีวินัยในการรับประทาน ยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยมีผู้ป่วยมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใน การรับการรักษาด้วยยา ทั้งการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย ร้อยละ 95 ใช้ยาได้อย่าง ถูกชนิด ถูกขนาดและตรงเวลา โดยไม่คลาดเคลื่อนเกิน 30 นาที

กระทรวงสาธารณสุข (2549) กล่าวว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เหมาะสม นั้น คือ อย่างน้อย ร้อยละ 95 หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยรับประทานยวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน และต้องมีความคลาดเคลื่อน ไม่เกิน 30 นาที

สรุป ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรม การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อย่างน้อยร้อยละ 95 โดยใช้ได้ถูกชนิด ถูกขนาดและตรงเวลา ไม่คลาดเคลื่อนเกิน 30 นาที ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

ผลของความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา

ผลที่เกิดจากความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย นั้นมีผลเสียเกิดขึ้น มากมาย ซึ่งแบ่งตามผลที่เกิดขึ้นได้ 3 ส่วน ดังนี้ (WHO, 2003; Murray, 2004)

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว หรือกรณีหยุดยาก่อนกำหนด อาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยน แบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความสม่ำเสมอ ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้มากกว่ากลุ่มที่มี ความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilson et al., 2002)

2. ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ (economic outcome) มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยน ยาที่ใช้ อาจมีการสั่งยาที่มีราคาแพงขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาทั้งของบุคลากร ทางการแพทย์และของผู้ป่วยแทนที่จะใช้เวลาไปปฏิบัติงานอื่น ต้องกลับใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา

3. ผลลัพธ์ทางมนุษย์ (humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรค หรือผลจากการรักษาต่อสถานะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือคุณภาพชีวิต (quality of life) ด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวินิจฉัย การรักษาผิด ซึ่งแพทย์อาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พอใจต่อผลการรักษา

ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง ซึ่งต้องอาศัย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และยาที่ใช้ โดยอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนเกิดการเรียนรู้ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) มีหลายวิธี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ วิธีประเมินโดยตรงและวิธีประเมินโดยอ้อม โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกวิธีประเมินที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้การประเมินความสม่ำเสมอของผู้ป่วยถูกต้องและใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น

วิธีประเมินความสม่ำเสมอโดยตรง (วันทนาและอรธนพ, 2549) ประกอบด้วย

1. การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (viral load assay) ซึ่งเป็นตัววัดผลการรักษาที่ยอมรับกว้างขวางในงานวิจัยทางคลินิก หากผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จะตรวจพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับน้อยมากหรือไม่พบ คือ ต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ข้อดี คือ เชื่อถือได้แม่นยำสูง แต่มีข้อจำกัด คือ ค่าใช้จ่ายสูงมากและสถานที่ตรวจก็จำกัด ทำให้ไม่สามารถบริการได้ทั่วถึง (Ross et al., 2010)

2. การตรวจวัดระดับยาในเลือด เป็นการวัดระดับยาโดยตรง ข้อดี คือ สามารถวัดระดับหรือปริมาณยาที่มีอยู่ในกระแสเลือดโดยตรง ทำให้ทราบระดับยาในกระแสเลือด ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนดหรือไม่และมีค่าใช้จ่ายสูง

3. การรับประทานยาต่อหน้าผู้สังเกต (DOT) องค์การอนามัยแนะว่า เป็นวิธีการที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวันโรค แต่ไม่นิยมมาประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ข้อดีสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอหรือไม่ ข้อเสียต้องใช้เวลาจำนวนมาก ผู้ป่วยต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพ ต้องอาศัย

ความร่วมมือจากญาติ ในกรณีรับประทานยาต่อหน้า บุคลากรมักจะใช้ได้ดีเฉพาะในสถานที่ ที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ซึ่งมีบุคลากรดูแลเต็มเวลาเช่น โรงพยาบาล

วิธีประเมินความสม่ำเสมอโดยอ้อม (วันทนาและอรรถพ, 2549) ประกอบด้วย

1. การรายงานโดยตัวผู้ป่วย (self-report) ซึ่งประเมินได้จากการสอบถาม สัมภาษณ์ การบันทึกประจำวันในการรับประทานยา หรือเตรียมคำตอบไว้ให้เลือกสำหรับผู้ป่วย บางรายที่ไม่พร้อมที่จะตอบ ข้อดีคือสะดวกรวดเร็ว ประหยัด ข้อเสีย คือ ขาดความแม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยมักจำไม่ได้และผลการประเมินมักสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยเกรงว่าจะถูกตำหนิ

2. การนับเม็ดยา (pill counts) ซึ่งประเมินได้จากการตรวจนับจากจำนวนเม็ดยา ข้อดีคือง่ายประหยัดเป็นรูปธรรมไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยอาจเทยาทิ้ง (pill dumping) หรือแบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน บอกไม่ได้ว่ารับประทานยาตรงเวลาหรือไม่ ต้องเตรียมขวดยาให้ผู้ป่วยผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยเกรงว่าจะถูกตำหนิ วิธีนี้จึงควรให้ยาจำนวนเท่ากับที่รับประทานเพื่อป้องกันการเทยาทิ้ง

3. บันทึกเวลารับประทานยา (pill taking record) โดยการลงบันทึกเวลาที่รับประทานยาจริง ข้อดี คือ ทราบเวลาที่รับประทานยาทุกมื้อ ลดปัญหาการจำไม่ได้ ข้อเสียคืออาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี หรืออ่านเขียนหนังสือไม่ได้จะบันทึกไม่สะดวก

4. บันทึกทางเภสัชกรรมของจำนวนยาที่มารับใหม่ (pharmacy refill record) ข้อดี คือ เป็นรูปธรรม ข้อเสียไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดี

5. การติดตามการรับประทานยาโดยอาศัยการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic drug monitoring) โดยเครื่องจะเป็นตัวบันทึกเวลาที่มีการเปิดขวดยา ข้อดีมีบันทึกเวลาอย่างละเอียดทุกครั้ง หากผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวดยา ข้อเสียมีราคาแพงมาก สิ่งที่ได้คือ จำนวนครั้งที่ฝาขวดถูกเปิด ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวด ไม่ได้วัดขนาดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

6. การมาตรวจตามนัด (follow up appointment) ประเมินได้จากการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ข้อดีทราบที่ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามกำหนดนัดหรือไม่ ข้อเสียไม่ทราบจำนวนยาและเวลาที่รับประทาน ผู้ป่วยมารับยาแต่อาจจะไม่รับประทานยา ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามกำหนดนัดแต่อาจมียาเหลือจากครั้งก่อนๆ

7. แบบประเมินที่เป็นเส้นตรง (visual analogue scale) เป็นการประเมินที่ทำได้ง่าย โดยด้านซ้ายสุดของเส้นตรง คือ การรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอเลยและขวาสุด คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นตรง ที่ตรงกับพฤติกรรมรับประทานยาที่ตนปฏิบัติอยู่มากที่สุด วิธีการนี้ คือ ประหยัด ข้อมูลที่ได้มีความสัมพันธ์กับข้อมูลการวัดจากอุปกรณ์

อิเล็กทรอนิกส์ และการรายงาน โดยตัวผู้ป่วย ข้อเสนอแนะในการใช้ ต้องอธิบายหลักการให้ผู้ป่วย รับประทาน โดยละเอียด จึงจะใช้ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องใช้ทักษะหลายอย่างในการประเมิน

8. การประเมิน โดยแพทย์หรือบุคคลากรทางการแพทย์ (provider estimation) โดย แพทย์หรือพยาบาล เป็นการประเมินจากการสอบถาม หรือ ได้จากการสังเกตจากจำนวนยาของผู้ป่วย ข้อดี คือ สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ ข้อเสีย คือ ข้อมูลที่ได้ไม่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอที่แท้จริง การพิจารณาว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดีหรือไม่ นั้น สามารถประเมินได้จากความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา โดยต้องไม่เกินเวลาหรือเกินกว่าเวลาที่ กำหนด 30 นาที และไม่จำเป็นต้องคำนึงว่ายาที่ผู้ป่วยรับประทานนั้นมีค่าครึ่งชีวิตสั้นหรือสามารถ อยู่ในร่างกายได้นานมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ให้ได้ข้อยุติและสามารถนำผลการประเมินมาใช้อ้างอิงใน ภาพรวมได้ โดยนำผลที่ได้จากการวัดมาคำนวณหาเปอร์เซ็นต์ความสม่ำเสมอ (% adherence) ได้ดัง สูตรของกระทรวงสาธารณสุข (2549)

$$\text{เปอร์เซ็นต์ความสม่ำเสมอ} = \frac{\text{จำนวนครั้งของยาที่ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานช่วง 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของยาสุทธิที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย}}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การรายงาน โดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้วิจัยอาศัยแบบประเมิน จาก การศึกษาของฐาณิชญาญ์ (2553) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งของการ ฆาดยาในรอบ 1 เดือน 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลาเกิน 30 นาทีในรอบ 1 เดือน 3) เหตุผลของการฆาดยาหรือการรับประทานยาที่ไม่ตรงเวลา และนำมาคำนวณตามสูตรของกระทรวง สาธารณสุขเพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

1. ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ

1.1.1 รายได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการมารับบริการทาง การแพทย์เพื่อติดตามอาการ บางรายต้องฆาดรายได้ ทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง (Tulatong, 2004) จากการศึกษาของเสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต (2549) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์

ทางบวก กับความสม่ำเสมอในการรับประทานอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ (2548) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการรับยาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.1.2 อายุ สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า มีแนวโน้มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ตามแผนการรักษา ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Spire et al., 2002) และจากการศึกษาของบาลเบย์และคณะ (Balbay et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สอดคล้องกับฟาราห์และคณะ (Farah et al., 2005) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของสุกรินทร์ (2548) กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนั้น จึงยังสรุปไม่ได้ชัดเจนว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ

1.1.3 เพศ พบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามแผนการรักษา ได้ดีกว่าเพศชาย (Vincke and Bolton, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ (2548) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการศึกษาของสุจิตพิพันธ์, กุลสมบุญ, และมลิวงษ์ (Sujipittham, Kulsomboon, & Maleewong, 2012) พบว่าเพศชายมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศหญิง ดังนั้น จึงยังสรุปไม่ได้ชัดเจนว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (McDonnell Holstad, Pace, De, & Ura, 2006)

1.1.4 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยให้บุคคลเข้าใจข้อมูล แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ตระหนักในภาวะสุขภาพ จึงพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Tulatong, 2004) ผู้ที่ความรู้น้อยจะเกิดการผิดพลาดในการใช้ยาสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการรับรู้ (ทินมณี, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของโกลินและคณะ (Golin et al., 2002) และจากการศึกษาของวงศ์อยู่ (Wongyou, 2002) พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการจัดการฤทธิ์ข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

1.1.5 อาชีพ พบว่ากลุ่มที่ขาดยาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน (สุพานี, 2543) ส่วนการศึกษาของตุลาทอง (Tulatong, 2004) กลับพบว่าผู้ที่ทำงานบ้านหรือไม่ได้ทำงาน รับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญ

1.2 ภาวะสุขภาพ พบว่าการเจ็บป่วยที่มีผลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีดังนี้ (ดวงเนตร, ศิริพร, อุษณีย์, และเขารัตน์, 2553; รจนาไฉน 2550; องค้อ, 2555)

1.2.1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีการบกพร่องทางด้านความคิด การควบคุมตนเองในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและโอกาสขาดยาสูง (Abel & Painter, 2003) การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื่อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง (Sujipittham, Kulsomboon, & Maleewong, 2012)

1.2.2 การมีโรคร่วมหรือติดเชื้อมากเกินไปอาจพบว่ามีผลต่อการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากผลกระทบจากยาที่มากขึ้น และการเกิดอาการข้างเคียงจากยา (พัชรีย์และปานิตา, 2549; ปราณิ, 2555)

1.2.3 ภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่าเป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลต่อความไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาสูง (Molassiotis et al., 2003)

1.2.4 ทักษะการคิดที่ดีต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ดี (Sujipittham, Kulsomboon, & Maleewong, 2012) พบว่าผู้ที่มีความกลัวหรือไม่ไว้วางใจมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้และมั่นใจในตนเองสูงมีความเชื่อและความตั้งใจที่ดีต่อยา ทำให้มีผลต่อความสม่ำเสมอของยาได้ (สรวาดิ, 2543; Luszczynska, Sarkar, & Knoll, 2007)

1.2.5 ความกลัวการถูกตีตราทางสังคม จากการศึกษาของประณีต, ประนอม, และพัชรีย์ (2549) พบว่าผู้ที่ไม่กล้าเปิดเผยสภาพการติดเชื้อด้วยความกลัวที่ถูกตีตราทางสังคมจะมีแนวโน้มการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอสูง ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกต และสงสัย แต่เสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต (2549) พบว่าการรับรู้การตีตราทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.2.6 การจดจำและการรู้คิด ตลอดจนการรับรู้ พบว่าการลืมเป็นเหตุให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งพบว่ามีทั้งที่ตั้งใจลืมและไม่ตั้งใจ หรือมีภาระงานที่ยุ่งจึงอาจลืมรับประทานยาได้ (ทินมณี, 2547; Simoni, Frick, Lockhart, & Liebovitz, 2002)

2. ปัจจัยด้านการรักษา

2.1 จำนวนเม็ดยา จำนวนเม็ดยาที่เพิ่มขึ้นทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง (สุรเดช, 2548) และการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับยาหลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและลืมรับประทานยาได้ (Wongyou, 2002)

2.2 ความถี่ในการรับประทานยา โดยฟอง (Fong et al., 2003) พบว่าการรับประทานยาหลายครั้งในแต่ละวัน โอกาสลืมรับประทานยาสูงแต่ในปัจจุบัน พบว่าความถี่ในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.3 อาการข้างเคียงจากยา หากมีอาการข้างเคียงของยามากพบว่าความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการรับประทานยา ก็จะลดลง เนื่องจากต้องหยุดจากอาการข้างเคียงของยา (ศักดิ์ชัย และคณะ, 2546)

2.4 ระยะเวลาของการติดเชื่อ โดยพบว่าผู้ที่ติดเชื่อในระยะมีอาการจะมีโอกาสรับประทานยาสม่ำเสมอ น้อยกว่าผู้ไม่มีอาการ (Forgarty et al., 2002) แต่ยังคงพบว่าระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื่อไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (เสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต, 2549)

2.5 ระยะเวลาของการรักษาที่ยังนาน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหยุดยาก่อนกำหนด (Johnson, Okwera, Hom et al., 2001) และบางรายเกิดความเบื่อหน่ายในการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยาจึงหยุดยาเอง (Chesney, 2000)

3. ปัจจัยด้านการบริการ

3.1 ความสะดวกในการรับบริการ การเข้าถึงยา การเอื้ออำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรักษา และการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Uldall, Palmer, Whetten, & Mellins, 2004)

3.2 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ การที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ การแสดงความห่วงใย และเต็มใจให้บริการมีผลในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Uldall, Palmer, Whetten, & Mellins, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตพิพันธ์, กุลสมบูรณ์, และมลิวงษ์ (Sujipittham, Kulsomboon, & Maleewong, 2012) ที่ศึกษาพบว่าความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษา เป็นปัจจัยทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื่อได้อย่างมีนัยสำคัญ

3.3 การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มีการติดเชื่อเหมือนกัน ตลอดจนทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (จุฬา, ประณีต, และวิภา, 2551; ปิยวัฒน์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์, กิตติกร, และประณีต (2549) ที่พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีทั้งด้านผู้ป่วยด้านการรักษาและด้านการบริการ ซึ่งพบว่าในการส่งเสริมความสม่ำเสมอนั้น ปัจจัยด้านผู้ป่วยสำคัญมากที่สุด

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

แนวคิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หมายถึง การป้องกันไม่ให้ได้รับเชื้อเพิ่มหรือควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อจากตนเองสู่ผู้อื่น เนื่องจากเชื้อไวรัสโรคปอดสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ ทาง การหายใจ โดยในการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยไอ จาม จะมีละอองเสมหะที่มีเชื้อไวรัสโรค ปะปน ออกมาทางปากและจมูก ซึ่งเชื้อที่ออกมานั้นสัมพันธ์กับความถี่ของการไอ จาม โดยละอองเชื้อโรค ขนาดใหญ่จะตกลงบนพื้นดิน ส่วนละอองขนาดเล็กขนาด 1-5 ไมครอน จะลอยกระจายอยู่ในอากาศ เมื่อบุคคลอื่นสูดหายใจรับเชื้อไวรัสโรคเข้าไปสู่หลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือถุงลมทำให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อขึ้นได้ (วิชชุดาและเชิดชัย, 2555)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค

การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด ไปสู่บุคคล อื่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; นงนุช 2554; นิตยาจาร, สงศรี, และดารณี, 2546; นิธิพัฒน์, 2552; บัญญัติ, ชัยเวช, และสงคราม, 2546) มีดังนี้

1. ควรรับประทานยารักษาไวรัสโรคจนครบแผนการรักษา อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และครบขนาดโดยไม่หยุดยาเองและไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เพราะมีผลทำให้ไม่สามารถฆ่าเชื้อ ได้หมดและส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา การเพิ่มขนาดของยาจะส่งผลให้เกิดอาการ ไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไวรัสโรคมักจะหยุดยาเอง ทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าหายจากโรค เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง หรืออาการที่ต้องรับประทานยาหลายขนาน ทำให้เกิดความท้อแท้ การเพิ่ม ขนาดยาจะส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยาเกิดผลเสียต่อร่างกาย หลังจากผู้ป่วยรับประทานยา ไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการไอและอาการต่างๆ จะดีและรู้สึกสบายขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะหายจากไวรัสโรคแล้ว ผู้ป่วยจึงไม่ควรหยุดยาเพราะเชื้อไวรัสโรคไม่ได้หมดไป แต่เชื้อจะหลบ ซ่อนอยู่ในเนื้อปอดของผู้ป่วย ซึ่งเชื้อที่เหลือจะเป็นเชื้อไวรัสโรคที่แข็งแรงและเป็นอันตรายที่สุด เชื้อ ดังกล่าวอาจคือยาที่เคยรักษาอยู่ โอกาสหายจากไวรัสโรคจะยากขึ้นและยังแพร่เชื้อไวรัสโรคที่ดื้อยาไปสู่ ผู้อื่นได้ สิ่งสำคัญต้องรู้จักสังเกตอาการข้างเคียงของยาร่วมด้วย หากมีอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรง จะต้องหยุดยา และรีบไปพบแพทย์ หากมีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงสามารถจัดการอาการได้ ให้

รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่จำเป็นต้องหยุดยารักษา หากมีปัญหาให้มาพบแพทย์ (วิชชุดาและเชิดชัย, 2555)

2. การมาตรวจตามนัด มีความสำคัญเช่นเดียวกับการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากวัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 6-8 เดือน และหากคิดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อาจต้องเพิ่มระยะเวลาเป็น 9 เดือน เป็นต้นไป ดังนั้น จึงต้องมีการนัดหมายผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามดูแลอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาของการบำบัดรักษา (สำนักวัณโรค กรมควบคุมวัณโรค, 2555)

3. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; นงนุช 2554; นิตยาจาร, สنجศรี, และคารณี, 2546; นิธิพัฒน์, 2552; บัญญัติ, ชัยเวช, และสงคราม, 2546; ปิยวรรณ, 2554)

3.1 การสวมผ้าปิดปาก และจมูกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ควรปิดปาก และจมูกทุกครั้งเมื่อไอ จามควรใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือกระดาษชำระ และล้างมือบ่อยๆ ให้สะอาด เพราะเสมหะที่มีเชื้อวัณโรค อาจติดอยู่ที่มือเมื่อไปสัมผัสกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นจะทำให้เชื้อวัณโรคติดกับสิ่งเหล่านั้นหรือบุคคลนั้นได้ โดยระยะเวลาในการสวมหน้ากากอนามัยนั้นตั้งแต่ 2 สัปดาห์ที่มีการแพร่กระจายเชื้อและต่อเนื่องจนครบ 2 เดือน โดยทั้งนี้ทั้งนั้นต้องดูแลการตรวจเสมหะเป็นหลักด้วย

3.2 เสมหะหรือน้ำลายควรบ้วนลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และควรทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนภาชนะต่างๆ ด้วยการเผาไฟ

3.3 การแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและเด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลดังกล่าวมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรค จากผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าบุคคลปกติ ดังนั้นในระยะเวลาที่มีอาการไอบ่อยๆ ควรมีการแยกห้องนอนกับบุคคลเหล่านั้น

3.4 การแยกภาชนะ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ควรแยกภาชนะ เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จต้องล้างให้สะอาดและผึ่งแดดไว้

3.5 การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยลง

3.6 ควรจัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง จัดห้องนอนให้สะอาดและเปิดหน้าต่างให้มีการระบายอากาศ และมีการทำลายเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม ควรนำเครื่องนอนออกผึ่งแดดบ่อยๆ เพราะแสงแดดช่วยฆ่าเชื้อวัณโรคได้

3.7 ควรรับประทานอาหารและน้ำให้เพียงพอ ทั้งคุณภาพและปริมาณเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทานให้กับร่างกาย และควรดื่มน้ำสะอาดวันละไม่น้อยกว่า 6-8 แก้ว นอกจากน้ำจะช่วยเพิ่ม

ความชุ่มชื้นของเสมหะและทางเดินหายใจ ช่วยขับเสมหะที่เหนียวข้น ลดการระคายเคือง ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อได้

3.8 งดสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา บุหรี่และยาเสพติด เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม การสูบบุหรี่ทำให้ปอดและหลอดลมอักเสบได้ ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายมากขึ้น การดื่มสุราทำให้ การทำงานของตับเสื่อมลง เกิดภาวะตับอักเสบได้ ซึ่งยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัส มีผลต่อดับอยู่แล้วจึงมีผลให้ตับอักเสบได้ง่ายมากขึ้น

3.9 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-15 นาที เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิต้านทานโรคมมากขึ้น

3.10 การพักผ่อน ผู้ป่วยควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยหลับไม่ต่ำกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

การที่จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้นั้นมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. อายุ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคนั้นอายุเป็นปัจจัยนำที่สำคัญ (ปิยวรรณ, 2554) จากการศึกษาของทิพวรรณ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบผู้ป่วยอายุระหว่าง 61-91 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมไม่ดีและพ้อใช้มากเป็น 1.98 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 13-60 ปี เนื่องจากสูงอายุมีโอกาสหลงลืมในการรับประทานยาได้ง่าย

2. เพศ จากการศึกษาของทิพวรรณ (2546) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สถานภาพสมรส คู่สมรสมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังการศึกษาของทิพวรรณ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา เสาะหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีโอกาสทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างมีเหตุและผลได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังการศึกษาของทิพวรรณ (2546) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหรือมีความรู้ที่น้อย มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมไม่ดีและพ่อกู้ใช้มากเป็น 3.89 เท่า

5. อาชีพ อาชีพที่แตกต่างกันไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ดังการศึกษาของทิพวรรณ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. จำนวนครั้งที่มาตรวจรักษา แสดงถึงระยะเวลาในการรักษา ยิ่งระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย และมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานานๆ จะหยุดปฏิบัติตามคำแนะนำ หยุดการรักษาก่อนครบกำหนดมากขึ้น (ประนอม, 2551)

สรุปปัจจัยที่มีผลในการที่จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดให้ได้ดีขึ้น ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ หลายอย่าง เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ตลอดจนจำนวนครั้งที่มาตรวจรักษา ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทั้งสิ้น แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการที่เป็นแรงผลักดันตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้สำเร็จ

การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

การช่วยเหลือบุคคลใดบุคคลหนึ่งให้มีความรู้และความสามารถในการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้นั้น จะต้องอาศัยการจัดการตนเอง เพื่อเป็นแนวทาง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Bays, 1991) มีความเชื่อพื้นฐานว่า ไม่มีใครเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง โดยเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองในการที่จะแก้ปัญหา กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา รวมทั้งการที่จะสร้างการยอมรับว่า ตนเองมีความรับผิดชอบต่อการรักษา โดยอาศัยการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

- 1) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านการคิด การจัดการอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) เปลี่ยนแปลงสิ่งที่กระตุ้น ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ด้วยการยอมรับกับสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ ซึ่งบุคลากรที่มสุขภาพมีบทบาท กระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการของโรค การรักษา จัดการด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง รวมถึงปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันและการจัดการภาวะใดๆ ก็ตามที่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Barlow et al., 2002; Martin, Caramlau, Sutcliffe, Martin, Bayley, & Choudhry, 2010)

การจัดการตนเอง หมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยแบบวันต่อวันในการดูแลตนเอง ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003) นอกจากนี้การจัดการตนเอง หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยกระทำเอง หรือกระทำร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ตนมีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบ ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้โรคสงบหรือลุกลามน้อยลง และปรับตัวได้ (Curtin & Mape, 2001)

การจัดการตนเอง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง ในการที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ให้สามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติ (Kanfer & Gaelick- Bays, 1991)

สรุปการจัดการตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยกระทำร่วมกับทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยเน้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและความรู้สึกของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อให้สามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติ

กลวิธีการกำกับตนเอง

แคนเฟอร์ และกาลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ได้เสนอวิธีการจัดการตนเอง โดยเน้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพ หรือผู้ช่วยเหลือ (helper) ในการเสนอสิ่งที่ดีที่สุดและกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change-agent) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทอิสระจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป้าหมายหลักของการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) ช่วยพัฒนาด้านการคิด การจัดการกับอารมณ์ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติของตนเอง ในการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด

หรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ เห็นว่าการใช้กลวิธีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมของผู้ป่วย ที่มีสุขภาพ ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงต้องมีบทบาทเป็น ผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ช่วยอำนวยความสะดวก ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้ว และต้องมีส่วนร่วมในกลวิธีการจัดการตนเองทุกขั้นตอน โดยในการส่งเสริมนี้ อาศัยแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) 3 ประการ ได้แก่ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองที่เกิดจากกระทำ โดยตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม การติดตามตนเอง หรือการตรวจสอบตนเอง เป็นการพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในปัจจุบัน ทำให้ตนเองเรียนรู้ในการที่จะประเมินปัญหาและความพึงพอใจตามการรับรู้ของตนเอง แล้วสะท้อนกลับว่าสิ่งที่ปฏิบัติในขณะนี้ มีความเหมาะสมหรือมีความสำคัญหรือไม่ รวมทั้งบันทึกข้อมูลการติดตามของตน ทั้งนี้การบันทึกอาจกระทำโดยผู้ป่วยเอง หรือผู้ช่วยเหลือก็ได้ ซึ่งผลของการติดตามส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้บุคคลรู้จักการระวังตัวและแสดงพฤติกรรมสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้

2. การประเมินผลตนเอง (self-evaluation) เป็นกระบวนการเปรียบเทียบระหว่างการกระทำของตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการเปรียบเทียบนั้นเกิดขึ้นระหว่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันหรือกระทำไปแล้วกับเป้าหมาย หรือสิ่งที่ควรทำในอนาคต โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการบันทึก และบุคคลจะต้องใช้ข้อมูลมาตัดสินใจว่าสิ่งที่ตนเองกระทำนั้น สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับมาตรฐานและประเมินว่าการกระทำนั้นถูกต้องหรือไม่ ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งขั้นตอนนี้อาจไม่เกิดประสิทธิภาพหากผู้ป่วยมีการประเมินตนเองที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเข้าข้างตนเอง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพหรือครอบครัวควรให้คำชี้แนะและให้ข้อมูลมาตรฐานที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะบอกเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับผลของการประเมินตนเอง โดยสะท้อนกลับใน 2 ทิศทาง คือ 1) ผลตอบรับ (feedback effects) เป็นการยอมรับพฤติกรรมเดิมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น หากผู้ป่วยประเมินว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นถูกต้องเหมาะสมแล้ว และ 2) ผลไปข้างหน้า (forward effects) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้ดีกว่าเดิม โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมมาตรฐานที่ควรกระทำก่อนและมี

การประเมินตนเองใหม่อีกครั้งทำให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่ให้ดีขึ้น ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ

ทักษะในการจัดการตนเองที่จำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด

เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม มีน้อย ผู้วิจัยจึงอาศัยการจัดการตนเองที่นำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ มาประกอบ โดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ซึ่งมีลลาดและคณะ (Millard, Elliott, Girdler; & Schafer, 2013) พบว่าการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมนั้นหายจากโรควัณโรค โดยไม่กลับเป็นซ้ำและนำมาซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมคงอยู่ต่อเนื่องต่อไป โดยอาศัยการจัดการกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ให้ดีขึ้น เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมให้มีทักษะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ทักษะการจัดการด้านการใช้ยา โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเน้นรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา ครบตามจำนวน ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (กมลรัตน์, 2551; จันทร์เพ็ญ, 2550; ฐาณิชญาน์, 2553; ภูริชญา, วารุณี, และโสภารัตน์, 2550; วรรณนิภา และบำเพ็ญจิต, 2555; Sott, John, Ceryl, Tina, & Magaret, 2003)

2. ทักษะด้านการจัดการกับอาการ ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ตลอดจนจัดการกับอาการข้างเคียงจากการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิผลของการรักษา (วรรณนิภาและบำเพ็ญจิต, 2555; ไพรวลัย, 2547; พรทิพย์, 2548; จุฬากรณ์, 2550; จินตนา, 2549; อรุณชและวาราลักษณ์, 2554)

3. ทักษะด้านการจัดการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อย ดังนั้น หากได้รับอาหารที่มีประโยชน์เฉพาะ โปรตีนจะช่วยเสริมสร้างส่วนที่สึกหรอ หากผู้ป่วยไม่รับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะยังมีร่างกายที่อ่อนแอลง เสียชีวิตเร็วขึ้น เลือกรดน้ำสะอาดหรือน้ำอุ่นวันละ 6-8 แก้ว และออกกำลังกายให้เหมาะสม เพื่อให้ปอดได้ขยายตัว พักผ่อนให้เพียงพอ ตลอดจนปรับเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมกับสภาวะโรค ที่ไม่เป็นอันตรายกับโรค (จิตติมา, 2547; พัทรินทร์, 2546; นวรัตน์, 2552; รัตนภรณ์, 2554; วราภรณ์และสุนิดา, 2551; อุทัยพรหมและศิริพันธุ์, 2549)

4. ทักษะการจัดการด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการอยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก สวมหน้ากากอนามัย ไม่ไอจาม

รดผู้อื่น ตลอดจนต้องมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม งคมมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อไม่รับเชื้อเพิ่ม (Johnson, Okwera, Hom, et al., 2001; ศรีรัตนนา, ศรีสุริย์, และมุสดี, 2554)

5. ทักษะด้านการจัดการกับปัญหา อารมณ์โดยผู้ป่วยยอมรับความจริงและคิดบวก เพิ่มแรงจูงใจให้กับตนเอง สร้างแรงจูงใจให้ตนเองหรือการให้แรงเสริม (Haynes, McDonald, Garg, & Montague, 2002) เพื่อคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง

ดังนั้น ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมนี้ เน้นทักษะเกี่ยวกับการใช้ชีวิต การจัดการอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งการที่จะเพิ่มขึ้นทักษะในการจัดการตนเองได้นั้น ต้องอาศัยวิธีการต่างๆ นอกจากการที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ (สุริพรและนฤยา, 2549) ความเข้าใจ ที่ถูกต้องแล้วจำเป็นต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว หรือทีมสุขภาพในด้านต่างๆ อีกด้วย (เกียรติคำจรและชัยยศ, 2548)

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจากฐานข้อมูลวารสารที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ (PubMed, Cochrane, ThaiLIS, ProQuest, Science Direct & Google scholar) ตั้งแต่ พ.ศ.2546-2555 สรุปพบว่า มีผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Bays, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเอชไอวีให้ดีขึ้น ที่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมี 6 เรื่อง

สมพร, น้ำอ้อย, และวารินทร์ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด ซึ่งเป็นการวิจัยก่อนการทดลอง (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดมารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 30 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 4) การประเมินผล โดยมี แผนการสอน และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด มีพฤติกรรมการสังเกต

ตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา พบว่า หายขาด 19 ราย รับประทานยาครบ 9 ราย และขาดยา 2 ราย

จฺวานิชญานี (2553) การเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีการดำเนินโปรแกรมรวม 5 สัปดาห์ ลักษณะกิจกรรมในโปรแกรม คือ มีการประเมินปัญหาเพื่อวางแผน การเตรียมความพร้อมรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยการให้ความรู้ การฝึกกำหนดเป้าหมายและวางแผน ตลอดจนให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านใน สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์ดังกล่าว และมีการนัด พบผู้ป่วยเพื่อประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ทั้งนี้มีสมุดบันทึกและคู่มือการจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยทุกราย ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณนิภาและบำเพ็ญจิต (2555) ที่นำเอาโปรแกรมการจัดการตนเองใช้กับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ โดยวัดผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ โดยดำเนินการ โปรแกรม 24 สัปดาห์ โปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินและวางแผน 2) การเตรียม ความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและ 4) ระยะเวลาติดตามและประเมินผล การปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลองแต่ละราย 6 ครั้ง ห่างกันทุกเดือน และมีการโทรศัพท์ติดตาม เยี่ยมเดือนละครั้งในทุกสัปดาห์ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและค่า ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิฟฟอร์ดและโกลอัสเชล (Gifford & Groessl, 2002) และสมิทและคณะ (Smith et al, 2003) ก็ได้นำเอาทฤษฎีการจัดการตนเอง มาใช้ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลต่างๆ 2) สร้างแรงจูงใจ 3) ฝึกทักษะ โดยพบว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

เชฟเฟอร์ (Schafer, 2013) ได้นำเอาโปรแกรมจัดการตนเองมาใช้เป็นพื้นฐานใน การให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นการศึกษานำร่องเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และลดอัตราการตาย ตลอดจนลดค่าใช้จ่าย โดยทดลองกับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ตั้งแต่ 14 ชั่วโมงถึง 7 สัปดาห์ โดยติดตามผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง โดยเริ่มจากการวัดความรู้พื้นฐานและ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จากนั้นให้ความรู้โดยมีคู่มือ และผู้ป้อนำความรู้ที่ได้จากโปรแกรม การจัดการตนเองไปปฏิบัติ และประเมินผลติดตาม โดยใช้แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งผลการศึกษา พบว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยเอชไอวีมีการดูแลต่อเนื่อง มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ โรคและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมนั้นมีน้อย จึงต้องอาศัยการจัดการตนเองของเอชไอวี/เอดส์ มาประกอบการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 5 สัปดาห์ ถึง 24 สัปดาห์ โดยดำเนินโปรแกรม น้อยที่สุด คือ 5 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การประเมินปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรม การให้ความรู้ โดยใช้สื่อประกอบ การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน และการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้มีการติดตามด้วยการโทรศัพท์จากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทุกการศึกษาล้วนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยเน้นเฉพาะความรับผิดชอบของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผลลัพธ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งต้องวัดผลของความสม่ำเสมอ 1 เดือน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมที่เหมาะสม คือ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ มาใช้ในการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ซึ่งประกอบด้วยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 ขณะอยู่ โรงพยาบาลเน้น 1) สร้างสัมพันธภาพและมีการประเมินความรู้ ก่อนการเริ่มโปรแกรม เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้จากการประเมินความรู้ 3) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้วิจัยคอยสนับสนุน

สัปดาห์ที่ 2 -5 เน้นปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางไว้ โดยมีผู้วิจัยและครอบครัวมีส่วนช่วย และให้การสนับสนุนให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน ทุกสัปดาห์ๆ ละครั้ง

สัปดาห์ที่ 6 เป็นการติดตามนัดผู้ป่วย เพื่อประเมินผลโดยรวมโปรแกรมโดยให้ผู้ป่วยพร้อมครอบครัวมาพบผู้วิจัย

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แล้วเป็นวัณโรคร่วมด้วยนั้นปัญหาหยาบเกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านร่างกาย ส่งผลต่อภูมิคุ้มกันและด้านจิตใจเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รวมทั้งทางด้านจิตสังคม ถูกตีตราทางสังคม สังคมรังเกียจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้การรักษาล้มเหลวได้ เกิดปัญหาต่อมาส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งการรักษาที่สำคัญในการรักษาทั้งสองโรคนี้ คือ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม โดยวิธีการสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคด้วยตัวของตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือ การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ ที่ว่าไม่มีใครเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั้น โดยเน้นที่ ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยอาศัยองค์ประกอบในการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่เหมาะสมต่อเนื่องต่อไป ลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมาในการนี้ ผู้วิจัยศึกษาผลลัพธ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งต้องวัดผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 1 เดือน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงเลือกระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมที่ 6 สัปดาห์ โดยมีลักษณะกิจกรรม ดังนี้ คือ มีการประเมินปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบการกำหนดเป้าหมายและวางแผน การประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน และการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการติดตามด้วยการ โทรศัพท์จากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยเน้นเฉพาะความรับผิดชอบของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบอนุกรมเวลา (time series design) โดยมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีการวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3 ครั้ง ก่อนทดลอง ระหว่างทดลอง และหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวันโรคร่วม

บริบทสถานที่ในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งหญิงและชายของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่เป็นวันโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยระบบยาสั้นแบบมีพีเคเอ็ม (DOTS) เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ส่วนญาติ/ผู้ดูแล ทางโรงพยาบาลมีการจัดให้สุขศึกษาทุกวันจันทร์ เพื่อให้ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันได้รู้จักวิธีการป้องกันเชื้อวันโรคและรับการตรวจวินิจฉัยเริ่มแรก ส่วนการบริหารยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้นั้น มีการกำหนดเวลาดังนี้ คือ ช่วงเช้าเวลา 8.00 น. และก่อนนอน 20.00 น. ระหว่าง 12 ชั่วโมง สำหรับยารักษาวันโรคที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ สูตรหนึ่งแบบมีดยารวม (fixed dose combination) มีการกำหนดเวลาให้เพียงครั้งเดียว คือก่อนนอน 20.00 น.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมที่มารับการรักษาแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่เป็นวันโรคปอดครั้งแรกที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. มีความสามารถในการอ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน คุณสมบัติ

ที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

ผู้ที่มีภาวะป่วยทางจิตหรือเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเช่น เหนื่อยหอบมาก จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาระหว่างการเข้าร่วมวิจัยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉินหรือมีการเสียชีวิต

การศึกษาครั้งนี้เสร็จสิ้นมีการคัดกลุ่มตัวอย่างออก 18 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 9 ราย กลุ่มทดลอง 9 ราย เนื่องจากเสียชีวิต

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ จากการศึกษาของวรรณนิภา และบำเพ็ญจิต (2555) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโคเฮน ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.96 แต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยดังกล่าว และสิ่งทดลองที่ให้แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 เนื่องจากค่าที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ (large effect size) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย (ดังภาคผนวก ก) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการเริ่มต้นการศึกษาผู้วิจัยเริ่มต้นเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจำนวน 20 รายแรก ได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วตามด้วยกลุ่มทดลองอีกจำนวน 20 รายหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับการจับคู่ (matched pair) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบ ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี) 3) ระดับการศึกษา

(มีระดับการศึกษาในกลุ่มใกล้เคียงกัน) 4) สูตρυยาที่ได้รับ และ 5) ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 แตกต่างกัน ไม่เกิน 50 cells/mm^3) เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการเสียชีวิตในกลุ่มควบคุม 9 รายและกลุ่มทดลอง 9 ราย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มจนครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลและการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับคนใกล้ชิด (ภาคผนวก ค)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาการติดเชื้อก การรักษาที่ผ่านมา การรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส ประวัติการได้รับยาวัณโรค ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด อาการแสดงปัจจุบัน และโรคประจำตัว (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถาม ของฐาณีษญาณ์ (2553) ซึ่งมีจำนวนคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งของการรับประทานยาครบและตรงตามเวลา 2) จำนวนครั้งของการขาดยาในรอบ 1 เดือน 3) จำนวนครั้งในการรับประทานยาผิดเวลาเกิน 30 นาที ในรอบ 1 เดือน (ภาคผนวก ค) และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเพิ่มคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาวัณโรคด้วย วัตถุประสงค์คือ 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-6 นำมาคำนวณเพื่อประเมินผลเป็นค่าร้อยละของความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยา (drug adherence) ตามสูตรของกระทรวงสาธารณสุข (2549) ดังนี้

$$\text{เปอร์เซ็นต์ความสม่ำเสมอ} = \frac{\text{จำนวนครั้งของยาที่ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานช่วง 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของยาสุทธิที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย}}$$

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อคำถามของประนอม (2551) มาดัดแปลง โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คะแนน 0-2 (ตั้งภาคผนวก ค) ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4 และ 15 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์ให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	2

ประเมินผลการบรรลุตามเป้าหมาย โดยการวิเคราะห์เป็นค่าร้อยละของการบรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1) ผู้ป่วยตอบถูกต้อง 12 ข้อ ตามเกณฑ์ถือว่าปฏิบัติได้ตามเป้าหมายนับเป็น 1 ราย แปลผล ว่า มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ 100 เปอร์เซ็นต์

2) ผู้ป่วยตอบคำถามไม่ถูกต้องในข้อใดข้อหนึ่งใน 12 ข้อ ถือว่าปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย แปลผลว่า ไม่มีพฤติกรรมป้องกันหรือมีแต่ป้องกันไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (ภาคผนวก ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งต้องอาศัยแบบประเมินความรู้ โดยผู้วิจัยใช้ประเมินระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือของสมพร, น้ำอ้อย, และวารินทร์ (2551) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยตัดข้อคำถามในข้อที่ 14-15 ออก 2 ข้อ เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรักษา จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อที่เฉพาะเจาะจง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (ตั้งภาคผนวก ง) และมีสื่อประกอบในโปรแกรมนี้อีก 1 สื่อภาพนิ่ง การสาธิตเสนอตัวแบบของผู้ป่วย สมุดบันทึก และคู่มือการจัดการตนเอง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ของผู้คิดชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้คิดชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วม มีการจัดการตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เน้นให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง ซึ่งดำเนินการเป็นรายบุคคล มีรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและมีการประเมินความรู้ (ใช้แบบประเมินดังภาคผนวก ง) และประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (แบบประเมินดังภาคผนวก ค) ก่อนการเริ่มโปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินปัญหาและวางแผน ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการติดตามตนเอง (self-monitoring) จากนั้นวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยว่า เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจนว่าเรื่องใดบ้างที่ยังขาดหรือรู้ไม่ถูกต้อง มีปัญหาในด้านพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัน โรคเรื่องใดบ้าง ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายก็ตั้งเป้าหมายร่วมกัน วางแผนปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยนำปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเทียบกับแผนการรับประทานยาที่ถูกต้องมากำหนดเป้าหมายเพื่อให้ตนเองรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีผู้วิจัยและผู้ดูแลคอยให้การสนับสนุนในวางแผนแก้ไขปัญหานั้นๆ

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นที่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ บอกถึงข้อดีและข้อเสียของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยผู้วิจัยอธิบายภาพพลิกการ์ดตูนสื่อภาพนิ่งที่มีรูปการ์ตูนสีสันชัดเจน และคำบรรยายทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น ตลอดจนใช้ภาษาพูดที่ผู้ป่วยเข้าใจง่ายเป็นกันเอง เสนอตัวแบบของผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ เพื่อสื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญ พร้อมกับการสาธิตการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และให้สาธิตย้อนกลับ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัน โรค พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีการสอนวิธีการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติตลอดจนการจดบันทึกในสมุดบันทึก โดยเน้นการติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น เป้าหมาย คือ ปรับปรุงเวลาในการรับประทานยา โดยการตั้งนาฬิกา และให้ผู้ป่วยฝึกการบันทึกด้วยตนเองโดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัว (กรณีมี) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความพร้อมและมีความมั่นใจในการจัดการตนเองที่จะแก้ปัญหามาของตนเองให้ดีขึ้น

วันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มการปฏิบัติการจัดการตนเองเน้นการประเมินตนเองตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางไว้โดยช่วงแรกของสัปดาห์ผู้วิจัยและครอบครัวมีส่วนช่วยและให้การสนับสนุนให้กำลังใจทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองได้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีแรงจูงใจใน

การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ การเสริมแรงตนเองทางบวก เมื่อตนเองปฏิบัติกรับประทานยาได้ตามเป้าหมายและเสริมแรงทางลบหากปฏิบัติกรับประทานยาไม่ตรงตามแผน

หลังวันที่ 3 เป็นต้นไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยคอยให้การติดตามสนับสนุน และเสริมแรงวันเว้นวันเพื่อให้กำลังใจและความมั่นใจ โดยสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติกรจัดการตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยยังมีปัญหา ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและร่วมกับผู้ป่วย ร่วมกันวางแนวทางใหม่โดยให้ผู้ป่วยเป็นหลักในการพิจารณาตนเอง พร้อมทั้งเพิ่มเติมทักษะตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จนกระทั่งผู้ป่วยมั่นใจว่าผู้ป่วยทำได้เอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3-5 ผู้ป่วยปฏิบัติกรจัดการตนเองต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ด้วยการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอนดังกล่าว โดยผู้ป่วยจดบันทึกเป้าหมาย แผนการปฏิบัติที่วางไว้ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ซึ่งหากในการปฏิบัติกรจัดการตนเองพบปัญหาผู้ป่วยเป็นผู้หาวิธีการในการแก้ปัญหา หรือโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเองได้ โดยมีครอบครัว ร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนและเสริมแรงผู้ป่วยเป็นระยะๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามการปฏิบัติกรจัดการตนเอง ของผู้ป่วยทุกรายทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ๆ ละครั้งๆ ละ 10-15 นาที หลังจำหน่ายตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 3 จนถึงสัปดาห์ที่ 5 โดยสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับปัญหา พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดการตนเอง และหากผู้ป่วยทำได้ดีหรือยังทำไม่ได้ดี ผู้วิจัยให้การเสริมแรงและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้ผู้ป่วยรู้ว่าผู้วิจัยไม่ทอดทิ้ง คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ผู้ป่วยสามารถ โทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอด เมื่อมีข้อสงสัยผู้วิจัยและครอบครัวการคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัดทำให้ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแล

สัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยมาพบตามนัดที่ฝึกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม พร้อมญาติ เพื่อ ประเมินผลการจัดการตนเองทั้งหมดซึ่งเป็นระยะเพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายจากกระบวนการติดตามตนเอง ประเมินตนเองและเสริมแรงตนเองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มมือส่งเสริมการจัดการตนเอง สมุดบันทึก แผนการสอน สื่อนำเสนอภาพนิ่ง แบบประเมินความรู้เรื่องโรค แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ติดเชื้อวัณโรคปอด 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาคำถามกับเนื้อหาตามมิติตัวแปร โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสารคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขภาษา และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณความเที่ยงของแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหาความเที่ยงด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความรู้หาความเที่ยง ด้วยวิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 1 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการตามโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แล้วจึงประเมินผลโปรแกรมและติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง และในระหว่างที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยบันทึกปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนทำการศึกษาจริง

ผลการศึกษานำร่อง พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเองได้ กล่าวคือ มีการติดตามตนเอง โดยการประเมินปัญหาและติดตามบันทึกพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเอง ตลอดทั้ง 2 สัปดาห์ได้ และสามารถประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่

กำหนดได้ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดทุกวัน ทั้งนี้มีครอบครัวให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีช่วยให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีการเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองและให้กำลังใจตนเอง พร้อมทั้งได้รับการเสริมแรงโดยผู้วิจัยทางโทรศัพท์ ซึ่งผลพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทั้งหมดแสดงว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้พบว่าในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมรายบุคคล ด้วยการให้ความรู้ต้องใช้เวลาเนื่องจากผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจเนื้อหา และเรียนรู้วิธีการบันทึกจนสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการถ่ายภาพการ์ตูนประกอบให้เข้าใจชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้นและสามารถตอบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา

1.2. ขอนหนังสือรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังจากเสนอโครงการวิจัยและผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม และได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งหญิงและชาย ประจำโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว โดยผ่านหัวหน้าหอหรือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม และนัดหมายกลุ่ม

ตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินความรู้ในเรื่องโรค ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนดำเนินการทดลอง

1.3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

1.4 จัดเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและแบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนการทดลอง (pretest) และหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงไม่ทราบว่ามีใครอยู่กลุ่มไหน

1.5 ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัยรวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจกระบวนการและสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ตามข้อกำหนด

2. ขั้นตอนการทดลอง

ระยะก่อนการทดลองดำเนินการในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตั้งแต่วันที่พบผู้ป่วยครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอีกครั้ง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินทุกชุด โดยมีผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าว มีการประเมินผู้ป่วยทุกรายจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งแรก ในวันแรกที่พบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 คือ วันก่อนกลับบ้านที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 ที่คลินิกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก และยุติสัมพันธภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปจัดกระทำใดๆกับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับการดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 1-2 ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนต่อไปนี้

เริ่มต้นวันแรกหลังจากที่มีการสร้างสัมพันธภาพและมีการประเมินความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนเน้นการติดตามตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหาของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้เป็นผู้พิจารณาปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจนขึ้น ว่าตนเองมีความรู้มากน้อยเพียงใด

ในเรื่องใดบ้างที่ยังขาด หรือรู้ไม่ถูกต้อง มีปัญหาในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเรื่องใดบ้าง โดยผู้ป่วยนำมาวางแผนในการตั้งเป้าหมายของตนเอง และมีผู้วิจัยให้การสนับสนุนในวางแผนแก้ไขปัญหานั้นๆ

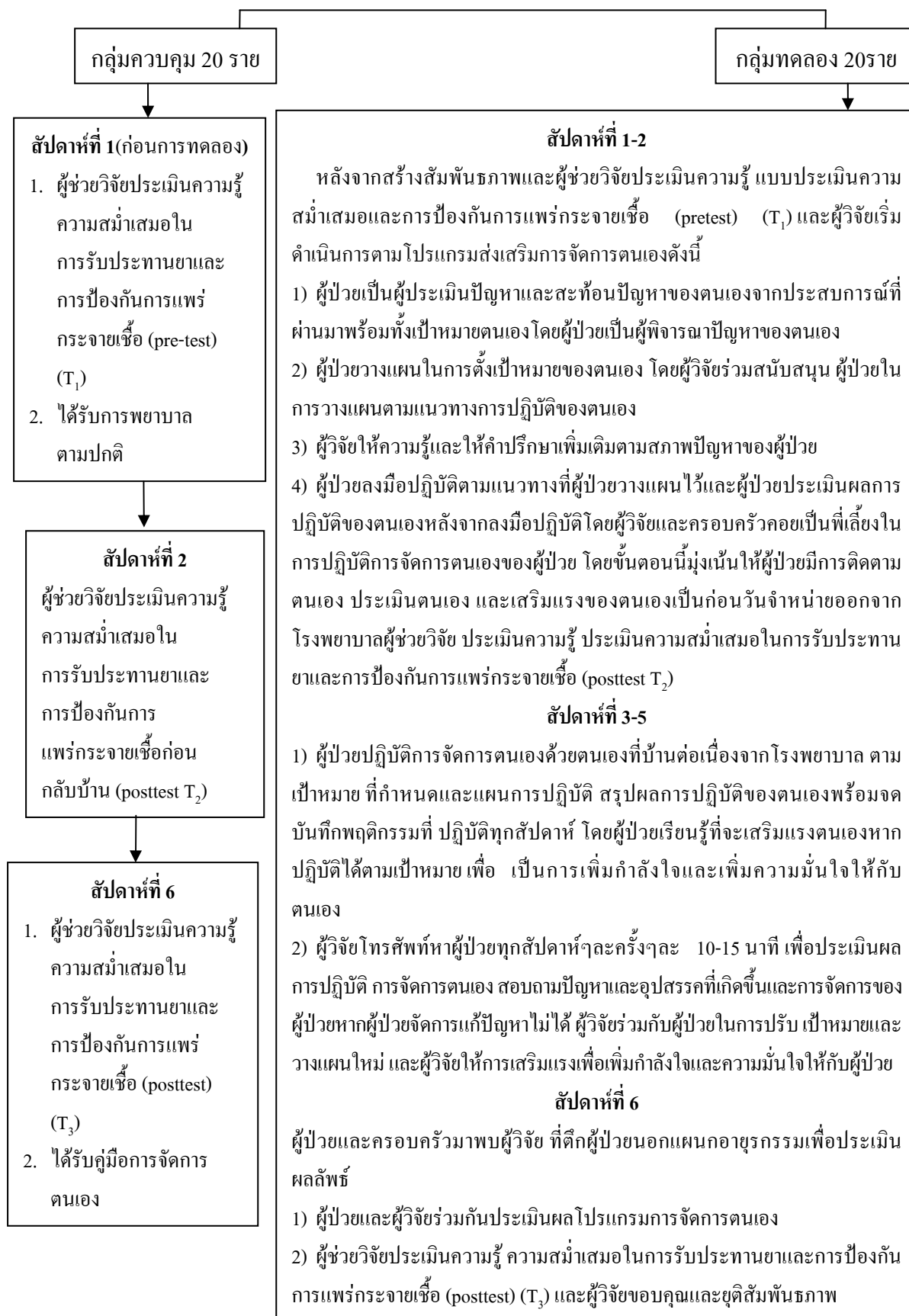
จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นที่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ บอกถึงข้อดีและข้อเสียของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยให้ความรู้ใช้ภาพพลิกการ์ตูนสื่อภาพหนึ่งที่มีรูปการ์ตูนสีสันชัดเจน และคำบรรยายทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นตลอดจนใช้ภาษาพูดที่ผู้ป่วยเข้าใจง่ายเป็นกันเอง เสนอตัวแบบผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ เป็นการสื่อให้ผู้ป่วยเห็นพร้อมกับการสาธิตการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้องและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเอง ส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้วิจัยสอนวิธีการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติตลอดจนการจดบันทึกในสมุดบันทึก โดยยกตัวอย่างประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น เป้าหมายคือ ปรับปรุงการรับประทานยาโดยการตั้งนาฬิกา และให้ผู้ป่วยฝึกการบันทึกด้วยตนเองโดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัว (กรณีมี) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความพร้อมและมีความมั่นใจในการจัดการตนเองเกิดแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหของตนเองและด้วยตนเองให้ดีขึ้น

ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองตามแนวทางที่ผู้ป่วยวางไว้ โดยสัปดาห์แรก ผู้วิจัยและครอบครัวมีส่วนช่วยและให้การสนับสนุนให้กำลังใจทุกวัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ และให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเสริมแรงตนเองและเพิ่มความมั่นใจ ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยคอยให้การติดตามสนับสนุนวันเว้นวันเพื่อให้กำลังใจและความมั่นใจ โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยยังมีปัญหา ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแนวทางใหม่ พร้อมทั้งผู้วิจัยเพิ่มเติมทักษะตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ในวันก่อนกลับบ้าน มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถกำกับตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3-5 หลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยดำเนินการติดตามกำกับด้วยตนเองทั้งหมด โดยผู้วิจัยสนับสนุนด้วยการโทรศัพท์หาผู้ป่วยทุกสัปดาห์ๆ ละครั้งละๆ 10-15 นาที เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อ พร้อมทั้งให้การเสริมแรงทั้งทางบวก ตลอดจนให้ความรู้เพิ่มเติม ร่วมกันวางแผน การปฏิบัติใหม่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ผู้วิจัยให้กำลังใจ เสริมแรงเป็นระยะๆ และเพิ่มความมั่นใจ ให้ผู้ป่วย และหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อนถึงวันนัดผู้วิจัยเป็นผู้โทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนวันนัดผู้ป่วย โดยผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงผลการบันทึก และประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยจากการจดบันทึกในสมุดในด้านความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ 3-5 ขณะ ปฏิบัติการจัดการตนเองด้วยตนเองที่บ้าน จากนั้นผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันประเมินผลลัพธ์จากการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ สรุปลงขั้นตอนการดำเนินงานทดลองได้ ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการทดลอง ผู้วิจัยเข้าไปสอบถาม และสังเกตพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยนั้น ได้ผ่านการแนะนำตัวโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำตึกแล้ว เนื่องจากอาจบกวนความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลอง การรักษาความลับ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยไว้วางใจ รู้สึกสบายใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมก็ให้ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และคำนึงถึงความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยพูดคุยปรึกษาหารือหลังจากมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ระหว่างการพูดคุยหากมีคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะตอบ กลุ่มตัวอย่างย่อมมีอิสระที่จะไม่ตอบ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกหรือยุติการให้ความร่วมมือและออกจากการศึกษาได้ โดยบอกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างในการรักษา และสำหรับการนำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ดังภาคผนวก ข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ ไปประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการรักษา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติพิชเชอร์เอ็กแซก (Fisher Exact test) ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้นวิเคราะห์ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. วิเคราะห์ตัวแปรความสัมพันธ์ในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสม่ำเสมอและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพาราเมตริก พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกันและการกระจายของข้อมูลภายใน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพาราเมตริก ดังนั้น ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลชุดนี้ ด้วยสถิตินอนพาราเมตริก (non parametric) ดังนี้

2.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติฟริดแมน (Friedman test) หากทดสอบแล้วมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญจึงทำการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้สถิติวิลคอกซ์ซ็อน (Wilcoxon Signed Rank test)

2.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับรายคู่ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่ละช่วงเวลาในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติแมนน์-วิทนียู (Man Whitney U test)

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ . 01 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติฟริดแมน (Friedman test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรเป็นรายคู่ด้วยสถิติแมนน์-วิทนียู (Man Whitney U test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะเวลาทดลองที่แตกต่างกัน คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 2) เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 3) เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลอง

2.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย จำนวนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 65) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ) มีการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ) ประมาณเกือบครึ่งหรือ ครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง (ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ) เกือบครึ่งมีบิดา/มารดา เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย (ร้อยละ 55 และ 40 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีกับคนใกล้ชิด (ร้อยละ 85 และ 80) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ไลลิสตุเรโซว์ และฟิชเชอร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตาราง 1

ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษา

ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมานานไม่ครบ (ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ) มีประสบการณ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาสูตรเดิม หรือไม่เคยได้รับการเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 75 และ 70 ตามลำดับ) นอกจากนี้มากกว่าครึ่งเคยหยุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ) โดยมีจำนวนครั้งของการขาดยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในเดือนที่ผ่านมา มากถึงร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเคยมีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติดร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภาวะสุขภาพ และการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ไลลิสตุเรโซว์ และฟิชเชอร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ($n = 20$)		กลุ่มทดลอง ($n = 20$)		รวม ($N = 40$)		Statistic
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	เพศ						
หญิง	7	35.0	7	35.0	14	35.00	
ชาย	13	65.0	13	65.0	26	65.00	
สถานภาพ							0.96 ^a
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกัน	6	30.0	9	45.0	15	37.50	
คู่	14	70.0	11	55.0	25	62.50	
ระดับการศึกษา							1.55 ^b
ประถมศึกษา	12	60.0	11	55.0	23	57.50	
มัธยมศึกษา	4	20.0	2	10.0	6	15.00	
ปวช/ปวส/อนุปริญญา	4	20.0	7	35.0	11	27.50	
อาชีพ							0.90 ^a
รับจ้าง	8	40.0	11	55.0	19	47.50	
ค้าขาย/ทำสวน/งานบ้าน	12	60.0	9	45.0	21	52.50	
วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล							0.14 ^b
บัตรทอง	16	80.0	15	75.0	31	77.50	
ประกันสังคม	4	20.0	5	25.0	9	22.50	

a = Chi-Square test, b = Likelihood Ratio test, c = Fisher's exact test

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		รวม (N = 40)		Statistic
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	ผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย						
บิดา/มารดา	11	55.0	8	40.0	19	47.50	
ภรรยา/สามี	6	30.0	6	30.0	12	30.00	
ผู้ใกล้ชิด (บุตร/พี่/น้อง/เพื่อน/ญาติ)	3	15.0	6	30.0	9	22.50	
ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้ป่วย							1.96 ^b
บิดา/มารดา	9	45.0	5	25.0	14	35.00	
ภรรยา/สามี	8	40.0	12	60.0	20	50.00	
เชื้อสายเดียวกัน (บุตร/พี่/น้อง)	3	15.0	3	15.0	6	15.00	
เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ กับคนใกล้ชิด							0.17 ^c
เปิดเผย	17	85.0	16	80.0	33	82.50	
ไม่เปิดเผย	3	15.0	4	20.0	7	17.50	

a = Chi-Square test, b = Likelihood Ratio test, c = Fisher's exact test

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วย
(N = 40)

ภาวะสุขภาพและการรักษา	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		รวม (N = 40)		Statistic
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอดส์ที่ผ่านมา							0.14 ^c
ไม่ครบ	16	80.0	15	75.0	31	77.50	
ครบ	4	20.0	5	25.0	9	22.50	
ประสบการณ์การรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์							1.03 ^a
ไม่เคย	8	40.0	5	25.0	13	32.50	
เคย	12	60.0	15	75.0	27	67.50	
การหยุดยาต้านไวรัสเอดส์							0.10 ^a
ไม่เคยหยุดยา	8	40.0	9	45.0	17	42.50	
เคยหยุดยา	12	60.0	11	55.0	23	57.50	
อาการข้างเคียงที่เกิดจาก การรับประทานยาต้านไวรัส							
ไม่มีอาการข้างเคียง	13	65.0	15	75.0	28	70.00	0.85 ^b
ไขมัน้ำยที่	3	15.0	3	15.0	6	15.00	
ตัวและตาเหลือง	2	10.0	1	5.0	3	7.50	
ผื่น	2	10.0	1	5.0	3	7.50	
การเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอดส์							0.13 ^a
ไม่เคยเปลี่ยน	15	75.0	14	70.0	29	72.50	
เคยเปลี่ยน	5	25.0	6	30.0	11	27.50	
การสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์/สารเสพติด							0.40 ^a
ไม่เคย	8	40.0	10	50.0	18	45.00	
เคย	12	60.0	10	50.0	22	55.00	
จำนวนครั้งของการขาดยา							0.78 ^c
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง	2	10.0	4	20.0	6	15.00	
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง	18	90.0	16	80.0	34	85.00	

a = Chi-Square test, b = Likelihood Ratio test, c = Fisher's exact test

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในด้าน อายุ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาการติดเชื้อ ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน ความรู้เรื่องโรค (ประเมินครั้งแรก) ด้วยสถิติทีอิสระ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตาราง 3 โดยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 38.90 ปี (S.D = 0.66) และ 36.50 ปี (S.D = 8.17) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,165 บาท (S.D = 4,852.27) และ 10,030 บาท (S.D = 3396.30) ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการบริการต่อครั้ง 107.75 บาท (S.D=58.64) และ 95.50 บาท (S.D =56.98) โดยมีระยะเวลาการติดเชื้อ 35.95 เดือน (S.D = 21.46) และ 37.95 เดือน (S.D = 24.21) ตามลำดับ ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ในวันแรกรับ 123.05 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (S.D = 46.67) และ 121.60 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (S.D = 50.82) ตามลำดับ เมื่อประเมินความรู้เรื่องโรค พบว่ามีค่าคะแนน 8.20 คะแนน (S.D = 2.48) และ 8.10 คะแนน (S.D = 2.71)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ รายได้ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการติดเชื้อ ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันและความรู้เรื่องโรค ด้วยสถิติทีอิสระ (N = 40)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)				กลุ่มทดลอง (n = 20)				t-test
	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	
อายุ (ปี)	38.90	8.66	18	52	36.50	8.17	19	52	0.90 ^{ns}
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	10,165	4,852.27	4,500	20,000	10,030	3396.30	4,800	20,000	0.10 ^{ns}
ค่าใช้จ่ายใน									
การเดินทางมารับ									
การบริการต่อครั้ง	107.75	58.64	20	200	95.50	56.98	20	200	0.67 ^{ns}
ระยะเวลาการติดเชื้อ									-0.28
(เดือน)	35.95	21.46	8	84	37.95	24.21	4	84	^{ns}
ผลการตรวจระดับ									
ภูมิคุ้มกัน (CD4)									
(เซลล์ต่อลูกบาศก์									
มิลลิเมตร)	123.05	46.67	48	210	121.60	50.82	48	212	0.09 ^{ns}
ความรู้เรื่องโรค	8.20	2.48	4	12	8.10	2.71	4	12	0.22 ^{ns}

ns = not significant

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานข้อที่ 3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบด้วยสถิติที่ใช้พารามิเตอร์ คือ มีการกระจายของข้อมูล ไม่เป็นโค้งปกติ และค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน (ภาคผนวก จ) ดังนั้นจึงใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอันดับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบของฟริดแมน (Friedman test) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

1. คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน

กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมในสัปดาห์ 1(ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ 2 และ สัปดาห์ 6 เท่ากับ 89.35 (SD = 1.79), 92.05 (SD = 2.33) และ 90.15 (SD = 3.63) ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 90.00 (IQR = 2.25), 91.00 (IQR = 5.00) และ 90.00 (IQR = 3.75) ตามลำดับ (ตาราง 4) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ภายในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ 1 (ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่ามีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 166, p = 0.00$) (ตาราง 5) ผู้วิจัยจึงทดสอบเพื่อหาผลต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สัปดาห์ที่ 2 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น แต่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ระหว่าง สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) และ สัปดาห์ที่ 6 หรือ สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 (ตาราง 6)

กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 เท่ากับ 89.10 (SD = 2.79), 97.95 (SD = 2.04) และ 99.50 (SD = 0.89) ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 90 (IQR = 3.00), 97 (IQR = 3.00) และ 100 (IQR = 1.00) ตามลำดับ (ตาราง 4) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลอง ของ สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 36.11, p = 0.00$) (ตาราง 5) ซึ่งหมายถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่าง และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอันดับเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ใน สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สัปดาห์ที่ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา			
	\bar{X}	SD	Median	IQR
กลุ่มควบคุม (n = 20)				
สัปดาห์ที่ 1	89.35	1.79	90.00	2.25
สัปดาห์ที่ 2	92.05	2.33	91.00	5.00
สัปดาห์ที่ 6	90.15	3.63	90.00	3.75
กลุ่มทดลอง (n = 20)				
สัปดาห์ที่ 1	89.10	2.79	90.00	3.00
สัปดาห์ที่ 2	97.95	2.04	97.00	3.00
สัปดาห์ที่ 6	99.50	0.89	100.00	1.50

ตาราง 5

เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Friedman test*

	Mean rank	H- test	p
กลุ่มควบคุม (n = 20)			
สัปดาห์ที่ 1	1.65	1.66	0.00
สัปดาห์ที่ 2	2.58		
สัปดาห์ที่ 6	1.78		
กลุ่มทดลอง (n = 20)			
สัปดาห์ที่ 1	1.00	36.11	0.00
สัปดาห์ที่ 2	2.25		
สัปดาห์ที่ 6	2.75		

ตาราง 6

เปรียบเทียบรายคู่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

	1	2	3
	M (diff)	M (diff)	M (diff)
กลุ่มควบคุม (n = 20)			
1. สัปดาห์ที่ 1		-3.34*	-0.67 ^{ns}
2. สัปดาห์ที่ 2			-2.00 ^{ns}
3. สัปดาห์ที่ 6			
กลุ่มทดลอง (n = 20)			
1. สัปดาห์ที่ 1		-3.93*	-3.97*
2. สัปดาห์ที่ 2			-2.89*
3. สัปดาห์ที่ 6			

* $p < .01$, ns = non significant

หมายเหตุ: M (diff) = ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภายในกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ในสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 27.26, p = .00$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็น
 วัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Friedman test

ตัวแปร	M (diff)	H-test	p
สัปดาห์ที่ 1	1.15	27.26	0.00
สัปดาห์ที่ 2	2.10		
สัปดาห์ที่ 6	2.75		

หมายเหตุ: M (diff) = ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาใน
 แต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

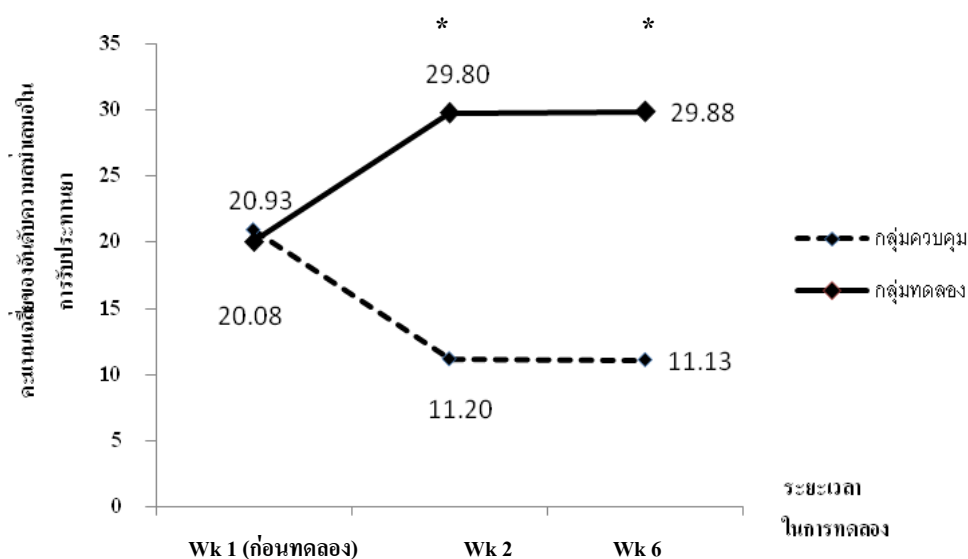
เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่
 เป็นวัณโรคร่วม เป็นรายคู่ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ระหว่างกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสัปดาห์ที่ 2 ($z = -5.17$) และ
 สัปดาห์ที่ 6 ($z = -5.29$) แต่ไม่แตกต่างกันในสัปดาห์ที่ 1 ($z = -0.25$) (ตาราง 8) และ (ภาพ 3) ซึ่งเป็น
 ไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่
 เป็นวัณโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6
 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 8

เปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของอันดับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z-test	p
	Mean rank	Mean rank		
สัปดาห์ที่ 1	20.93	20.08	-0.25	0.80 ^{ns}
สัปดาห์ที่ 2	11.20	29.80	-5.17	0.00*
สัปดาห์ที่ 6	11.13	29.88	-5.29	0.00*

* $p < .01$, ns = non significant



* $p < .01$

ภาพ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน

กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 เท่ากับ 16.45 (SD = 4.31), 17.10 (SD = 4.05) และ 17.50 (SD = 4.25) ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 17.00 (IQR = 7.50), 17.50 (IQR = 7.50) และ 18.00 (IQR = 7.25) ตามลำดับ (ตาราง 9) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ภายในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 17.91$, $p = 0.00$) (ตาราง 10) และเมื่อเปรียบเทียบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมเป็นรายคู่ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอันดับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 (ตาราง 11)

กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 เท่ากับ 16.30 (SD = 3.25), 27.60 (SD = 2.44) และ 29.75 (SD = 0.55) ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 17.00 (IQR = 4.75), 28.00 (IQR = 3.75) และ 30.00 (IQR = 0.00) ตามลำดับ (ตาราง 9) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 36.32$, $p = 0.00$) (ตาราง 10) และเมื่อเปรียบเทียบ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมเป็นรายคู่ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งในสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 11)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ			
	\bar{X}	SD	Median	IQR
กลุ่มควบคุม (n = 20)				
สัปดาห์ที่ 1	16.45	4.31	17.00	7.50
สัปดาห์ที่ 2	17.10	4.05	17.50	7.50
สัปดาห์ที่ 6	17.50	4.25	18.00	7.25
กลุ่มทดลอง (n = 20)				
สัปดาห์ที่ 1	16.30	3.25	17.00	4.75
สัปดาห์ที่ 2	27.60	2.44	28.00	3.75
สัปดาห์ที่ 6	29.75	0.55	30.00	0.00

ตาราง 10

เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Friedman test*

	Mean rank	H- test	p
กลุ่มควบคุม (n = 20)		17.91	0.00*
สัปดาห์ที่ 1	1.45		
สัปดาห์ที่ 2	2.10		
สัปดาห์ที่ 6	2.45		
กลุ่มทดลอง (n = 20)		36.32	000*
สัปดาห์ที่ 1	1.10		
สัปดาห์ที่ 2	2.20		
สัปดาห์ที่ 6	2.80		

* $p < .01$

ตาราง 11

เปรียบเทียบรายคู่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

	1	2	3
	M (diff)	M (diff)	M (diff)
กลุ่มควบคุม (n = 20)			
1. สัปดาห์ที่ 1		-2.74**	-3.23*
2. สัปดาห์ที่ 2			-1.99 ^{ns}
3. สัปดาห์ที่ 6			
กลุ่มทดลอง (n = 20)			
1. สัปดาห์ที่ 1		-3.93**	-3.93*
2. สัปดาห์ที่ 2			-3.18*
3. สัปดาห์ที่ 6			

* $p < .01$, ns = non significant

หมายเหตุ: M (diff) = ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายใน
กลุ่มในแต่ละช่วงเวลา

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ในสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 35.14, p = .00$) (ตาราง 12)

ตาราง 12

เปรียบเทียบความแตกต่างของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Friedman test

ตัวแปร	M (diff)	H-test	p
สัปดาห์ที่ 1	1.00	35.14	0.00*
สัปดาห์ที่ 2	2.25		
สัปดาห์ที่ 6	2.75		

* $p < .01$

หมายเหตุ: M (diff) = ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

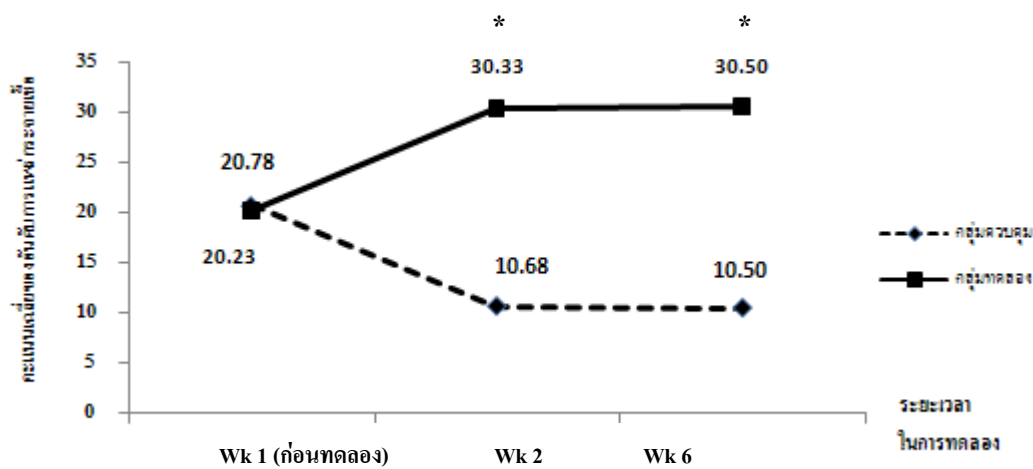
เมื่อเปรียบเทียบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม เป็นรายคู่ ในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 2 ($z = -5.34$) สัปดาห์ที่ 6 ($z = -5.60$) (ตาราง 13) และ (ภาพ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 13

เปรียบเทียบรายคู่ คะแนนเฉลี่ยของอันดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวันโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	z-test	p
	Mean rank	Mean rank		
สัปดาห์ที่ 1	20.78	20.23	-0.15	0.88 ^{ns}
สัปดาห์ที่ 2	10.68	30.33	-5.34	0.00*
สัปดาห์ที่ 6	10.50	30.50	-5.60	0.00*

* $p < .01$, ns = non significant



* $p < .01$

ภาพ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอันดับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สัปดาห์ที่ 1(ก่อนการทดลอง) สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ขณะที่จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงจากร้อยละ 35 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นร้อยละ 15 ในสัปดาห์ที่ 6 ดังตาราง 14

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ตามเป้าหมาย (N = 40)

ความสม่ำเสมอใน การรับประทานยา	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		statistic
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สัปดาห์ที่ 1*					0.03 ^{ns}
รับประทานยาสม่ำเสมอ	0	0	1	5.0	
ไม่ได้รับประทานยา สม่ำเสมอ	20	100	19	95.0	
สัปดาห์ที่ 2*					19.26*
รับประทานยาสม่ำเสมอ	7	35.0	20	100	
ไม่ได้รับประทานยา สม่ำเสมอ	13	65.0	0	0	
สัปดาห์ที่ 6*					29.57*
รับประทานยาสม่ำเสมอ	3	15.0	20	100	
ไม่ได้รับประทานยา สม่ำเสมอ	17	85.0	0	0	

*Fisher's exact test

นอกจากนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 และพบว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 100 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ตามลำดับ ขณะที่จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมแทบจะไม่มีป้องกันการเลย เมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ดังตาราง 15

ตาราง 15

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ตามเป้าหมาย (N=40)

การป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Statistic
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สัปดาห์ที่ 1*					1.00
มีการป้องกัน	0	0	0	0	
ไม่มีการป้องกัน	20	100	20	100	
สัปดาห์ที่ 2*					32.73*
มีการป้องกัน	0	0	18	90.0	
ไม่มีการป้องกัน	20	100	2	10.0	
สัปดาห์ที่ 6*					36.10*
มีการป้องกัน	1	5.0	20	100	
ไม่มีการป้องกัน	19	95.0	0	0	

*Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน โรคร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถอภิปรายลักษณะกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม เพื่อสะท้อนการเป็นตัวแทนประชากรได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เป็นเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.70 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับประชากรในกลุ่มนี้ ดังรายงานของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ที่พบว่าผู้ชายติดเชื้อมากกว่าผู้หญิงและส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งคือมารดา และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับผู้ใกล้ชิดถึงร้อยละ 80-85 ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่ผ่านมาของประณีต (2554) ที่พบว่าบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไว้วางใจ และมีการเปิดเผยกับคนในครอบครัวมากที่สุด คือ มารดา นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำมาก (ค่าเฉลี่ยของ CD4 < 125 cell/mm³) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือ

กลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และร้อยละ 40 ขาดความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบกับก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่ำ โดยส่วนใหญ่มีการขาดยามากกว่าเท่ากับ 2 ครั้ง ซึ่งการขาดยาจะนำไปสู่ผลกระทบที่สำคัญคือระบบภูมิคุ้มกันลดต่ำลงส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาในการแข่งขันกับ เอนไซม์เอชไอวีรีเวิร์สทรานสคริปเตส (HIV-reverse transcriptase) (สมนึก, 2549)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ดังตาราง 6 และ 11 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3 นั่นคือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตาราง 8 และ 13) เนื่องจากผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นไปตามสมมติฐานทุกข้อ จึงได้อภิปรายตามข้อค้นพบตามตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

จากการศึกษา พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นในกลุ่มทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ประการ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง โดยเน้นกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเอง ค้นหาปัญหา และได้รับการจัดการอุปสรรค โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินและวางแผนและตั้งเป้าหมายของตนเองตามปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการเสริมความรู้ หลังการประเมินความรู้ก่อนให้โปรแกรม พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องการเกิดโรค ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับประทานยาไม่เหมาะสม เหตุผลส่วนใหญ่ที่พบ 5 อันดับแรก คือ 1) ทำงาน

จนล้ม/ล้มต้งนำพิกาปลุก/ไม่ได้พักยาคิดตัว 2) รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย/มีอาการข้างเคียงจากยา 3) ยาหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ 4) อาการดีขึ้นหยุดยาเองและ 5) ไม่ต้องการให้เป็นที่สงสัย หลังได้รับการเสริมความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับประทานยาด้านไวรัส โดยดำเนินการให้ความรู้รายบุคคล กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรค การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรค และการให้ความรู้ร่วมกับการแจกคู่มือผู้วิจัย ใช้ภาพพลิกการ์ตูนสื่อภาพนิ่งที่มีรูปการ์ตูน สีสดใสชัดเจน และคำบรรยายทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นตลอดจน ใช้ภาษาพูดที่ผู้ป่วยเข้าใจง่ายเป็นกันเอง เป็นการสื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นเป้าหมายหลักจากการให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเองนั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และตระหนักถึงผลของการรับประทานยาสม่ำเสมอและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวขึ้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกกำหนดเป้าหมายในการรับประทานยา และวางแผนปฏิบัติ โดยเน้นการไม่ลืมรับประทานยา การรับประทานยาให้ตรงตามเวลา ครบตามจำนวนตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนใหญ่วางแผนปฏิบัติโดยมีการตั้งนาฬิกาปลุกด้วยโทรศัพท์มือถือ เพราะสามารถพกพาไปไหนได้สะดวก รวมทั้งมีสมุดบันทึกที่พกติดตัวเป็นประจำคอยเตือนผู้ป่วยอยู่แล้ว ในขั้นตอนการติดตามตนเองนี้ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึง ความสำคัญของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา บอกถึงข้อดี ข้อเสียของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้

นอกจากการเสริมความรู้ในเรื่องโรคแล้ว ยังพบว่าผลจากการเสริมแรงตนเอง ส่งผลให้มีการแก้ปัญหาด้วยตนเองดีขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังภาพ 3 กราฟเส้นแสดง ค่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้คิดชื่อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจำนวน 1 คน โดยเพิ่มเป็นจำนวน 20 คน หลังจากได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นน้อยมาก โดยมีเพียง 7 คน ในสัปดาห์ที่ 2 และลดลงเหลือ 3 คน ในสัปดาห์ที่ 6 ดังตาราง 14 ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า อาจเป็นเพราะหลังจำหน่ายผู้วิจัยมีกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตาม และกำกับตนเองที่ต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์สอบถามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง อุปสรรคในการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาในเรื่องที่ผู้ป่วย ไม่ทราบและต้องการการชี้แนะ ตลอดจนเสริมแรงให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่สามารถพูดคุยปรึกษาได้ เกิดกำลังใจและไม่รู้สึกว่าตนต้องต่อสู้ตามลำพังในการที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาดีนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่

ไม่ได้มีการติดตามหลังจำหน่าย พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ไม่ได้เพิ่มขึ้น หรือแตกต่างไปจากสัปดาห์ที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณนิภาและบำเพ็ญจิต (2555) ซึ่งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ติดเชื้อ โดยเน้นการรับประทานยาที่ถูกต้อง ตรงเวลา รู้จักสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และสามารถติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการจัดการตนเองติดตามเยี่ยม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของฐาณิชญาณ์ (2553) ที่พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของกิฟฟอร์ดและคณะ (Gifford et al., 2002) ที่นำการจัดการตนเองมาใช้ในโรคเรื้อรังและส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเอชไอวีซึ่งพบว่าผู้ป่วยเอชไอวีมีความสม่ำเสมออยู่ในระดับดี แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนั้น สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จากการศึกษา พบว่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้นในกลุ่มทดลอง ทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอาจเป็นผลจากโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ เน้นกระบวนการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลและส่วนใหญ่ มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีการสร้างสัมพันธภาพ และเกิดความไว้วางใจต่อกัน รวมทั้งการกระตุ้นให้สะท้อนคิดถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องมาจากตัวบุคคลคนนั้นและต้องอาศัยการเสริมแรงทั้งจากตนเองและจากบุคคลอื่น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้วิจัยให้การเสริมแรงผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือระหว่างรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปบ้าน ทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะที่นำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

นอกจากนี้แล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการติดตามประเมินตนเอง จึงมีการเสริมความรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้กลุ่มทดลองทั้งหมดไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยพบปัญหา 5 อันดับแรกจากการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน คือ 1) รับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา 2) ไม่บ้วนเสมหะในที่ที่มีภาชนะปิดมิดชิดหรือไม่ได้เผาทำลาย 3) ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยเวลาไอหรือจาม 4) ไม่ได้พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และ 5) ปรับลดจำนวนยาที่รับประทานเอง ทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริงจาก

การวิเคราะห์ของตนเอง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ตั้งเป้าหมายในเรื่อง การรับประทานยาไว้ ดังนี้

- 1) รับประทานยาให้ตรงตามเวลา ครบตามจำนวน ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และ
- 2) สวมหน้ากากอนามัยตลอด จนกว่าผลการตรวจเชื้อไวรัส โครเป็นลบ หลังจากที่ผู้วิจัยให้ความรู้ตามสภาพปัญหาที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ในเรื่องยา ประโยชน์ของการสวมหน้ากากอนามัย พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้น (ดังภาพ 4) และพฤติกรรมดังกล่าวยังคงกระทำต่อเนื่องหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยมีการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ในการติดตามทางโทรศัพท์นี้ผู้วิจัย พบว่า จาการเสริมแรงด้วยการโทรศัพท์แต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการที่จะปฏิบัติตามการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณนิภาและบำเพ็ญจิต (2555) ซึ่งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ติดเชื้อ โดยมีการให้ความรู้ฝึกทักษะในการจัดการตนเองติดตามเยี่ยม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะจัดการกับอาการของตนเอง รู้จักตั้งเป้าหมายและวางแผนตัวเองในการปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายนั้น รู้จักติดต่อสื่อสาร โดยผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยเป็นระยะๆ และเข้าถึงแหล่งของข้อมูลได้ ประกอบกับผู้วิจัยได้ใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ ผ่านสื่อนำเสนอซึ่งมีรูปภาพสีและคำบรรยายพร้อมการสาธิตการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีคู่มือการจัดการตนเองด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อรวมในเล่มเดียวไว้สำหรับผู้ป่วยอ่านและทำความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการจัดการตนเองเกิดแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหาของตนเองและด้วยตนเองหลังจำหน่ายให้ดีขึ้น โดยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น ในสัปดาห์ที่ 2 (จำนวน 18 คน) และในสัปดาห์ที่ 6 (จำนวน 20 ราย) พบว่าทุกรายมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวเท่านั้น ที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังการจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 6 ดังตาราง 15

เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ มีกระบวนการให้ผู้ติดตามกำกับตนเองและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่าย ผู้วิจัยให้ผู้ติดตามกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติของตนเอง พร้อมกับบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-5 และบันทึกผลการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ซึ่งพบว่าตลอดโปรแกรมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกำหนดเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการรับประทานยาให้ตรงเวลาและการป้องกันการแพร่

กระจายเชื้อ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ป่วย เพราะส่วนใหญ่มักจะลืมรับประทานยา และไม่ชอบการใส่หน้ากากอนามัย ซึ่งการกำหนดเป้าหมาย และบันทึกดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ อีกทั้งยังได้ใช้ผลการปฏิบัติของตนเองในสมุดบันทึกมาใช้ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวอลเลค (Wallace et al., 2009) ที่มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยและเพิ่มระดับความมั่นใจมากขึ้น และในการที่ผู้วิจัยมีการติดตามการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-5 เป็นการติดตามผู้ป่วย โดยผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ติดตามตนเองจะมีความระมัดระวังไม่แสดงพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน และการประเมินตนเองก็เป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ และเห็นผลอย่างไร รู้จุดเด่นและจุดด้อยอันจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้นเรื่อยๆ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) และการเสริมแรงจะทำให้เกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การติดตามด้วยการ โทรศัพท์เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ลดระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ด้วยตนเอง และเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมใน โปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ (Kimman et al., 2010)

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัย พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในกลุ่มควบคุมดีขึ้นเฉพาะในสัปดาห์ที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรก (สัปดาห์ที่ 1 ก่อนได้รับ โปรแกรม) อาจเป็นเพราะช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่อยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมักได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ พร้อมเอกสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนมีการให้ยาตามแผนการรักษา การตรวจ วัดสัญญาณชีพ โดยผู้ป่วยได้รับยาทุกมื้อจากพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรับประทานยาสม่ำเสมอและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ในสัปดาห์ที่ 1 และดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 ก่อนจำหน่าย แต่จากการติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 6 พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อลดลง อาจเป็นเพราะไม่มีกระบวนการติดตามหลังจำหน่าย และในการพยาบาลตามปกตินั้น พบว่าพยาบาลไม่ได้เข้าไปมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีการจัดการและกำกับตนเองในเรื่องการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จึงอาจมีผลต่อการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอีกประการหนึ่งหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีความเป็นอิสระมากขึ้น หากขาดการควบคุมและจัดการตนเองย่อมทำให้การรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อลดลง ส่งผลให้กลุ่มควบคุมไม่มีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เห็นได้ชัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษาคั้งนี้ สามารถทำให้มีพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้นจากเดิม โดยมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองและทราบแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยพบว่าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-5 และบันทึกผลการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ซึ่งพบว่าตลอดโปรแกรมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกำหนดเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการรับประทานยาให้ตรงเวลาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ป่วย เพราะส่วนใหญ่มักจะลืม และไม่ชอบการใส่หน้ากากอนามัย โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 และสำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 6 (ร้อยละ 100) และมีผู้ปฏิบัติได้สำเร็จทั้งหมดตลอดโปรแกรมทุกสัปดาห์ ร้อยละ 80 ซึ่งการกำหนดเป้าหมายและบันทึกดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้และเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยอันจะเป็นแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามต้องการ (Bodenheimer & Handley, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของวอลล์เลค (Wallace et al., 2009) ที่รายงานว่า การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยและเพิ่มระดับความมั่นใจ อีกทั้งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และได้กำลังใจที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษา ของรยันและสาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองได้ นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองยังกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผน จนเกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย เพื่อการเสริมแรงในการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยมีการติดตามและเสริมแรงตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองทำให้การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายมีน้อยในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ดีขึ้นเลยหลังจำหน่าย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษานี้มีลักษณะเด่น คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนในการประเมินปัญหา สะท้อนปัญหาสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้เป็นผู้พิจารณาปัญหาของตนเอง ว่ามีปัญหาในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเรื่องใดบ้าง อันจะนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหาและตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น โดยผ่านการวิเคราะห์ตนเอง ค้นหาปัญหา และได้รับการจัดการอุปสรรค โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้เสนอความต้องการ อีกทั้งการประเมินปัญหานั้นครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติได้ดีขึ้น และมีแรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นที่จะแก้ปัญหา

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะจัดการกับอาการของตนเอง รู้จักตั้งเป้าหมาย วางแผนตัวเอง รู้จักติดต่อสื่อสาร และเข้าถึงแหล่งของข้อมูลได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดีขึ้นกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วม โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนเมษายน 2556 - เดือนสิงหาคม 2556 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วย 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 20 ราย หลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สูตรยาที่ได้รับ และระดับ CD4

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ภาพพลิกการ์ตูน แผนการให้ความรู้เรื่องโรค ยา สื่อนำเสนอภาพนิ่ง การสาธิต สมุดบันทึก และคู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้ โดยนำมาแบบประเมินความรู้มาหาความเที่ยง ด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิงเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 6 ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม เป็นในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะช่วงเวลาในสัปดาห์ที่ $(p < .01)$ และสัปดาห์ที่ 6 $(p < .01)$

3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม เป็นในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 2 $(p < .01)$ สัปดาห์ที่ 6 $(p < .01)$

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 3-5 ซึ่งอาจจะไม่สามารถแสดงข้อมูลจากการปฏิบัติจริงได้ทั้งหมด เพราะไม่เห็นสีหน้าท่าทางของผู้ตอบ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่าจากการโทรศัพท์ติดตาม ได้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งบางรายที่มีปัญหา ได้โทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอการปรึกษาเป็นระยะ จึงคาดว่าข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน ไปจากข้อเท็จจริงไม่มากนัก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนัก เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.2 ควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อลดการล้มรับประทานยา เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ทั้งหมด และต้องการการสนับสนุนหรือเสริมแรงเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังจำหน่าย ซึ่งการสอนและฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองตั้งแต่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมีความจำเป็น

1.3 ควรมีการประเมิน ติดตามให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่นการโทรศัพท์ ส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ

พร้อมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้สะท้อนคิดปัญหาอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ปัญหาภายในครอบครัว หรือเหตุการณ์อื่นๆ เป็นต้น ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปเผยแพร่ในสถาบันการศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำกิจกรรมใน โปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยได้ หรือประยุกต์ใช้ กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสมกับ โรคที่เป็นอยู่

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะยาว เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยศึกษานี้ เพียงหกสัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาสั้น จึงควรมีการติดตาม พฤติกรรมเพิ่มเติม โดยประเมินผลในระยะยาว หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมใน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี ตามการนัดหมายของแพทย์ และควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะแทรกซ้อน หลังการรักษา ตลอดจนระดับของปริมาณไวรัสในเลือด เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอด งานวิจัยต่อไป

3.2 ควรมีการประเมินผลลัพธ์ หรือสอบถามความพึงพอใจหลังการได้รับ โปรแกรม การจัดการตนเอง

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องประสบการณ์การจัดการตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ที่ได้รับยาทั้งสองกลุ่ม โรคหลังจำหน่ายเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

4. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเอง มาจัด ทำรูปแบบการพยาบาลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นวัณโรคร่วม หรือผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ เพื่อให้ การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ต่อเนื่อง และลดปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นรายบุคคล และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาระบบติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่าย เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เมืองชนะ, วิไลวรรณ พร้อมมูล, และปิยนุช สมคน. (2547). พฤติกรรมการรับประทานยาต้านเรโทรไวรัสของผู้ป่วยนอกสถาบันบำราศนราดูร พ.ศ. 2546. *วารสารควบคุมโรค*, 30, 19-26.
- กมลรัตน์ อินธิศักดิ์. (2551). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 4(1), 34-41.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกียรติกำจร กุศล, และชัยยศ อุเด็น. (2548). กรณีศึกษา: การศึกษาการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีสุขภาพดีที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลท่าศาลา. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 26(1), 1-9.
- ขวัญตา บาลทิพย์, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, ทิพมาส ชินวงส์, นฤมล อนุมาศ, และโฆมพัทธ์ มณีวัต. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(1), 26-44.
- จันทร์เพ็ญ เผือกไร่. (2550). *การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ในโครงการแอนติรีโทรไวรัสของโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติมา จรูญสิทธิ์, และสุรีพร ธนศิลป์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 16(2), 41-51.
- จินตนา บัวทองจันทร์. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- จุฑาภรณ์ กัญญาคำ, ชนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, และเบญจพร ศิลารักษ์. (2555). *คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 4 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 61-72.
- ฐานิชญาณี หาญณรงค์. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬา ช่วยเมือง, ประณีต ส่งวัฒนา, และวิภา แซ่เขี้ย. (2552). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัส*. *วารสารโรคเอดส์*, 21, 100-117.
- จุฑาภรณ์ คำพานุกต์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง อากาศหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เชิดเกียรติ แก้วกสิกิจ. (2550). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเอดส์*. ค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2555, จาก <http://203.157.45.67/napha9/aidsdata/aidsbesic.html>
- ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ทรุฑกาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, และเยาวรัตน์ อินทอง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1-11.
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิพวรรณ นัทรวิริยะเจริญ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดกับผลการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, และศรีมงคล ประยูรยวง. (2548). *สภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายชนิดแบบ MDR-TB ของศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา พ.ศ. 2547*. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต*, 26(4), 251-258.

- นางนุช เกี่ยมการ. (2554). ผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นางลักษณ์ เทศนา, อารี บุตรสอน, และวิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง. (2545). ผลการรักษาวัณโรคปอด คือยาหลายขนานของศูนย์วัณโรคเขต 6 ขอนแก่นและสกลนคร. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต, 6(1), 101-108.
- นวรรตน์ โกมลวิภาต. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับโคเลสเตอรอลของบุคลากรมหาวิทยาลัยรังสิตที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต, นนทบุรี.
- นิตยาจาร กิตติเดชา, ส่งศรี กิตติรักษัตระกูล, และคารณี จามจรี. (2546). การป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขสำหรับพยาบาล Isolation precautions. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- นิธิพัฒน์ เกียรกุล. (2552). วัณโรคคือยาหลายชนิด. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต, 24, 95-100.
- นัศดา ศรียาภัย. (2551). จาก DOTS ไปสู่ยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัด วิกฤต, 29(3), 159-168.
- บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ. (2546). วัณโรค (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญดา สินสุนทร. (2554). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปองลดา พรหมจันทร์. (2542). วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปิยวรรณ สิงห์คำป้อง. (2554). ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 73-88.

- ปิยวัฒน์ ประสารสืบ. (2552). *ผลการจัดกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมหาชนะชัยและโรงพยาบาลค้อวัง จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- ปรีชา มณฑานติกุล. (2550). *การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ประชาชน.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). *การพยาบาลขั้นสูงสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในยุคนาต้านไวรัสเอดส์*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร, และพัชรียา ไชยลังกา. (2549). *กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผลกระทบระยะยาวทางพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจ: การศึกษาระยะที่ 1 ภาคใต้* รายงานวิจัย สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประนอม นพคุณ. (2551). *ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประพันธ์ กานูกาก, และคณะ. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย
- ปราณี ขาวแดง. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่คลินิกนรีนาม โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา*. ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, ประณีต ส่งวัฒนา, และลดาวลัย ประทีปชัยกูร. (2547). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(2), 1-13.
- พรทิพย์ อุ้นจิตร. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- พัชรินทร์ ดวงคล้าย. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พัชรี ขันติพงษ์, และปานิตา ปทีปวนิช. (2549). *วิธีการและแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยผู้ใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ*. ในพัชรี ขันติพงษ์ และคณะ (บรรณาธิการ), *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*, (หน้า 28-36). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว, ศักรินทร์ จันทรวงศ์, อนงค์พร ประพันธ์วงศ์, และศรัณยา ธรรมกุล. (2548). *การสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อในพื้นที่ เขต 10. วารสารวิม โรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 27(1), 47-55.*
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2551). *ระบาดวิทยาและวิม โรค*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11.
- ไพรวลัย โคตรระตะ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล, และพรศักดิ์ โคตรวงษ์. (2546). *ประสิทธิผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่เน้นการให้กำลังใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดในระยะเข้มข้นของการรักษา*. *วารสารวิม โรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 24(1), 69-77.*
- กุริชญา บุรินทร์กุล, วารุณี ฟองแก้ว, และพูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2550). *การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. *พยาบาลสาร, 34(1), 143-153.*
- มณีรัตน์ สิทธิเดช. (2548). *ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- มาลีนี ชัยรัตน์ศรีสกุล, เกียรติกำจร กุศล, และสายฝน เอกวารงกูร. (2553). *การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิม โรคกินยาอย่างต่อเนื่อง*. *วารสารวิม โรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 3, 111-118.*
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ. (2550). *ยุทธศาสตร์หลักในการควบคุมวิม โรค*. *วารสารวิม โรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 28(3-4), 155-158.*

- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ คำรงภคภากร, บุญรอด ดอนประเพ็ญ, ดวงใจ บุญคง, และพัชรี สมกำลัง. (2556). กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(3), 13-24.
- รจนาไฉน สิงเรศร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วย วัณโรค. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รัตนารณ์ แซ่ลิ้ม. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรรณนิภา แสนสุภา, และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 58-67.
- วารารณ์ ดีเสียง, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำ ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(2), 27-39.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2551). “ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส.” ใน *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการ รับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*, หน้า 13 – 15. โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เเรดิเอชั่น จำกัด.
- วิษชุดา เทียนเกษญา, และเชิดชัย สุนทรภาส. (2555). การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 8(2), 41-52.
- วีรวัฒน์ มโนสุทธิ. (2551). การติดเชื้อมัน โรคในผู้ป่วยเอชไอวี. *วารสารบำราศนราดูร*, 2(2), 99-112.
- ศราวดี สุวรรณประเสริฐ. (2543). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีปัญญา พฤติกรรมที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคเอดส์และการเห็นคุณค่าใน ตนเอง. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.

- ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, กอบเกียรติ ดอนสกุล, เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์, ยุทธศักดิ์ โอสธนากร, สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล, สมศักดิ์ ราบริน, และคณะ. (2546). การประเมินผลโครงการ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกันในเขต 9. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 1(12), 138-143.
- ศรีรัตนา อินทร์ชัย, ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์, และมุสดี คุณาพันธ์. (2554). การศึกษาสถานการณ์ และปัญหาการแยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกอง การพยาบาล*, 38(2), 46-60.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์*. ปรินซิพนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมนึก สังฆานุกาพ. (2549). การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. ในการอบรม “*การพัฒนาระบบบริการ พยาบาลดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS*” (หน้า 168-191). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมพร พงษ์ชู, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค ปอด. *วารสารบำราศนราดูร*, 2 (1), 40-55.
- สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ. (2543). *ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่ ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่*. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรเดช มงคลปทุมรัตน์. (2548). ผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้าน ไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการเขต*, 12, 83-89.
- สุริพร ธนศิลป์, และนฤยา ภักตรเจริญ. (2549). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบ กลุ่มในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด. *วารสาร โรคเอดส์*, 18(1), 12-26.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในยุคของการขยายงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถานการณ์โรคเอดส์ใน ประเทศไทย*. ค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2555 จาก <http://www.dram.moph.go.th>

- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรค 506: Tuberculosis. สำนักกระบาดวิทยา. (2555). ค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2555 จาก www.boe.moph.go.th
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานัต, และประณีต ส่งวัฒนา. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 19(1), 48-62.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 65(2), 95-102.
- อุทัยพรรณ รุดคง, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพหุศาสตร์และวิทยาศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(2), 35-46.
- อรนุช เรืองขจร, และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล. (2554). ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 11-21.
- อรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2547). ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ใน พิระม่น นิงสานนท์และคณะ, บรรณาธิการ. *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. หน้า 21-35.
- Abel, 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.
- Balbay, O., Annakkaya, A.N., Arbak, P., Bilgin, C., Erbas, M. (2005). Which patients are able to adhere to Tuberculosis treatment? A study in a rural area in the Northwest part of Turkey. *Japanese Journal of Infectious Disease*, 58, 152-158.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Bodenheimer, T., & Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling*, 76, 174-180.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Trends in Tuberculosis-United States, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(10), 289-294.
- Chakraborty, N., De, C., Bhattacharyya, S., Mukherjee, A., Santra, S., Banerjee, D., et al. (2010). Drug susceptibility profile of *Mycobacterium tuberculosis* isolated from HIV infected and uninfected pulmonary tuberculosis patients in Eastern India. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 104, 195-201.
- Chan-Yeung, M., Chan, F. H.W., Cheung, A. H. K., Dai, D. L. K., Leung-Wing, C., Wah-Kit, L., et al. (2006). Prevalence of tuberculosis infection and active tuberculosis in old age home in Hong Kong. *The American Geriatrics Society*, 54, 1334-1340.
- Cheng, G., Tolhurst, R., Li, R. T., Meng, Q. Z., & Tang, S. (2005). Factor affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural china: A case study in four counties in Shandong Province. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 99, 355-362.
- Chesney, M. A. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease*, 30, 171-176.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Curtin, R. B., & Mapes, D. I. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-392.
- Farah, M. G., Tverdal, A., Steen, T. W., Heldal, E., Brantsaeter, A. B., & Bjune, G. (2005). Treatment outcome of new culture positive pulmonary tuberculosis. *American Review of Respiratory Disease*, 97(5) 767-790.
- 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 Medicine*, 4, 133-138.
- Forgarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., & Levy, R. (2002). Patients adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patients Education and Counseling*, 46, 93-108.
- Gifford, A. L., & Groessl, E. (2002). Chronic disease self management and Adherence to HIV medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31, 163-166.

- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R., Miller, L. G., Beck, K., Ickovics, J. et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication . *Journal of General Internal Medicine*. 17, 812-813.
- Granich, R., Akolo, C., Gunneberg, C., Getahun, H., & Williams, P. (2010). *Prevention of Tuberculosis in People Living with HIV*. Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/> at Prince of Songkhla University, Hat Yai Campus: Health Science Library.
- Havlir, D. V., et al. (2008). Opportunities and challenges for HIV care in overlapping HIV and TB epidemics. *Journal of the American Medical Association*, 300(4), 423-430.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Intervention for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD000011.
- Johnson, J. L., Okwera, A., Hom, D, L., et al. (2001). Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in HIV-infected adults. *AIDS*, 15, 2137-47.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (305-360). New York: Pergamon Press.
- Kimman, M. L., Bloebaum, M. M., Dirksen, C. D., Houben, R. M., Lambin, P., & Boersma, L. J. (2010). Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *Biomed Central*, 10, 174.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Patients as partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 320(7234), 526-527.
- Luszczynska, A., Sarkar, Y., & Knoll, N. (2007). Receive social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, 66, 37-42.
- Machtiger, E. L., & Bangberg, D. R. (2005). *Adherence to HIV antiretroviral therapy*. Available at <http://hivinsite.Ucsf.edu>.
- Martin, F., Caramlau, I. O., Sutcliffe, P., Martin, S., Bayley, J., & Choudhry, K. (2010). Self-management interventions for people living with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No.: CD008731. DOI: 10.1002/14651858.CD008731

- 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 Nurses in AIDS Care, 2*, 4-15.
- Millard, T., Elliott, J., & Girdler, S. (2013). Self-management education programs for people living with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS patient care and STDs, 27*(2), 103-113.
- Molassiotis, A., Nahas-Lopez, V., Chung, W. Y. R., Lam, S. W. C., Li, C. K. P., & Lau, T. F. J. (2003). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS, 13*, 301-310.
- Murray, M. D., et al. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy, 2*(1) 36-43.
- Naidoo, K., Padayatchi, N., & Abdool karim, Q. (2011). *HIV-associated Tuberculosis*. South Africa, Columbia University.
- Narita, M., et al. (2002). Short-course rifampicin and pyrazinamide treatment for latent tuberculosis infection in patients with HIV infection: The 2-year experience of a comprehensive community. *Chest, 122*(4), 1292-8. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/200393902?accountid=28431>
- Partha, S., et al. (2010). Intensive phase non-compliance to antitubercular treatment in patients with HIV-TB coinfection. *Journal Community Health, 35*, 471-478.
- Ross, Degnan D., et al. (2010). Measuring adherence to antiretroviral treatment in source poor settings. *The clitical Validity of Key Indicators, 10*(42), 1-10.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes, *Nurse Outlook, 57*(4), 217-225.e6. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004.
- Schafer, J. J. (2013). The effects of a Standardized Patient Education Program on self-management outcomes in patients with HIV. *Master of Public Health Thesis and Capstone Presentations*. Presentaion 72.
- Simoni, J. M., Frick, P. A., Lockhart, D., & Liebovitz, D. (2002). Mediators of social support antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care, 16*, 431-439.

- Singhal, S., & Jaiswa, P. (2011). *Presentation of tuberculosis in TB-HIV co-infection patients and the treatment outcome with directly observed short course therapy*. Available online at www.sciencedirect.com
- 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 Counseling*, 50, 187-199.
- Somsong, W. (2002). *Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Sott, R. S., John, C. R., Cheryl, M., Tina, P. B., & Margaret, A. C. (2003). A Medication Self-Management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Education and Counseling*, 50, 187-199.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Lepout, C., Raffi, F., & Moatti, J.P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, 54, 1481-1496.
- Sudarsanam, T. D., et al. (2011). Pilot randomized trial of nutritional supplementation in patients with tuberculosis and HIV-tuberculosis co infection receiving directly observed short-course chemotherapy for tuberculosis. *Tropical Medicine and International Health*, 16(6), 699-706.
- Sujipittham, T., Kulsomboon, V., & Maleewong, U. (2012). Factors affecting adherence to ART regimens among HIV-infected/AIDS-patients at Taksin Hospital. *Journal of Public Health and Development*, 10(1), 29-39.
- Tabi, M., & Vogel, R. L. (2006). Nutrition counseling: an intervention for HIV-positive patients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 676-682.
- Tulatong, S. (2004). *Affective factors to medication adherence among patients receiving highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)*. Unpublished Master thesis of Nursing Science (Community Health Nursing) Mahidol University, Bangkok.
- Uldall, K. K., Palmer, N. B., Whetten, K., & Mellins, C. (2004). Adherence in people living with HIV/AIDS, mental illness, and chemical dependency: A review of the literature. *AIDS Care*, 16, 71-96.

- Vincke, J., & Bolton, R., (2002). Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: Comparison of three sources of information. *AIDS Patient Care and STDS*, 16, 487-495.
- Wallace, A. S., Seligman, H. K., Davis, T. C., Schillinger, D., Arnold, C. L., Bryant-Shilliday, B., et al. (2009). Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 75, 328-333.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2010). *Global tuberculosis control 2010*. Retrieved from http://www.who.int/publications_global_report/2010/en/index.html

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{\frac{(SD_1^2 + SD_2^2)}{2}}$$

E	คือ	ขนาดอิทธิพล
\bar{X}_1	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{X}_2	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SD_1	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
SD_2	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของวรรณนิภา และบำเพ็ญจิต (2555) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

$$\bar{X}_1 = 99.73 \quad \bar{X}_2 = 92.20 \quad SD_1 = 0.59 \quad SD_2 = 2.62$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{99.73 - 92.20}{\sqrt{\frac{(0.59^2 + 2.62^2)}{2}}} \\ &= 3.96 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโคเฮน ซึ่งคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.96 แต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยดังกล่าว และสิ่งทดลองที่ให้แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกคำนวณอิทธิพลที่ .80 เนื่องจากค่าที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ (large effect size) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 40

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางสาววิชรา เสวกพรหม เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ มีการประเมินความรู้ ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อพร้อมทั้งโปรแกรมในการจัดการตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยขอให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับเชิญ/คัดเลือก การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม สามารถปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ และมีพฤติกรรมรับประทานยาที่สม่ำเสมอและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา คือ เป็นผู้ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรมของ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการรักษาด้วยยาทั้งสองโรคหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟัง สื่อสารตามปกติได้

3. ขั้นตอนในการวิจัย ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้ป่วยจะได้รับการกำหนดให้อยู่ หนึ่งในสองกลุ่มการศึกษา คือ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งท่านจะใช้เวลาการเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งมีการพบผู้วิจัยรวม 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยมีค่าตอบแทนเป็น ค่าเดินทางในการเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย และท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้ป่วยที่อยู่กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองและได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองหากมีความต้องการ

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์ การวิจัยครั้งนี้จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัน ไรคร่วม ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเกิดปัญหาการติดเชื้อ ทั้งนี้ท่านจะไม่เกิดความเสียหายใดๆจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

5. การเก็บรักษาความลับ ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัย จะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน โดยที่ท่านสามารถตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วม ในโครงการวิจัยได้ หากแม้ว่าท่านมีการตัดสินใจเข้าร่วม โครงการและให้มีการเก็บข้อมูลไปแล้ว แต่ท่านก็อาจถอนคำอนุญาตของท่านได้ทุกเมื่อและด้วยเหตุผลใดๆก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติของท่าน

7. ข้อสงสัยต่างๆ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัย ให้ท่านติดต่อ นางสาววิชรา เสวกพรหม ที่ 214/4 หมู่ที่ 7 ตำบลนาสาร อำเภอพะพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เบอร์โทรศัพท์ 08x-xxxxxxx

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ด้วยตัวท่านเอง หรือให้บุคคลอื่นลงลายมือแทนภายใต้การอนุญาตจากท่าน พร้อมทั้งมีพยานเซ็นชื่อรับรอง ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับ และท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้แล้ว ข้าพเจ้าขอให้อำนาจยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายังอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมฉบับนี้

ลงชื่อผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย

(.....)

(นางสาววิชรา เสวกพรหม)

ลงชื่อ พยาน

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้
- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ
 - 1.2 ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จำนวน 3 ข้อ และเหตุที่ทำให้ท่านขาดยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา 14 ข้อย่อย
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 15 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม ()

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. การศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ปวช/ปวส/อนุปริญญา ()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ () ไม่ได้ทำงาน () เกษตร
() รับจ้าง () ค้าขาย
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆระบุ.....
6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล () จ่ายเอง () เบิกได้
() บัตรทอง () ประกันสังคม
8. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการต่อครั้งเป็นเงิน.....บาท
9. ผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() บิดา/มารดา () ภรรยา/สามี () บุตร
() พี่/น้อง () เพื่อน/ญาติ () อื่นๆระบุ.....
10. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() บิดา/มารดา () ภรรยา/สามี () บุตร
() พี่/น้อง () เพื่อน/ญาติ () อื่นๆระบุ.....
11. ท่านเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของท่านกับคนที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้
() เปิดเผย () ไม่เปิดเผย

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา

1. ระยะเวลาการติดเชื้อของท่าน..... ปี.....เดือน
2. การรักษาที่ผ่านมา () รักษา () ไม่รักษา
3. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ถ้าไม่เคยให้ข้ามไปทำข้อ 6)
() ไม่เคย () เคย ระบุเริ่มเมื่อ.....
4. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ผ่านมามีท่านเคยหยุดยาหรือไม่
() 1. หยุดเพราะ..... () 2. ไม่หยุด
5. อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัส คือ.....
.....
6. ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส (ข้อ 6-8 ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล)
เริ่ม.....สูตร.....
เปลี่ยนเมื่อ.....สูตร.....
ปัจจุบันสูตรที่ได้รับ.....
7. ประวัติการได้รับยารักษาวัณโรคเริ่ม..... สูตร.....
8. ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)
(ก่อนได้รับยาต้านไวรัส..... cells/mm³ วัน.....เดือน.....ปี.....)
(ล่าสุดที่ได้รับการตรวจ.....cells/mm³ วัน.....เดือน.....ปี.....)
(ก่อนจำหน่าย (หากมี)..... cells/mm³ วัน.....เดือน.....ปี.....)
(หลังจำหน่าย 1 เดือน (หากมี).....cells/mm³ วัน.....เดือน.....ปี.....)
9. ท่านสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด
() สูบบุหรี่ () ดื่ม () เคยใช้
() ไม่สูบบุหรี่ () ไม่ดื่ม () ไม่เคย
10. ท่านมีโรคประจำตัว (ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ)
() มีระบุ..... () ไม่มี
11. อาการและอาการแสดงปัจจุบัน.....
.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

ในรอบ.....สัปดาห์.....เดือนผ่านมา (ส่วนของผู้วิจัย)

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อผลต่อการรักษาที่ถูกต้องในการวางแผนจัดการที่เหมาะสมต่อไป

1. จำนวนครั้งที่รับประทานยาด้านไวรัส คือ.....ครั้ง/วัน
 จำนวนครั้งที่รับประทานยารักษาวัณโรค คือ.....ครั้ง/วัน
 เวลาที่รับประทานยาคือ.....น.และ.....น.
2. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านขาดยาไป.....ครั้ง
3. ในรอบเดือนที่ผ่านมาท่านรับประทานยาผิดเวลาเกิน 30 นาทีไป.....ครั้ง

ส่วนที่ 2.1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ในรอบ..... สัปดาห์.....
เดือนผ่านมา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง เกิดขึ้นจริงเพื่อผลต่อการรักษาที่ดีและถูกต้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง

ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุที่ทำให้ท่านขาดยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา

เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่
1. ทำงานจนลืม/ลืมตั้งนาฬิกาปลุก			8. ไม่ได้พกยาติดตัว		
2. รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย/มีอาการข้างเคียงจากยา			9. ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตและสงสัย		
3. มียาหลายชนิดเกินไป			10. ไม่สะดวกในการเดินทาง		
4. เบื่อหน่าย ท้อแท้			11. อาการดีขึ้นหยุดยาเอง		
5. ขาดหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์			12. ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง		
6. ยาสูญหาย			13. รู้สึกว่าอาการแยลงเมื่อรับประทานยา		
7. ย้ายที่ทำงาน/เปลี่ยนที่อยู่			14. เหตุผลอื่นๆระบุ (.....)		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

คำชี้แจง ถ้าท่านเห็นว่าข้อคำถามนั้นตรงกับพฤติกรรมที่ท่านได้ปฏิบัติ โปรดทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องนั้นเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพียงบางครั้งหรือปฏิบัติ 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานยาครบตามแผนการรักษา			
2. ท่านลด/เพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง			
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว			
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาแดง			
5. ท่านออกกำลังกายวันละ 1-2 ครั้งละ 10-15 นาที			
6. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง			
7. ท่านอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
8. ท่านบ้วนเสมหะ น้ำลายในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและนำไปเผาทำลาย			
9. ท่านล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังสัมผัส			
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือใช้ผ้าปิดปาก/จมูกและไม่ไอหรือจามรดผู้อื่น			
11. ท่านนำเครื่องนอนออกผึ่งแดดอยู่เสมอ			
12. ท่านแยกภาชนะส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ จาน ชาม ช้อน			
13. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง			
14. เมื่อมีอาการผิดปกติท่านปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ท่าน			
15. ช่วงที่ท่านไอท่านไม่ได้แยกห้องนอน			

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.แบบประเมินความรู้

ส่วนที่ 2 สื่อภาพนิ่ง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 4 คู่มือและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 5 การสาธิต

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

1. วัณโรคปอดเกิดจากการติดเชื้อชนิดใด
 - () 1. เชื้อรา
 - () 2. เชื้อโปรโตซัว
 - () 3. เชื้อแบคทีเรีย
 - () 4. เชื้อไวรัส
2. เพราะอะไรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงเป็นวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าปกติ
 - () 1. เพราะไม่รักษาความสะอาดของร่างกายจึงติดเชื้อได้ง่าย
 - () 2. เพราะ วัณโรคทำให้ปอดอ่อนแอ เกิดเจ็บป่วยได้ง่าย
 - () 3. เพราะระบบน้ำเหลืองในร่างกายไม่สามารถจัดสิ่งแปลกปลอมได้
 - () 4. เพราะร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ ทำให้ไม่สามารถต้านทานเชื้อโรคได้
3. อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวัณโรคปอดคืออะไร
 - () 1. ไข้สูงหนาวสั่น
 - () 2. ต่อมนทอลซินโต
 - () 3. เจ็บหน้าอกร้าวไปต้นคอ
 - () 4. ไอเรื้อรังนาน 2-3 สัปดาห์
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดร่วมมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ทางใด
 - () 1. ทางเดินหายใจ
 - () 2. ทางเพศสัมพันธ์
 - () 3. ทางเลือดและน้ำเหลือง
 - () 4. ผ่านทางรกระหว่างตั้งครรภ์
5. วิธีใดไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้
 - () 1. ปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม
 - () 2. ทำลายเสมหะอย่างถูกวิธี
 - () 3. ฉีดวัคซีนป้องกันโรค
 - () 4. ใช้ใบมีดโกนหรือกรรไกรตัดเล็บเฉพาะตนเองไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น

6. ควรรักษาวัณโรคปอดเมื่อใด
- () 1. ทันทีที่รู้ว่าเป็นวัณโรค
 - () 2. เมื่อมีอาการไอเป็นเลือด
 - () 3. เมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลง
 - () 4. รักษาเมื่อร่างกายพร้อมต่อยารักษาวัณโรค
7. ระยะเวลาในการรักษาวัณโรคปอดที่สั้นที่สุดนานกี่เดือน
- () 1. นาน 2 เดือน
 - () 2. นาน 4 เดือน
 - () 3. นาน 6 เดือน
 - () 4. นาน 9 เดือน
8. การรักษาวัณโรคปอดด้วยยาข้อใดไม่ถูกต้อง
- () 1. ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ
 - () 2. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
 - () 3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ยา
 - () 4. เมื่อลืมรับประทานยาให้รับประทานยาที่ลืมจนครบทุกเม็ดและทุกมื้อในทันทีที่นึกได้
9. หากรับประทานยาวัณโรคไม่ครบและไม่สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง จะเกิดผลอะไรตามมา
- () 1. เกิดเชื้อดื้อยา
 - () 2. ร่างกายอ่อนแอ
 - () 3. ภูมิคุ้มกันต่ำ
 - () 4. โรคเอดส์กำเริบ
10. หากมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาวัณโรค ท่านควรปฏิบัติอย่างไร
- () 1. หยุดยาได้เลยไม่ต้องรอกถามแพทย์
 - () 2. หยุดยาและเมื่ออาการทุเลาจึงรับประทานยาต่อ
 - () 3. รับประทานยาต่อและบอกแพทย์เมื่อมาตรวจตามนัด
 - () 4. รับประทานยาต่อและมาพบแพทย์หรือโทรศัพท์สอบถามถึงการแก้ปัญหา
11. ข้อใดไม่ใช่อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยารักษาวัณโรค
- () 1. ท้องอืด ท้องผูก
 - () 2. ตับอักเสบ

- () 3. ตัวตาเหลือง
 - () 4. ชาปลายมือปลายเท้า
12. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอดไม่ควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ คือ ข้อใด
- () 1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่
 - () 2. ดื่มยาคองเห็ดเพื่อชูกำลัง
 - () 3. เปิดหน้าต่างบริเวณที่พักให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก
 - () 4. ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะๆ อย่างสม่ำเสมอ
13. วิธีการทำลายเสมหะที่ไม่ถูกต้อง คือ ข้อใด
- () 1. บ้วนทิ้งลงในท่อระบายน้ำ
 - () 2. บ้วนใส่ภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ
 - () 3. บ้วนใส่ภาชนะที่มีฝาปิด แล้วพาไปฝัง
 - () 4. บ้วนใส่ภาชนะที่มีฝาปิด แล้วพาไปเผา
14. ในการมาตรวจตามนัดช่วงใดที่มีความจำเป็นมากที่สุด
- () 1. ทุกครั้งที่แพทย์นัด
 - () 2. ช่วง 1 เดือนแรก
 - () 3. ช่วง 2 เดือนแรก
 - () 4. ช่วงที่มีอาการรุนแรง

ตัวอย่างสื่อภาพนิ่ง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม



วิชรา เสวกพรหม



นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื้อหาการสอน

- ความรู้เกี่ยวกับโรค
- การจัดการตนเองด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- ผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- การรักษาที่สำคัญคือยา และยาประกอบด้วย อาการข้างเคียงจากยา
- การจัดการตนเองด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ความรู้เรื่องโรค

เอดส์เกิดจากเชื้อไวรัส

เมื่อเข้าสู่ร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย
และวัณโรคเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย



การติดต่อ

วัณโรค

- ทางเดินหายใจ จากการไอ จาม

เอดส์

- เพศสัมพันธ์ เลือด สารคัดหลั่ง
การใช้เข็มร่วมกัน



กรณีมีข้อสงสัย ติดต่อ 08XXXXXXXX

ที่มาข้อมูล

1. กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค
แห่งประเทศไทย, 2544.
2. กระทรวงสาธารณสุข แนวทางระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การ
ผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและเอชไอวีเพื่อการควบคุมและ
ป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง

ด้าน

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จัดทำโดย

น.ส. วิชรา เสวกพรหม

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมุดบันทึกผลการติดตามพฤติกรรม

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยว่าปฏิบัติตาม โปรแกรมที่จัดให้จริง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทุกวัน โดยทำการบันทึกด้วยตนเอง
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติของตนเองว่ามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป และในวันประเมินผลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

สมุดบันทึกการจัดการตนเอง

ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ



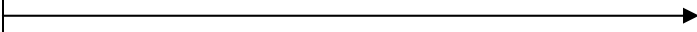
วิชรา เสวกพรหม

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตัวอย่างสมุดบันทึก

สัปดาห์ที่.....เป้าหมายของฉัน...	วันที่ (วัน เดือน ปี)							ระดับความมั่นใจ										
								0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....																		
แผนการปฏิบัติของฉัน	1	2	3	4	5	6	7	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย										
								<input type="checkbox"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="checkbox"/> สำเร็จบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ										
2.								ปัญหา/อุปสรรค										
3.								การแก้ไข้ปัญหา										
4.								กิจกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ (ถ้ามี)										

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตาราง จ 1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
โดยใช้สถิติ *Skewness* และ *Kurtosis*

		Skewness	Std. Error	Skewness/ Std. Error	Kurtosis	Std. Error	Kurtosis/ Std. Error
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา							
สัปดาห์ที่ 1							
	กลุ่มควบคุม	-0.96	0.51	-1.882	0.59	0.99	0.596
	กลุ่มทดลอง	-0.049	0.512	-0.096	-0.413	0.992	-0.416
สัปดาห์ที่ 2							
	กลุ่มควบคุม	0.434	0.512	0.848	-1.800	0.992	-1.815
	กลุ่มทดลอง	-0.22	0.512	-0.430	-1.583	0.992	-1.596
สัปดาห์ที่ 6							
	กลุ่มควบคุม	0.884	0.512	1.727	1.799	0.992	1.814
	กลุ่มทดลอง	-1.251	0.512	-2.443	-0.497	0.992	-0.501
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ							
สัปดาห์ที่ 1							
	กลุ่มควบคุม	-0.194	0.512	-0.379	-1.274	0.992	-1.284
	กลุ่มทดลอง	-0.155	0.512	-0.303	-0.628	0.992	-0.633
สัปดาห์ที่ 2							
	กลุ่มควบคุม	-0.133	0.512	-0.260	-1.172	0.992	-1.181
	กลุ่มทดลอง	-0.863	0.512	-1.686	0.080	0.992	0.081
สัปดาห์ที่ 6							
	กลุ่มควบคุม	-0.158	0.512	-0.309	-1.080	0.992	-1.089
	กลุ่มทดลอง	-2.239	0.512	-4.373	4.657	0.992	4.695

จากตาราง จ 1 จากการแจกแจงคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคปอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Skewness และ Kurtosis ค่า Skewness / Std. Error ไม่มากกว่า ± 3 และ ค่า Kurtosis/ Std. Error ไม่มากกว่า ± 3 ซึ่งเป็นไปตามโค้งปกติ ยกเว้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลอง ซึ่งไม่เป็นไปตามโค้งปกติ

ตาราง จ 2

การทดสอบความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test

	Levene statistic	df1	df2	p-value
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ				
สัปดาห์ที่ 1	2.30	1	38	0.14
สัปดาห์ที่ 2	6.86	1	38	0.01*
สัปดาห์ที่ 6	40.33	1	38	0.00*
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา				
สัปดาห์ที่ 1	4.51	1	38	0.04*
สัปดาห์ที่ 2	0.65	1	38	0.43
สัปดาห์ที่ 6	6.44	1	38	0.02*

จากตาราง จ 2 จะเห็นได้ว่าผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่สองมีค่า p-value เท่ากับ .43 และซึ่งมีค่า p-value > .01 หมายความว่าความแปรปรวนของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ฉ 1

ร้อยละของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

กลุ่ม ตัวอย่าง	% ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา					
	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง(n=20)		
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 6
1	90	95	90	90	97	100
2	92	95	95	87	95	98
3	87	90	92	90	97	100
4	87	90	85	92	100	100
5	90	90	90	85	97	100
6	92	95	90	90	95	100
7	90	95	92	92	97	98
8	90	90	90	90	95	100
9	87	90	85	85	100	100
10	90	95	90	90	100	100
11	90	90	90	87	100	100
12	90	90	85	92	97	98
13	90	95	90	90	100	100
14	90	90	95	95	100	98
15	85	92	100	90	97	100
16	90	92	90	85	100	100
17	90	95	90	85	97	100
18	87	90	87	87	95	98
19	90	90	90	90	100	100
20	90	92	87	90	100	100

ตาราง จ 2

คะแนนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม

ข้อความ	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					
	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง(n=20)		
	สัปดาห์ ที่ 1	สัปดาห์ ที่ 2	สัปดาห์ ที่ 6	สัปดาห์ ที่ 1	สัปดาห์ ที่ 2	สัปดาห์ ที่ 6
1. ท่านรับประทานยาครบตามแผนการรักษา	14	14	15	15	28	29
2. ท่านลด/เพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง	22	22	23	17	29	30
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	14	14	15	17	26	30
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาดอง	20	20	20	18	30	30
5. ท่านออกกำลังกายวันละ 1-2 ครั้งละ 10-15 นาที	10	12	12	18	25	30
6. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง	17	17	17	20	30	30
7. ท่านอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	18	18	20	13	27	30
8. ท่านบ้วนเสมหะ น้ำลายในภาชนะที่มีฝา ปิดมิดชิดและนำไปเผาทำลาย	16	16	15	22	30	30
9. ท่านล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและ หลังสัมผัส	22	23	23	20	30	29
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือใช้ผ้าปิด ปาก/จมูก และไม่ไอหรือจามรดผู้อื่น	20	20	20	12	25	29
11. ท่านนำเครื่องนอนออกผึ่งแดดอยู่เสมอ	17	18	18	10	22	28
12. ท่านแยกภาชนะส่วนตัว เช่นแก้วน้ำ จาน ชาม ช้อน	11	13	13	14	27	30
13. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	10	11	11	18	30	30
14. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติท่านปรึกษา แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์	10	10	10	17	28	30
15. ช่วงที่ท่านไอท่านไม่ได้แยกห้องนอน	20	22	22	21	28	30

ตาราง ข 3

เปรียบเทียบประเมิณการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 6		สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 6	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ท่านรับประทานยาครบตามแผนการรักษา	0.40	0.50	1.25	0.55	0.95	0.61	0.35	0.49	1.90	0.31	2.00	0
2. ท่านลด/เพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง	1.40	0.50	1.30	0.57	1.40	0.50	1.25	0.44	1.90	0.31	2.00	0
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	1.45	0.61	1.35	0.49	1.50	0.51	1.60	0.50	1.85	0.37	2.00	0
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาดอง	1.15	0.75	1.40	0.68	1.30	0.73	1.25	0.44	1.95	0.22	2.00	0
5. ท่านออกกำลังกายวันละ 1-2 ครั้งละ 10-15 นาที	1.35	0.49	1.30	0.57	1.30	0.57	1.20	0.52	1.95	0.22	2.00	0
6. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง	1.30	0.47	1.00	0.65	1.40	0.60	1.30	0.47	1.95	0.22	2.00	0
7. ท่านอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	1.40	0.50	1.10	0.55	1.45	0.70	1.35	0.49	1.75	0.44	2.00	0
8. ท่านขับวนเสมหะ น้ำลายในภาชนะที่มีฝา ปิดมิดชิดและนำไปเผาทำลาย	0.80	0.70	0.80	0.77	1.15	0.75	1.00	0.46	1.85	0.37	2.00	0

ตาราง ๓ 3 (ต่อ)

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 6		สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 6	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
9. ท่านล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังสัมผัส	1.00	0.46	0.95	0.39	1.05	0.39	0.75	0.44	1.55	0.61	1.85	0.37
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือใช้ผ้าปิดปาก/จมูก และไม่ไอหรือจามรดผู้อื่น	0.75	0.72	0.75	0.64	0.70	0.66	0.70	0.80	1.75	0.44	1.95	0.22
11. ท่านนำเครื่องนอนออกผึ่งแดดอยู่เสมอ	1.45	0.51	1.05	0.39	1.35	0.49	1.35	0.49	1.95	0.22	2.00	0
12. ท่านแยกภาชนะส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ จาน ชาม ช้อน	1.20	0.70	1.25	0.64	1.00	0.73	1.20	0.70	1.95	0.22	2.00	0
13. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	1.35	0.49	1.35	0.49	1.40	0.50	1.20	0.62	2.00	0.00	2.00	0
14. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติท่านปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์	1.00	0.56	1.30	0.57	1.00	0.65	1.05	0.61	1.90	0.31	1.95	0.22
15. ช่วงที่ท่านไอท่านไม่ได้แยกห้องนอน	0.50	0.61	0.95	0.34	0.55	0.61	0.75	0.64	1.85	0.37	2	0

ตาราง น 4

เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสม่ำเสมอใน การรับประทานยา	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Wk1	Wk2	Wk6	Wk1	Wk2	Wk6
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
≥ ร้อยละ 95	0(0)	7(35)	3(15)	1(5.0)	20(100)	2(100)
< ร้อยละ 95	20(0)	13(65)	17(85)	19(95)	0(0)	0(0)

ตาราง น 5

แสดงจำนวนครั้งของการขาดยาในรอบเดือนที่ผ่านมา

จำนวนครั้งที่ขาดยา ในรอบเดือนที่ผ่านมา	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Wk1	Wk2	Wk6	Wk1	Wk2	Wk6
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ไม่ขาดยา	0(0)	0(0)	1(5)	0(0)	9(45)	16(80)
ขาดยา 1 ครั้ง	2(10)	7(35)	0(0)	4(20)	11(55)	4(20)
ขาดยา 2 ครั้ง	18(90)	2(10)	0(0)	16(80)	0(0)	0(0)
ขาดยา 3 ครั้ง	0(0)	11(55)	2(10)	0(0)	0(0)	0(0)
ขาดยา > 3 ครั้ง	0(0)	0(0)	17(85)	0(0)	0(0)	0(0)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาววิชรา เสวกพรหม	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5410420007	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	2537
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2546

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพพระตำหนักนาถนุการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 4 และ 5 ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช