


ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส



นางสาว จันทน์ จันทรทำจัน

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

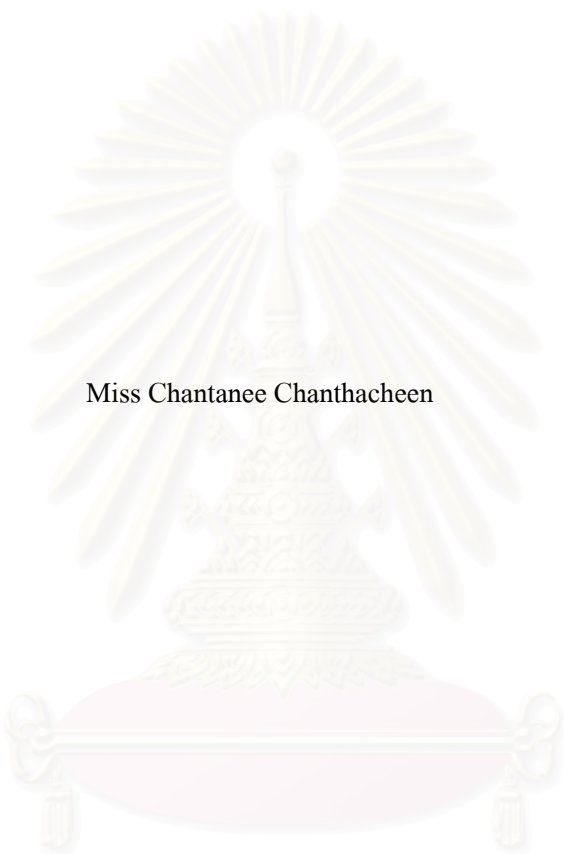
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2214-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE
AMONG HIV INFECTED PERSONS RECEIVING HIGHLY ACTIVE
ANTIRETROVIRAL THERAPY



Miss Chantanee Chanthacheen

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2214 -8

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โดย

นางสาวจันทน์ จันทรทำจีน

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

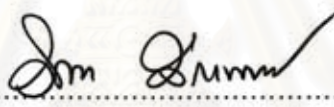
อาจารย์ที่ปรึกษา

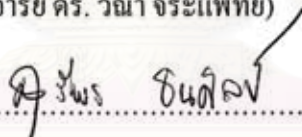
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิภา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุวดี ภาษา)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จันทน์ จันทรทาจัน : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. (THE EFFECT OF USING SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE AMONG HIV INFECTED PERSONS RECEIVING HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY) อ. ที่ปรึกษา : รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 170 หน้า. ISBN 974-14-2214-8.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ และศึกษา เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง เดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือนมีนาคม 2549 จำนวน 40 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ การได้รับยาต้านไวรัสจาก โครงการ/นอกโครงการ ระยะเวลาที่ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ ปัจจัยด้านการได้รับยาต้านไวรัสสูตรเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการ รับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดถูกขนาด และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการ รักษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยา ได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการ สูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยา ได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการสูงกว่า กลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูก ขนาด ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการอาการ สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอใน การใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ได้รับยาต้านไวรัสได้

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... ศันษาณี จันทรทาจัน.....
ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... สุวีพร ธนศิลป์.....

##4777561236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM / MEDICAL ADHERENCE / HIV INFECTED PERSONS / HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY

CHANTANEE CHANTHACHEEN : THE EFFECT OF USING SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON MEDICAL ADHERENCE AMONG HIV INFECTED PERSONS RECEIVING HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 170 pp. ISBN 974-4-2214 -8.

The purpose of this quasi-experimental research was to compare medical adherence among HIV-infected persons receiving Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) before and after their participation in The Symptom Management Program, and to compare medical adherence among HIV-infected persons receiving HAART who participated in The Program and those who received routine nursing care. Research sample were 40 HIV-infected persons receiving HAART at outpatients of King Chulalongkorn Memorial Hospital from December, 2005 to March, 2006. The patients were assigned to an experimental group and a control group by a matched-pair technique. Research instrument was the symptom management program and medical adherence instruments. In this study divide medical adherence instruments in 4 part; part of continue, part of correct time, correct type & correct dose and part of behavior. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation and t-test.

Major results were as follows:

1. Medical adherence in part of continue, part of correct time & part of behavior of the experimental group at the post-test phase was significantly higher than the pre-test phase ($p < .05$), but medical adherence in part of correct type & correct dose was not significantly different.
2. Medical adherence in part of continue, part of correct time & part of behavior at the post-test phase of the experimental group was significantly higher than those of the control group ($p < .05$), but medical adherence in part of correct type & correct dose at the post-test phase of both group were not significantly different.

The results suggest that the symptom management program may improve medical adherence in part of continue, correct time & part of behavior among HIV-infected persons receiving HAART.

Field of study.....Nursing ScienceStudent's signature.....*Chantanee Chanthacheen.*
 Academic year.....2005..... Advisor's signature.....*Sureeporn Thanasilp.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ชนศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำสั่งสอนต่างๆแก่ผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่น พี่ๆ น้องๆ และ เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบเครื่องมือของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขต่างๆ ที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย และ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พี่ๆน้องๆวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของแผนกผู้ป่วยนอกตึก ภปร.1 ภปร.2 และ ภปร.3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เอื้อนนาม ที่ให้ความช่วยเหลือ และประสานงานต่างๆ ด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการบริหารของสภาการศึกษา ที่สนับสนุนด้านทุนการศึกษา รวมทั้งฝ่ายการพยาบาล และ หน่วยงานวิทยาลัยพยาบาลสภาการศึกษา ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกสวัสดิ์-ล้อม โอสถานุเคราะห์ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และ คณะอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสภาการศึกษาทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ และที่สำคัญยิ่งคือ ขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทุกขั้นตอน และการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อผู้ล่วงลับไปแล้ว คุณแม่อันเป็นที่รักยิ่ง สมาชิกทุกคนในครอบครัว และ น.สพ.รุ่งโรจน์ แต่ไพสิฐพงษ์ ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
คำถามการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้.....	14
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	16
1.1 โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์.....	16
1.2 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	17
2. ความร่วมมือในการรักษา.....	27
2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา.....	27
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา.....	30
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	31
2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส.....	34
2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส.....	37
3. แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.....	41

	4. โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือ ในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	46
	5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
	การดำเนินการทดลอง.....	64
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
	สรุปผลการวิจัย.....	90
	อภิปรายผลการวิจัย.....	91
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	103
	รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
	ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	118
	ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	127
	ภาคผนวก ง การวิเคราะห์สถิติเพิ่มเติม.....	131
	ภาคผนวก จ เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	137
	ภาคผนวก ฉ ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	143
	ภาคผนวก ช ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	146
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	170

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่	หน้า
1 ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์.....	16
2 ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส ตามคำแนะนำของ USDHHS.....	18
3 ตารางแสดงขนาดยา และความถี่ในการใช้ยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ.....	20
4 แสดงปฏิกริยาระหว่างยากับอาหาร.....	26
5 แสดงปฏิกริยาระหว่างยากับยา.....	27
6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเมื่อทำการจับคู่.....	56
7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส.....	74
8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตาม ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอ ของรายได้ และวิธีชำระค่ารักษาพยาบาล.....	75
9 แสดงอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดขณะ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบ่งตามรายด้าน.....	77
10 เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการ ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	79
11 เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ จัดการกับอาการ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์.....	80
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนและหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับ อาการ.....	81
13 แสดงปัจจัยด้านระยะการดำเนินโรค การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และ การรับประทานยา อื่นร่วมด้วยของกลุ่มตัวอย่าง.....	134
14 แสดงน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	135
15 แสดงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าติดเชื้อเอดส์/ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยา ต้านไวรัส และค่าเฉลี่ยของ cd4	135
16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ของคะแนนความร่วมมือใน การรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ....	136
17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของคะแนนความร่วมมือใน การรักษาแบ่งเป็นรายด้าน ของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ก่อน และ หลังได้รับ โปรแกรม	136

สารบัญภาพ

๙

ภาพประกอบ	หน้า
ไดอะแกรมภาพแสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดการจัดการกับอาการ.....	41
แผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	71



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่มีการค้นพบโรคเอดส์ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี 2527 จากสถิติของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จากสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตั้งแต่ปี 2527 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 287,231 ราย และมีผู้เสียชีวิตแล้ว 81,176 ราย ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ล้วนเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นทรัพยากรอันมีค่าและเป็นกำลังสำคัญในการเพิ่มผลผลิตของประเทศชาติ ปัจจุบันแม้ว่าการติดเชื้อรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลงจากเดิม แต่ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งต้องการการดูแล ยังคงมีปริมาณมากทุกปี เป็นที่คาดประมาณว่าในปีพ.ศ.2549 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 508,323 ราย และเป็นผู้ป่วยเอดส์ 60,052 ราย จากสถิติดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่าปัญหาโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในหลายๆ ด้าน และแม้ว่าทั่วโลกจะมีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคเอดส์อยู่อย่างต่อเนื่อง แต่เป็นที่ทราบกันดีว่า ในปัจจุบันการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวียังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หนทางหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือและทำได้ในขณะนี้คือ การช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรค ให้แก่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นแนวทางการรักษาที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยปัจจุบันมีโอกาเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากยาดังกล่าวมีราคาที่ถูกลง และองค์การเภสัชกรรม สามารถผลิตยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพดีเทียบเท่ายาต้นแบบ แต่ราคาถูกลงได้หลายขนาน ประกอบกับนโยบายของรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาต้านไวรัส เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาที่ต้องได้รับต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับ ความครบถ้วนและต่อเนื่องในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญ รวมทั้งผู้ป่วยต้องมีการดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการรักษา รวมทั้งการติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เกิดประสิทธิภาพนั้นความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในด้านที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา

ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส นั่น เพื่อให้ปริมาณไวรัสลดลงให้มากที่สุด และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นการช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายให้กลับคืนมาทั้งในด้านของปริมาณ และคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย และอัตราการตายจากโรคฉวยโอกาสที่มักเกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อ ชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลง ลดอัตราการเกิดโรคร่วม ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระของครอบครัว และประเทศชาติที่ต้องใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาโรคแทรกซ้อนได้อีกด้วย (Bruno et al., 2002; ประพันธ์ ภาณุภาค, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา กุลสมบุญ และคณะ (2546) ที่พบว่าการใช้ยาต้านไวรัส สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ได้ถึง 9,143.04 บาท / คน / ปี

ในปัจจุบันการเลือกใช้ยาต้านไวรัสในสูตร Highly active antiretroviral therapy (HAART) ถือเป็นมาตรฐานของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสในเลือดลงถึงระดับที่วัดไม่ได้ หรือน้อยกว่า 50copies/ml. เป็นระยะเวลาานาน แต่เนื่องจากยายังไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้ ยังมีเชื้อไวรัสเอชไอวีที่แฝงอยู่ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ระดับยาต้านไวรัสในเลือดไม่คงที่ ส่งผลทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถเพิ่มจำนวนกลับมาได้อีก และเกิดปัญหาการดื้อยา ดังนั้นการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย จึงมีข้อจำกัดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาดูแลตนเองไปเรื่อยๆตลอดชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) แต่ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส คือการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส เพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้น ที่ประสบความสำเร็จในการรักษา คือ สามารถลดปริมาณไวรัสได้มากที่สุดและนานที่สุด (Stone, 2001) ซึ่งเมื่อศึกษาถึงสาเหตุอันดับแรก ที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำทั้งสิ้น โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีพฤติกรรมในขณะที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การหยุดหรือปรับยาเอง กินยาไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ลืมกินยา หรือกินยาไม่ตรงเวลา การกินยาไม่ถูกต้องกับอาหารหรือยาคืออื่น การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง รวมทั้งการมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ (Vanhove et al., 1996; Maher et al., 1999; Chesney, 2000; Kleeberger et al., 2001; Bernardino et al., 2004; Inge et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ นิตยา แก้วร่วมวงศ์ (2543) ซึ่งศึกษาความร่วมมือ

ในการใช้ยาต้านไวรัสของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 48.9 และจากการศึกษาของ Somchit Tulathong (2004) พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20.2 ที่ใช้ยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ในการประเมินโครงการการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส แบบสูตรยาสามชนิดพร้อมกัน ของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 9 โดยติดตามหลังผู้ป่วยรับการรักษา 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยออกจากโครงการถึง 40 ราย จาก 90 ราย ซึ่งพบว่ามากกว่าครึ่ง ผู้ป่วยหยุดยาโดยสาเหตุมาจากเกิดผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (ศักดิ์ชัย และคณะ, 2546)

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาตามสั่งอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องของอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันชีวิต ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่อง ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ผลการรักษาออกมาดี และมีประสิทธิภาพ (พัฒนาโพธิ์แก้ว, 2537) ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้น หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาอันเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่เชื้อชนิดที่ดื้อยาอีกด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีการป้องกันการแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากต้องเริ่มต้นรักษาผู้ติดเชื้อชนิดที่ดื้อยาด้วยสูตรยาที่ซับซ้อนมากขึ้น มีความยุ่งยากในการรับประทาน และมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้น รวมทั้งมีราคาแพงขึ้น นอกจากนี้การดื้อยาก็ยังทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาในลำดับต่อไปลดลงไปด้วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาในระหว่างรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ดี จึงมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความสำเร็จในการรักษา โดยความร่วมมือที่เหมาะสมในการรับประทานยาต้านไวรัสต้องอย่างน้อยร้อยละ 95 นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยต้องกินยาวันละ 2 ครั้ง จะขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน และต้องกินตรงเวลา คลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง (Paterson et al., 2000; Bartlett, 2002; กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาหรือแม้แต่อารมณ์ต่างๆจากสภาวะของโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าการ

รับประทานยาแล้วมีอาการไม่ดีขึ้น หรือรู้สึกแย่ลงจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยขาดความรู้ความเข้าใจหรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาเหล่านี้เกิดขึ้นได้ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยบางกลุ่มหยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าตนเองมีอาการดีขึ้นมาก หรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับโรค การใช้ยา อาการข้างเคียงจากรวมทั้งการจัดการกับอาการต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Roberts et al., 2000; Mathews et al., 2002; Wagner et al., 2002) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะการได้รับการดูแลเมื่อมีอาการต่างๆ และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติผู้ดูแล ยังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (นิตยา แก้วร่วมวงศ์, 2543; Bruno et al., 2002; Wilson et al., 2002; Tesoriero et al., 2003; ทิพวรรณ วานิชสันต์, 2545; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Somchit Tulathong (2004) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส ในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 406 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษา จำนวนยา และเมื่อยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน และ อาการข้างเคียงจากยาที่เกิดกับผู้ป่วย ผลกระทบของการรับประทานยาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา ยังมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาสูตรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จะสามารถให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาในสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยามากกว่า (Zornilla et al., 2004) นอกจากนี้การใช้ยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียง ทั้งที่ไม่รุนแรงเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง เบื่ออาหาร และอาการที่รุนแรงเช่น ผื่นแพ้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงเรื้อรังในระยะยาว เช่น การเกิดโรคเบาหวาน ตับอักเสบ โลหิตจาง ไขมันในเลือดสูง การเกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายผิดปกติ การเกิดนิ่วในไต อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย ระดับไขมันเปลี่ยนแปลง การเผาผลาญที่ผิดปกติ (Melbourne et al., 1999; Wang et al., 2000; Saah, 2000; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Somchit Tulathong (2004) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 59.9 รายงานว่ามีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาน้อยหนึ่งอาการ โดยอาการที่ผู้ป่วยรายงานว่าพบบ่อย ได้แก่ อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย, ปวดกล้ามเนื้อ และ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์

การมีอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ (Ammassari et al., 2001; Simoni et al., 2002; Bonolo et al., 2004; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Melbourne et al. (1999) ซึ่งพบว่าเหตุผลแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ ทนกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่ไหวถึงร้อยละ 81 นอกจากนี้ Holzemer et al. (1995) พบว่าอาการที่ผู้ป่วยเอดส์รายงานไว้แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคเอง และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว จากผลการศึกษาเหล่านี้พบว่า การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย ในแง่ของอาการต่างๆที่เพิ่มมากขึ้น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อถอย และขาดความมั่นใจในชีวิตตามปกติ ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งการรับประทานยาต้านไวรัส นั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด มีความยุ่งยากในการรับประทานยา ต้องควบคุมการใช้ยากรณีที่ใช้ยาต้านไวรัสร่วมกับยาป้องกันโรคฉวยโอกาสอื่นๆ ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคแทรกซ้อนเหล่านี้ รวมทั้งยาอื่นๆที่ใช้ร่วม อาจส่งผลต่อระดับยาต้านไวรัสในเลือดได้ เช่น ยา Ketoconazole และ ยา Itraconazole จะเพิ่มระดับยาต้านไวรัสในเลือดให้สูงขึ้น, ยา Rifampicin และ ยาต้านชักบางตัว เช่น ยา Phenobarbital จะลดระดับยาต้านไวรัสในเลือด รวมไปถึงการใช้ยาต้านไวรัสร่วมกับยาสมุนไพร ซึ่งพบว่า การนำสมุนไพรต่างๆ มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการแพทย์ทางเลือกที่เป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นอย่างสูงในปัจจุบัน แต่สมุนไพรบางชนิดเช่น St. John's wort และ Grapefruit juice มีรายงานการศึกษาที่พบว่า สมุนไพรเหล่านี้ส่งผลให้ลดระดับยาต้านไวรัสในเลือดทำให้การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ผล (สรรพสารวงการแพทย์, 2547)

ความร่วมมือในการรักษา ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการขาดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นปัญหาที่พบได้เสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส และแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะพยายามค้นหาวิธีการ และกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ เช่น การใช้กล่องแบ่งยา, การใช้เครื่องเตือนเวลา, การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดฝาขวดยา (Medication event monitoring system : MEMS) รวมทั้งการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Goujard et al., 2003; สุทธิณี ดันพงศ์เจริญ, 2546) แต่ยังไม่พบว่า มีวิธีการใดโดยเฉพาะที่ช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด ดังนั้นการนำวิธีต่างๆ มาใช้ร่วมกันหลายๆวิธี อาจจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Paterson et al., 2002; Walsh et al., 2002; Bernardino et al., 2004) และสาเหตุหลักของปัญหาความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยา

อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยา และทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียง และอาการต่างๆจากสภาวะโรคเองอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นการช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการรับประชนาษาสูงขึ้น (Roberts et al., 2000; Mathews et al., 2002; Wagner et al., 2002) ความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาทั้งในด้านคลินิก ด้านไวรัสวิทยา และระบบภูมิคุ้มกัน อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาการคือยาได้ จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องให้ความสำคัญแก่การส่งเสริมพัฒนาให้ผู้ป่วยรับประชนาษาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Bangsberg et al. (2001) พบว่าร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประชนาษาต้านไวรัส สามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ในการชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ให้ลดลงได้ร้อยละ 21 สอดคล้องกับการศึกษาของ Geema (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการลดปริมาณไวรัสในร่างกายเป็น 1.73 เท่า ของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือดี นอกจากนี้ยังพบว่าความร่วมมือในการรักษา ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทั่วไปทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี จะมีอาการทั่วไปดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือสูงถึง 8.3 เท่า

บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล ที่นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาล คือ การจัดการกับอาการต่างๆ โดยการร่วมกันค้นหาวิธีการในการจัดการ หรือบรรเทาเบาบางอาการนั้น ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอณพะจง เเพ็งจาด, 2547) จากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งให้ความสำคัญของการประเมินอาการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงการรายงานอาการ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่มีการรับรู้ ความรุนแรงที่แตกต่างกัน จะช่วยให้การค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพ อันส่งผลทำให้อาการต่างๆลดลง นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา ยังมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งจากภาวะของโรคเอง และจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อัตราการเกิดโรคร่วม และอัตราการตาย จาก การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งในการเลือกใช้กลวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางวิธีที่ผู้ติดเชื้อเลือกใช้บางครั้งอาจไม่ใช่วิธีที่ถูกต้อง หรือมีประสิทธิภาพที่ดีพอ (Laschinger & Fothergill-Bourbonnais, 1999; Nokes et al., 1999; Holzemer et al., 2001; Yun-Fang Tsai et al., 2002; Mayuree Boontad, 2004; จามจური แซ่หลู่, 2543)

พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ในการให้คำแนะนำดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าไปปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ พิจารณหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาในหลายๆด้าน และ ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อม และให้ความร่วมมือในการรักษา การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามาทำได้โดย การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การสอนทักษะในด้านการจัดการอาการต่างๆ การสร้างแรงจูงใจและความหวังในการรักษา รวมทั้งการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จากญาติผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อของญาติ รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541; อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 151 คน พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวจากคู่สมรส และบุตร กับคะแนนความร่วมมือในการรักษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยในบทบาทของวิชาชีพพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสโดยตรง มีเพียงงานวิจัยในกลุ่มของเภสัชกรที่ใช้รูปแบบการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วย ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่มีลักษณะงานที่มีการปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด ตลอดช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีความเหมาะสม ในการส่งเสริมพัฒนาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยร่วมกับญาติ และจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของแผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยมีประวัติของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่การรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งอุปสรรคจากอาการข้างเคียงจากยา จากสภาพปัญหา

ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการ เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเป็นโปรแกรมที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล ตามแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) ซึ่งเป็นการจัดให้แก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เนื่องจากคำนึงถึงการประเมินตามการรับรู้ต่อประสบการณ์การมีอาการ ตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยมีการนำผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือในการจัดการกับอาการ และสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกลวิธีต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยตรง และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งผลที่ได้รับจากการวิจัย จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของการรักษา ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาส ส่งผลต่อระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่สั้นลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย และประเทศชาติได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ จะมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา แตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ล้วนต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมาย ในระหว่างรับการรักษาทั้งร่างกาย จิตใจ และ สังคม โดยเฉพาะจากอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา นอกจากนี้ในบางรายยังคงมีอาการต่างๆอันเกิดจากสภาวะของโรคเองร่วมด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยอาจปฏิเสธการรับประทานยา หรือปรับขนาดยาเอง เพื่อต้องการลดอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อมีความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำ ย่อมส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ก่อให้เกิดปัญหาทั้งในแง่ของคลินิก สังคม และเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ปัญหาการดื้อยา และการสูญเสียด้านค่าใช้จ่ายต่างๆตามมามากมาย ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับอาการต่างๆดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีระดับความร่วมมือในการรักษาที่สูงขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเกิดประสิทธิภาพตามเป้าหมายของการรักษา

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย จากการรายงานตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และช่วยปรับกระบวนการรับรู้ให้ถูกต้องและเหมาะสม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยา และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอาการต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการเหล่านั้นลดลง มีภาวะสุขภาพดี ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย และถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมตามแนวคิดของ Dodd et al. โดยเฉพาะการสนับสนุนจากผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วย ทั้งในด้านการดูแลช่วยเหลือทางร่างกาย การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ และการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การแนะนำส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อดูแลสุขภาพตนเอง การช่วยเหลือดูแลกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากจะนำมาซึ่งความพึงพอใจ ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลและรักษาตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล อันเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ทราบการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน

เพื่อให้สามารถประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง ซึ่งในการจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้จะเป็นการดูแลจัดการกับอาการทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และอาการต่างๆที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเกิดจากสภาวะของโรคเอง รวมทั้งอาการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเกิดจากผลกระทบของโรคและการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการขึ้น จากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001) ร่วมกับการทบทวนตำรา เอกสาร และวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยในทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและไว้วางใจพยาบาล กล่าวที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง โดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินความต้องการ และประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การมีอาการต่างๆทั้งที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และจากผลข้างเคียงของยา ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งการจัดการกับอาการ โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย

2. การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ หลังจากประเมินอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถควบคุมและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาด และมีความต้องการที่จะเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่อง โรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และ ทักษะในการจัดการกับอาการ โดยเป็นการให้ความรู้ในการจัดการกับอาการตามสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น โดยเน้นการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบคำแนะนำ ภาพพลิก ร่วมกับการสาธิต ซึ่งในการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีการประเมินและปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

3. การนำไปทดลองปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยและญาติได้นำความรู้และคำแนะนำที่ได้รับ ร่วมกับการแจกรุ่นคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ผู้ป่วยได้

กลับไปอ่านบททวน และนำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน ร่วมกับการนำตารางบันทึกการใช้ยาให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้บันทึกเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะทำการติดตามสอบถามปัญหา หรืออุปสรรค ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และหากพบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

4. การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล หลังจากที่ได้นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการ และการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้วิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และได้รับการปรับกระบวนการรับรู้ต่ออาการในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งทราบกลวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการอาการต่างๆ จากญาติร่วมด้วย ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพที่ดี สามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินการรับรู้ต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ น้อยลง อันส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรักษาในขณะรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สูงขึ้นตามมาในที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้ (Research hypothesis)

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ จะมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ จะมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการจากผู้วิจัยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือนมีนาคม 2549 วัดผลก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
ตัวแปรต้น (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการ
ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา

คำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร (Operational definition of variable)

โปรแกรมการจัดการกับอาการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับการนำผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001) ร่วมกับการทบทวนตำรา เอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที และ ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้นนาน 4 สัปดาห์ โดยในทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและไว้วางใจพยาบาล กล่าวที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง โดยในการดำเนินการทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การประเมินความต้องการ และประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และจากผลข้างเคียงของยา ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งการจัดการกับอาการ โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย

2. การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ หลังจากประเมินอาการตาม การรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถควบคุมและ จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและ ญาติในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาด และมีความต้องการที่จะเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุม เกี่ยวกับเรื่อง โรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการ ดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และ ทักษะในการจัดการกับอาการ โดยเป็นการให้ ความรู้ในการจัดการกับอาการตามสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น โดยเน้นการให้ญาติได้มีส่วนร่วมใน การช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบคำแนะนำ ภาพพลิก ร่วมกับ การสาธิต ซึ่งในการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีการ ประเมินและปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

3. การนำไปทดลองปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยและญาติได้นำความรู้และคำแนะนำที่ได้รับ ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัสให้ผู้ป่วยได้ กลับไปอ่านทบทวน และนำไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน ร่วมกับการนำตารางบันทึกการใช้ยาให้ ผู้ป่วยได้นำไปใช้บันทึกเองที่บ้าน ภายหลังจากได้รับความรู้จากผู้วิจัยในครั้งแรก ระหว่าง 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะนัดพบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยจะมีการติดตามสอบถามปัญหา หรืออุปสรรค ในการ รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทางโทรศัพท์พร้อมด้วย ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 3 และหาก พบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือยังไม่เข้าใจ เพิ่มเติมอีกครั้ง

4. การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล หลังจากที่ได้ นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการ และการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อส่งเสริม ความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อ วางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้วิจัย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลประจำการซึ่งดูแลผู้ ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเป็นการดูแลในด้านการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษา การปฏิบัติตนในการรับการรักษา การดูแลตนเองต่างๆ ไป โดยเป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ส่วนการพยาบาลที่เน้นการตอบสนองต่อความ ต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยและญาติในแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบข้อซักถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยตามข้อที่ซักถาม

ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ซึ่งทราบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีระบุว่าเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตนมากที่สุด และเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือตนในด้านต่างๆ ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกตามความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง และยินดีให้ความร่วมมือในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วย ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยแนะนำ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- ด้านการเข้ายาด้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย (Hugen et al., 2002)
- ด้านการเข้ายาด้านไวรัสได้อย่างถูกเวลาโดยคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- ด้านการเข้ายาด้านไวรัสได้อย่างถูกชนิด และถูกขนาดตามแผนการรักษา
- ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถดูแลจัดการกับอาการต่างๆ ในระหว่างรับการรักษาทั้งจากตนเอง และจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญ ของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับอาการ มาปรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจริงในคลินิกได้
4. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการในการให้ความรู้ และคำแนะนำปรึกษาแก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น
5. เพื่อเป็นแนวทางด้านการศึกษา ค้นคว้า วิจัยด้านการพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มเติมต่อไป

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - 1.1 โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์
 - 1.2 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. ความร่วมมือในการรักษา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส
 - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - 2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส
3. แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001)
4. โปรแกรมการจัดการกับอาการ เพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1.1 โรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

เป็นโรคติดเชื้อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Human retrovirus ใน subfamily lentivirinae ที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) มี 2 ประเภทคือ HIV-1 และ HIV-2 โดยเชื้อ HIV-1 เป็นสาเหตุหลักของผู้ป่วยโรคเอดส์ เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อกันได้ 3 ทางคือ ทางเลือด ทางเพศสัมพันธ์ และจากมารดาสู่ทารกในครรภ์

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี / โรคเอดส์

ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี / โรคเอดส์ สามารถแบ่งได้ตามเกณฑ์ของ The Center of Disease Control and Prevention : CDC (1993) ซึ่งสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 9 ประเภท ตามอาการแสดงทางคลินิก และระดับภูมิคุ้มกัน ค่าซีดีโฟร์เซลล์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

CD4 T-cell categories	Clinical categories		
	(A) Asymptomatic	(B) Symptomatic	(C) AIDS
1. $\geq 500 \text{ cell/mm}^3$ ($\geq 29\%$)	A1	B1	C1
2. $200-499 \text{ cell/mm}^3$ (14% - 28 %)	A2	B2	C2
3. $\leq 200 \text{ cell/mm}^3$ ($\leq 14\%$)	A3	B3	C3

วงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวีนั้นเมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิดซีดีโฟร์ (CD4 lymphocyte) โดยมีวงจรชีวิต 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเกาะจับและเข้าสู่เซลล์เป้าหมาย โดยใช้ gp120 ซึ่งเป็นยีนที่ควบคุมการสร้างโปรตีนเปลือกหุ้มของไวรัส เป็นตัวเกาะติดกับเซลล์เป้าหมายที่มีตัวจับชนิดซีดีโฟร์ (CD4 receptor) และเกิดการหลอมตัวของเซลล์เมมเบรนของไวรัสเข้ากับผิวของเซลล์เป้าหมาย

2. เมื่อส่วนแกนกลางของไวรัสเอชไอวีเข้าไปในเซลล์เป้าหมายแล้ว เชื้อไวรัสจะทำการถอดรหัสอาร์เอ็นเอ (RNA) สายเดี่ยวของเชื้อไวรัสโดยเอนไซม์ Reverse transcriptase เพื่อสร้าง DNA เส้นคู่ เคลื่อนย้ายผ่านผนังนิวเคลียสของเซลล์ และสอดแทรกเข้าไปในดีเอ็นเอสายปกติของ

เซลล์เป้าหมายโดยใช้เอนไซม์ Integrase ซึ่งจะเป็นต้นแบบในการสร้างเชื้อไวรัสต่อไป ในระยะนี้เชื้อไวรัสเอชไอวีจะเข้าสู่ช่วงที่เรียกว่า Pro virus ซึ่งเป็นระยะแฝงตัว (Latent period)

3. ดีเอ็นเอที่อยู่ช่วง Pro virus ถูกกระตุ้นทำให้เกิดกระบวนการถอดรหัส (Transcription) และการแปลรหัส (Translation) เพื่อสร้างเป็นโปรตีนที่เป็นองค์ประกอบของเชื้อไวรัสเอชไอวี

4. การประกอบส่วนต่างๆของเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าด้วยกัน และออกจากเซลล์โดยกระบวนการแตกหน่อ ในขั้นตอนนี้เอนไซม์ Protease เพื่อตัดส่วนโปรตีนที่ไม่ต้องการออกได้เป็นโปรตีนที่จำเป็นในการประกอบเข้ากันเป็นไวรัสเอชไอวีตัวใหม่

1.2 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมา เพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ต้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ ในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งยาเหล่านี้มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ยังไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปจากร่างกายได้ การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ

1. ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงให้มากที่สุด และยาวนานที่สุด
2. เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD4 cell count)
3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง
4. ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัสที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุดนั้น ยังไม่มีข้อแนะนำที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่มีในปัจจุบันนั้น ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ รวมทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่นปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องกินยาเป็นปริมาณมาก ให้ถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นเวลายาวนาน ปัญหาข้อแทรกซ้อนจากการใช้ยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ปัญหาการดื้อยา และราคายาจึงเป็นปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาในการตัดสินใจใช้ยาด้วยเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส ตามคำแนะนำของ United States Department of Health and Human Services (USDHHS) ปี 2005

อาการทางคลินิกของผู้ป่วย	ระดับ CD4 (cells / cu. mm.)	ปริมาณไวรัส (copies /ml.)	คำแนะนำมาตรฐานของ USDHHS
มีอาการ (เอดส์ หรือ อาการรุนแรง)	ค่าใดก็ได้	ค่าใดก็ได้	รักษา
ไม่มีอาการ	< 200	ค่าใดก็ได้	รักษา
ไม่มีอาการ	200-350	ค่าใดก็ได้	อาจรักษา แพทย์บางท่านอาจ เลือกชะลอการรักษาออกไป จนถึงระดับ CD4 ของผู้ป่วย ลดลงใกล้ 200
ไม่มีอาการ	> 350	≥100,000	บางท่านแนะนำให้เริ่มยาเลย เพราะ โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็น เอดส์ถ้าไม่เริ่มยาจะมากกว่า ร้อยละ 30 ในเวลา 3 ปี แต่ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจะชะลอ การรักษาออกไปก่อน และ ติดตามผู้ป่วยและระดับ CD4 ให้ใกล้ชัดเจน
ไม่มีอาการ	> 350	< 100,000	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่จะชะลอ การรักษาออกไปก่อน เพราะ โอกาสที่จะเป็นเอดส์น้อยกว่า ร้อยละ 15 ในระยะเวลา 3 ปี

แนวทางการเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ของประเทศไทย
กระทรวงสาธารณสุข (2545)

1. แนะนำว่าควรเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในกรณีต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์ (ยกเว้นวัณโรคปอด) ไม่ว่าจะมียา CD4 เท่าใด

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 cells / cu. mm.
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ Oral thrush, ไข้เรื้อรังไม่ทราบ

สาเหตุ, ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ, อูจระระร่วงเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นานกว่า 14 วัน หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 15 ภายใน 3 เดือน

2. ไม่ควรเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการที่มีค่า CD4 >200 cells / cu. mm. แต่ให้ติดตามอาการและตรวจวัดระดับ CD4 ดังนี้

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 200-350 cells / cu. mm. ให้ตรวจวัดระดับ CD4 ทุก 3 เดือน
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 > 350 cells / cu. mm. ให้ตรวจวัดระดับ CD4 ทุก 6 เดือน

หลักสำคัญของการเริ่มยาในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการคือ ควรเริ่มยากี่ต่อเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม และมีความตั้งใจจริงที่จะรับการรักษา เนื่องจากในการรับประทานยาเป็นเวลานาน การประสบความสำเร็จในการรักษาจะขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก

การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ เพื่อไปรบกวนวงจรชีวิตของเชื้อไวรัสเอชไอวี เพื่อควบคุมการแพร่กระจายการติดเชื้อของเซลล์ ในปัจจุบันมียาอยู่ 3 กลุ่มได้แก่

1. Nucleoside analogues reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ reverse transcriptase โดยจับกับเอ็นไซม์นี้ที่ตำแหน่ง Substrate binding site ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวี ไม่สามารถถอดรหัสสายอาร์เอ็นเอ เพื่อสร้างเป็นดีเอ็นเอต้นแบบได้ แต่เป็นการแย่งจับไม่ถาวร จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 2 ยาในกลุ่มนี้ เช่น Zidovudine (AZT), Didanosine (ddI), Zalcitabine (ddC), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC) และ Abacavir (ABC)

2. Non-Nucleoside analogues reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ reverse transcriptase เช่นเดียวกับยากลุ่มแรก แต่จะจับกับเอ็นไซม์ในตำแหน่งที่ต่างกัน และจับแบบถาวรจึงมีฤทธิ์แรงกว่ายาในกลุ่มแรกมาก ยาในกลุ่มนี้เช่น Nevirapine (NVP), Efavirenz (EFV) และ Delavirdine (DLV)

3. Protease inhibitors (PIs) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ Protease ทำให้ไม่สามารถตัดโปรตีนที่ไม่จำเป็นออกเพื่อประกอบเป็นไวรัสตัวใหม่ได้ ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆเข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้ ยาในกลุ่มนี้เช่น Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Amprenavir (APV) และ Nelfinavir (NFV)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงขนาดยา และความถี่ในการใช้ยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ

ยาต้านไวรัส	ขนาดของยา และความถี่ในการใช้ยาแบ่งตามน้ำหนักตัว	
	< 60 kg.	≥ 60 kg.
Zidovudine (AZT)	200 mg. ทุก 12 hr.	200 mg. หรือ 250 mg. ตอนเช้า 300 mg. ตอนเย็น
Didanosine (ddI) tablet	125 mg. ทุก 12 hr. หรือ 250 mg. ทุก 24 hr.	200 mg. ทุก 12 hr. หรือ 400 mg. ทุก 24 hr.
Didanosine (ddI) Sachet	170 mg. 1 Sachet + 115 mg. 1 Sachet วันละ 1 ครั้ง	115 mg. 2 Sachet ทุก 12 hr.
Stavudine(d4T)	30 mg. ทุก 12 hr.	40 mg. ทุก 12 hr.
Lamivudine(3TC)	150 mg. ทุก 12 hr.	150 mg. ทุก 12 hr.
Abacavir (ABC)	300 mg. ทุก 12 hr.	300 mg. ทุก 12 hr.
Nevirapine(NVP)	200 mg. วันละครั้งเป็นระยะเวลา 14 วัน ถ้าไม่มีผื่นแพ้หรือค่าLFT ไม่ สูงมากกว่า 3-5 เท่า ให้เพิ่มขนาดยาเป็น 200 mg. ทุก 12 hr.	
Efavirenz (EFV)	600 mg. ก่อนนอน วันละครั้ง	
Indinavir(IDV)	IDV 800 mg. ทุก 12 hr.	
+ Ritonavir(RTV)	RTV 100 mg. ทุก 12 hr.	
Saquinavir (SQV)	SQV 1600 mg. วันละครั้ง	
+ Ritonavir(RTV)	RTV 100 mg. วันละครั้ง	

สูตรยาต้านไวรัส

นับตั้งแต่ยา AZT ออกจำหน่ายครั้งแรกในปี 1987 ปัจจุบันมียาต้านไวรัสให้เลือกใช้ได้มากขึ้นซึ่งได้รับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาแล้วถึง 17 ตัว ซึ่งในปัจจุบันสูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำให้ใช้ประกอบด้วยยาต้านไวรัส 3 ตัวรวมกัน เรียกว่า Highly active antiretroviral therapy (HAART) ถือเป็นมาตรฐานของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสในเลือดได้ลงถึงระดับที่วัดไม่ได้ หรือน้อยกว่า 50 copies/ml. เป็นระยะเวลานาน ช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ให้ช้าลง ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาน้อย นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีการพัฒนา

อย่างต่อเนื่อง โดยการปรับปรุงยาเป็นแบบเม็ดรวมขึ้นมาหลายชนิด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถรับประทานได้สะดวกมากขึ้น เช่น

- Combid / Zilarvir ประกอบด้วยตัวยา AZT+3TC
- GPO-VIR S30 ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + d4T 30 mg.
- GPO-VIR S40 ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + d4T 40 mg.
- GPO-VIR z ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + AZT 250 mg.

ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสและการดูแลรักษา

ยาต้านไวรัสแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกันไป นอกจากนี้ยาอื่นที่นำมาใช้ร่วมด้วยรวมทั้งอาหารที่รับประทานบางชนิด ยังมีผลต่อระดับยาในกระแสเลือด รวมทั้งเมื่อมีการนำเอายาต้านไวรัสมาใช้มากขึ้น ก็พบผลข้างเคียงใหม่ ๆ มากขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงบางอย่างพบบ่อยเฉพาะเมื่อใช้ยาบางกลุ่มดังรายละเอียด

1. ยากลุ่ม NRTI

Class adverse effect ของยากลุ่มนี้ ได้แก่ Lactic acidosis จาก mitochondrial toxicity ซึ่งภาวะ lactate คั่ง คือระดับ lactate ที่เจาะจากหลอดเลือดดำ $> 2.5-5.0$ mmol./L ส่วน Lactic acidosis คือภาวะที่ผู้ป่วยมี arterial PH ≤ 7.35 และ venous lactate > 5 mmol./L

Hyperlactatemia อาจพบได้ถึง 10% หรือมากกว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม NRTI ผู้ป่วยมักมีอาการเมื่อระดับ lactate ในเลือด > 5 mmol./L อาการดังกล่าวได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบาย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดท้อง ตับโตมากกดเจ็บจากภาวะไขมันเสื่อม (steatosis) หายใจหอบเหนื่อย ตรวจเลือดพบระดับ SGOT/SGPT กรดแลคติก เอนไซม์หัวใจ และ amylase สูงขึ้น และมีค่าไฮโดรเจนคาร์บอนเดอในเลือดต่ำ

ในการรักษาภาวะ Hyperlactatemia และ Lactic acidosis จำเป็นต้องหยุดยา ARV และยาอื่นๆ ที่อาจมีส่วนทำให้เกิดภาวะนี้ และตรวจหาว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ หรือไม่ ให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้สารน้ำให้เพียงพอ ให้ O_2 ถ้าจำเป็นอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือทำ Hemodialysis ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาจำเป็นต้องได้รับข้อมูลของอาการและอาการแสดงดังกล่าว เพื่อมาพบแพทย์ได้ทันเวลาที่

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม NRTI แต่ละตัว

1.1) Zidovudine (AZT) ชื่อการค้า Retrovir/Antivir

- อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ แก้ไขโดยดูแลรักษาตามอาการ
- Myopathy พบได้น้อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อที่ขาและ gluteal muscles มี CPK และ LDH สูงหากอาการเป็นมากแพทย์อาจพิจารณาหยุดยาจะช่วยให้อาการดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ โดยพิจารณาเปลี่ยน AZT เป็น NRTI ตัวอื่นแทน

- ซีด โลหิตจาง เกิดใน 2-4 สัปดาห์ ให้ลดขนาดยาจนเหลือ 200 mg. เข้า-เย็น ถ้าซีดมากให้เปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่นแทน

- Neutropenia มักเกิดใน 12-24 สัปดาห์หลังได้ยา AZT สาเหตุที่พบบ่อยกว่าคือ เกิดจากยา co-trimoxazole ที่ให้เพื่อป้องกันปอดอักเสบ PCP ซึ่งถ้าเกิด absolute neutrophil count < 750 ตัว/ลบ.มม. ในผู้ที่ไม่ได้เกิดจากยา co-trimoxazole หรือสาเหตุอื่น ให้เปลี่ยน AZT เป็น NRTI ตัวอื่นแทน

- Lactic acidosis พบน้อยมาก แต่อันตรายอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

- เล็บมีสีคล้ำ อื่นๆ เช่น ตับอักเสบ ปวดศรีษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

1.2) Stavudine (d4T) ชื่อการค้า Zerit /Stavir

- peripheral neuropathy พบได้ 5-15% มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังได้ยา อาจมีอาการปวด ร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า เมื่อหยุดยาอาการมักหายไปอย่างรวดเร็ว ถ้าใช้ร่วมกับ ddI มีโอกาสเกิด neuropathy มากขึ้น แก้ไขโดยให้การรักษาตามอาการ และแพทย์อาจพิจารณาลดขนาดยาตามความเหมาะสม ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรง อาจพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาอื่นแทน

- Lactic acidosis พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม NRTI ด้วยกัน แต่อุบัติการณ์โดยรวมต่ำ

- Lipatrophy มีแก้มตอบ ไขมันใต้แขนขาดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำที่แขนขา ชัดเจนขึ้น เกิดหลังจากผู้ป่วยทานยาติดต่อกันนานเกิน 1 ปี เมื่อเริ่มมีผลข้างเคียงนี้อาจพิจารณาเปลี่ยนยาเป็นยาอื่น อาการแก้มตอบอาจดีขึ้นหรือคงเดิม

- อาการอื่นๆ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร ปวดศรีษะ

1.3) Lamivudine (3TC) ชื่อการค้า EpiVir / Lamivir

- มีผลข้างเคียงค่อนข้างน้อย ไม่ค่อยมีรายงาน อาจพบปวดศรีษะ อ่อนเพลีย ผื่นแพ้ ตับอ่อนอักเสบ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย, มีกรดในกระเพาะอาหาร)

1.4) Didanosine (ddI) ชื่อการค้า Videx /Divir

- peripheral neuropathy ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า พบได้ 5-12% มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังได้ยา ถ้าอาการรุนแรงพิจารณาหยุดยา

- ตับอ่อนอักเสบ พบได้ 1-9% (อัตราตายจากตับอ่อนอักเสบสูง 6%)

- ตับอักเสบ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร)

- Lactic acidosis

1.5) Abacavir (ABC) ชื่อการค้า Ziagen

- Hypersensitivity reaction ภาวะภูมิไวเกิน พบได้ 2-3% มักเกิดใน 6 สัปดาห์แรก หลังจากได้ยานี้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ผื่นแบบ maculopapular หรือแบบลมพิษ อ่อนเพลีย N/V

ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดข้อ เจ็บคอ ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ระดับ SGOT SGPT สูงขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วห้าม rechallenge ด้วยยานี้อีก ควรเตือนให้ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ทราบว่า ถ้ามีอาการไข้ร่วมกับผื่นอาการระบบทางเดินอาหารดังกล่าว และอาการไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ต้องหยุดยาและห้ามรับประทานยานี้อีกตลอดไป หลังจากอาการแพ้ยาดีขึ้นแล้วก็ตาม

- Lactic acidosis

2. ยากลุ่ม NNRTI

Class adverse effect ของยากลุ่มนี้ ได้แก่ มีผื่นร่วมกับมีไข้ พบได้บ่อย 16% ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงมักเกิดใน 2-4 สัปดาห์แรก อาจหายได้เองหรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา ในผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็น กลุ่มอาการสตีเวนจอห์นสัน จนเสียชีวิตได้ หรือมีพิษต่อตับ

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม NNRTI แต่ละตัว

2.1) Nevirapine (NVP) ชื่อการค้า Viragen/Viramune/Neravir

- ผื่น พบได้ถึง 16% ส่วนใหญ่มีผื่นไม่รุนแรงเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรกของการใช้ยา และอาจหายไปเองได้หลังได้ยา antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา ถ้ามี mucous membrane involvement ต้องหยุดยานี้เพราะอาจกลายเป็นผื่นแพ้ยารุนแรง (Steven-Johnson Syndrome) ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดกลุ่มอาการ DRESS (ผื่น, ไข้, eosinophilia และ multiple organ involvement) ต้องหยุดยาเช่นกัน ยานชนิดนี้พบอาการแพ้เกิดได้บ่อยกว่ายาคือชนิดอื่น ดังนั้นในการเริ่มกินยานี้จะให้ Nevirapine ขนาด 200 mg. วันละครั้งนาน 14 วัน แล้วจึงเพิ่มขนาดเป็น 400 mg./วัน ซึ่งพบว่าช่วยลดอุบัติการณ์ของผื่นและตับอักเสบได้ ดังนั้นในการเตรียมพร้อมด้านความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแพ้ และอาการข้างเคียงของยาจึงมีความสำคัญ เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยหยุดกินยาเองเนื่องจากความไม่เข้าใจหรือจากความท้อแท้ได้

- อาจทำให้ตับอักเสบ ถ้า SGPT > 5 เท่าของปกติ ควรต้องหยุดยา หรืออาจมีอาการอื่น เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ

2.2) Efavirenz (EFV) ชื่อการค้า Stocrin

- ผื่น แต่พบน้อยกว่า Nevirapine ไม่จำเป็นต้องหยุดยา ผื่นรุนแรงพบได้ 1-2%
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ลึบสน ประสาทหลอน ย้ำคิดย้ำทำ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยานี้ก่อนนอน และเตือนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงนี้เพื่อป้องกันอันตรายขณะขับรถหรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอุบัติเหตุ

- ตับอักเสบ ไ้ไขมัน cholesterol สูง

- ยานี้อาจทำให้ลูกในท้องพิการ ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์

นอกจากนี้ในยากลุ่ม NNRTIs พบว่ายา Nevirapine เป็นยาที่ทำให้เกิดตับอักเสบได้บ่อยที่สุดสูงถึง 12.5% บางรายเกิดตับอักเสบรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งการเริ่มยา Nevirapine ด้วยขนาด

200 mg. /day จะช่วยลดอุบัติการณ์นี้ได้ และผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อดู liver transaminase ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก และทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือนหลังจากนั้นทุก 1-3 เดือน

3. ยากลุ่ม Protease inhibitors (PIs)

Class adverse effect ของยากลุ่มนี้ได้แก่ N/V ท้องเสีย SGOT/SGPT สูงขึ้น เมื่อรับประทานยาในกลุ่มนี้เป็นเวลานานพบว่า ทำให้เกิดภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง บางรายน้ำตาลในเลือดสูงจะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยา บางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ใช้ยากลุ่มนี้ต่อได้ร่วมกับการกินยาเบาหวานหรือฉีดอินซูลิน และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือพบไขมันในเลือดสูงทั้งไขมันไตรกลีเซอไรด์ และคอเลสเตอรอล นอกจากนี้อาจพบการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมันส่วนต่างๆของร่างกายที่ผิดปกติ (Lipodystrophy) และอาจทำให้เลือดออกในผู้ป่วย hemophilia

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม Protease inhibitors (PIs) แต่ละตัว

3.1) Indinavir (IDV) ชื่อการค้า Crixivan

- N/V ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร)
- อาจเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะและ/ หรือ hematuria พบได้ 5-15% ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆหลังทานยา (>1.5-2ลิตร/วัน) บางรายอาจเกิดไตวายได้

- ปวดศีรษะ

- มี indirect bilirubin สูงขึ้น โดยไม่มี SGOT/SGPT สูงร่วมด้วย พบได้ 10-15%

3.2) Ritonavir (RTV) ชื่อการค้า Norvir

- N/V มากเมื่อใช้ขนาดยาสูง

- ชาที่ลิ้น หรือรอบๆปาก หรือปลายมือปลายเท้าลิ้นรับรสเปลี่ยนไป

- ปวดศีรษะ เอ็นไขว้ตึงสูงขึ้นมีไขมัน Triglyceride สูงขึ้น อ่อนเพลีย

3.3) Nelfinavir (NFV) ชื่อการค้า Viracept

- ท้องเสีย พบ 10-30% ซึ่งอาการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Immodium

- ตับอักเสบ ผื่นแพ้ยา (พบน้อย)

3.4) Saquinavir (SQV) ชื่อการค้า Fortovase

- ผื่นแพ้ยา (พบน้อย)

นอกจากนี้พบว่ายากลุ่ม Protease inhibitors (PIs) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาคิดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดผลข้างเคียงในระยะยาว ได้แก่

- *Lipodystrophy* ได้แก่ ความผิดปกติของการกระจายตัวของไขมัน และ insulin resistance เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและหน้าตา ไขมันสะสมในอวัยวะต่างๆผิดปกติ เช่น ไขมันลงพุง ไขมันพอกที่หน้าอก และต้นคอ (buffalo hump) แต่หน้าและแก้มตอบ และแขนขาลีบ

สำหรับการรักษาภาวะนี้ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลชัดเจน บางคำแนะนำจะใช้แนวทางให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ หรือใช้การศัลยกรรมตกแต่ง

- *Hypercholesterolemia* ไขมันโคเลสเตอรอลสูง และ เอชดีแอลต่ำ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร ออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมความดันโลหิตถ้ามีความดันโลหิตสูง ถ้าควบคุมด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว ระดับไขมันโคเลสเตอรอลยังมากกว่า 6.5 mmol /L หรือ LDL : HDL > 4:1 ให้ยา pravastatin 40 mg. hs. หรือ atorvastatin 10 mg. hs. โดยหลังการรักษาต้องการให้ไขมันโคเลสเตอรอลลดลงเหลือ ≤ 5.5 mmol/L หรือ LDL:HDL < 3:1

- *Hypertriglyceridemia* ไตรกลีเซอไรด์ ถ้าใช้การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายแล้วระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ยังคงสูงกว่า 8 mmol./L ให้ Fenofibrate 67-267 mg. OD หรือ Gemfibrozil 300-600 mg. OD โดยหลังการรักษาต้องการให้ไขมันไตรกลีเซอไรด์ลดลงเหลือ < 4 mmol./L

- *Insulin resistance* ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะ Glucose intolerance อุบัติการณ์ 3-17 % เกิดหลังได้ยากกลุ่ม PI ประมาณ 60 วัน (2-390 วัน) แก้ไขโดยให้ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ถ้า FBG 6.1-6.9 mmol./L ร่วมกับ BMI > 25 และ HBA1c > 6.5 Mu/L ให้พิจารณา รักษาด้วย Metformin 500 mg. bid ถ้า FBG > 7 mmol./L ร่วมกับ BMI > 25 และ HBA1c > 6.5 Mu/L ให้พิจารณา รักษาด้วย Metformin 500 mg. bid ถ้า BMI 18-25 ให้รักษาด้วย Sulfonylurea หรืออาจพิจารณาใช้ Metformin 500 mg. bid ถ้า BMI < 18 พิจารณาใช้ rosiglitazone 2-5 mg. OD

ยากกลุ่ม PIs ทำให้ระดับ liver transaminase ขึ้นสูงในระยะใดก็ได้ ระหว่างการรักษา ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้ตับอักเสบหลังจากได้ยาต้านไวรัส ได้แก่ มีการติดเชื้อ Hepatitis B, Hepatitis C, Alcohol abuse หรือใช้ยาที่เป็นพิษต่อตับร่วมด้วย

นอกจากนี้ในการรับประทานยาต้านไวรัส ยังมีข้อแนะนำในรายละเอียดของการรับประทานยาที่ผู้ติดเชื้อควรต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาได้ผลดี และลดโอกาสการดื้อยา ได้แก่

- ยาที่กินวันละ 1 ครั้ง สามารถเลือกเวลากินยาที่สะดวก เวลาใดก็ได้ แต่ต้องให้เป็นเวลา เดียวกันทุกวัน เช่น กินตอน 09.00 น. ของทุกวัน

- ยาก่อนนอน ต้องกินเวลาเดียวกันในแต่ละวัน มักเป็นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ อาเจียน มึนงงหรือ่วงนอน เช่น EFV ดังนั้นถ้ากินยาแล้วนอนจะช่วยลดอาการเหล่านี้ให้น้อยลงได้ และไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ยาที่กินวันละ 2 ครั้ง สำหรับยาต้านไวรัส ยาที่กินวันละ 2 ครั้ง จำเป็นต้องกินเว้นช่วงห่างของแต่ละมื้อเท่าๆกันทุกวัน คือห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่นกินมื้อแรก 08.00 น. มื้อที่ 2 ก็ต้องกิน

เวลา 20.00 น. และเป็นเวลาเดิมนี้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดคงที่อยู่ตลอดเวลา

นอกจากต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาแล้ว ยาบางชนิดจำเป็นต้องกินโดยคำนึงถึงความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับอาหาร หรือยาอื่นๆด้วย เช่น ยาก่อนอาหาร ต้องกินตอนท้องว่างเพราะจะช่วยให้ยาสามารถดูดซึมได้ดี ไม่ถูกทำลายโดยน้ำย่อยที่เป็นกรด เช่น ยา ddI, IDV และ NPV ยาวงศ์นี้ควรกินอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงก่อนแล้วจึงค่อยกินอาหาร สำหรับยาหลังอาหาร ยาประเภทนี้จะดูดซึมได้ดีเวลาที่ในกระเพาะมีอาหาร และ ยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร การกินหลังอาหาร จะช่วยลดอาการข้างเคียงดังกล่าวได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เช่น ยา RTV และ AZT (รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปฏิกริยาระหว่างยากับอาหาร

ยาต้านไวรัส	ผลของอาหารต่อยา
Zidovudine(AZT)	อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมของยานัก แต่ถ้ากินยาพร้อมอาหารจะช่วยลดอาการ N/V ที่เกิดจากยาได้
Didanosine (ddI)	อาหารลดระดับยาในเลือดลงร้อยละ 55 ควรรับประทานก่อนอาหาร ½ - 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง (รับประทานยาตอนท้องว่าง)
Stavudine(d4T)	อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึม
Lamivudine(3TC)	อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึม
Abacavir (ABC)	ไม่มีผลกับอาหาร แต่แอลกอฮอล์ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 41
Nevirapine (NVP)	อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึม
Efavirenz (EFV)	การดูดซึมของยาเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 50 เมื่อรับประทานพร้อมอาหารที่มีไขมันสูง ควรรับประทานตอนท้องว่างเพื่อลดอาการข้างเคียง
Indinavir (IDV)	อาหารจะลดระดับยาในเลือดลงร้อยละ 77 ควรรับประทานก่อนอาหาร 1 ชม. หรือหลังอาหาร 2 ชม. อาจทานกับนมพร้อมมันเนยหรืออาหารที่มีไขมันต่ำ (แต่ถ้ารับประทานร่วมกับ RTV อาหารจะไม่มีผลต่อการดูดซึมของยานี้)
Ritonavir (RTV)	อาหารจะเพิ่มระดับยาในเลือดร้อยละ 15 อาจแนะนำให้รับประทานพร้อมอาหารเพื่อลดอาการ N/V
Saquinavir (SQV)	ในปัจจุบันจะให้ร่วมกับ RTV และเมื่อใช้ร่วมกันอาหารจะไม่มีผล ควรรับประทานพร้อมอาหารเพื่อลดอาการข้างเคียง

ตารางที่ 5 ตารางแสดงปฏิกริยาระหว่างยา – ยา

ยาที่ใช้ร่วม	ผลที่เกิด
ยาด้านเชื้อรา ได้แก่ Ketoconazole, Itraconazole	เพิ่มระดับยาด้านไวรัสในเลือด
ยารักษาวัณโรค ได้แก่ Rifampicin	ลดระดับยาด้านไวรัสในเลือด
ยาลดไขมันในเลือด ได้แก่ Simvastatin, Lovastatin	เพิ่มระดับยาด้านไวรัสในเลือด
ยานอนหลับ ได้แก่ Midazolam, Triazolam	มีผลทำให้ฤทธิ์ยานอนหลับยาวนานขึ้น
ยารักษาไมเกรน ได้แก่ Ergotamine	ทำให้การไหลเวียนของเลือดปลายมือปลายเท้าลดลง
ยากันชัก ได้แก่ Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepine	ลดระดับยาด้านไวรัสในเลือด
สมุนไพร St. John's wort และ Grapefruit juice	ลดระดับยาด้านไวรัสในเลือด

2. ความร่วมมือในการรักษา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้คำหลายคำที่มีความใกล้เคียงกับคำว่าความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้ยาตามสั่ง หรือ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งแต่ละคำมีความหมายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วน “Compliance” หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและเป็นไป ภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการรักษา จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า Compliance นั้นผู้ป่วยต้องเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจุบันจึงมีแนวโน้มที่จะใช้คำว่า Adherence มากกว่า Compliance ทั้งนี้เพราะ จะเน้นความร่วมมือและความเต็มใจจากผู้ป่วยมากกว่า ส่วน Compliance จะเน้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ซึ่งการตัดสินใจส่วนใหญ่จะมาจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมน้อยมาก

สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยว่า หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ความ

สม่ำเสมอของการรับประทานยา การมารับยาและการตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวตามคำสั่งแพทย์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุราในขณะที่รับการรักษา

สมัยพร อาชาล (2544) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษา คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ในเรื่องการรับประทานยา การไม่ขาดยา หรือการเพิ่มลดจำนวนยา การมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาในด้านพฤติกรรมการใช้ยาว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ศุทธิณี ดันพงศ์เจริญ (2546) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไว้ว่าหมายถึง การปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาและการใช้ยาที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำ

สมนึก สังฆานุกภาพ (2546) (อ้างในกระทรวงสาธารณสุข : 47) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างน้อยร้อยละ 95 นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยต้องกินยารวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547) (อ้างในกระทรวงสาธารณสุข : 47) ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไว้ว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

กระทรวงสาธารณสุข (2547) กล่าวว่าความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสที่เหมาะสม คืออย่างน้อยร้อยละ 95 นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยต้องกินยารวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน และต้องกินตรงเวลาคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง

ประณีต สงวัฒนา และพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล (2547) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจในการที่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย การงดพฤติกรรมเสี่ยง งดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาในด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับ การใช้ยาตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลด

ขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และ ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพทราบได้อย่างถูกต้อง

ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ได้ให้ความหมายของ ความมีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัส ไว้ว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ซึ่งระบุถึงจำนวนมือของการลิ้มรับประทานยา จำนวนมือของการรับประทานยาเกินเวลาที่กำหนด 1 ชั่วโมง เหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยา หรือลิ้มรับประทานยาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงเทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้รับประทานยาเกินเวลาที่กำหนด และร้อยละของความมีวินัยในการรับประทานยาในแต่ละบุคคล

Haynes (1979) ได้อธิบายถึง ความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

Dracup & Meleis (1982) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ

Nicol et al. (2000) (อ้างในมณีรัตน์ สัทธิดาช : 25) ได้ให้ความหมายของ Adherence ไว้ว่าหมายถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งขนาด เวลา ช่วงระยะห่างระหว่างมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจึงสามารถสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ทั้งในด้านการใช้ยาด้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 การใช้ยาด้านไวรัสได้อย่างถูกชนิด ถูกขนาด และถูกเวลาโดยคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง และด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการนำมาใช้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีอยู่หลายทฤษฎีซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Kaptein, 1992; Dracup & Melies, 1982 อ้างใน ประณีต ส่วงวัฒนา ; 2547)

2.2.1. แนวคิดทฤษฎีรูปแบบทางชีวภาพ (The biomedical approach) หรือรูปแบบทางการแพทย์ (The medical model) เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับลักษณะหรือคุณสมบัติของของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ลักษณะของแผนการรักษา เช่น ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังรวมไปถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงสร้างของการรักษา ได้แก่ เวลาการรอคอยพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง เป็นต้น

2.2.2. แนวคิดทฤษฎีรูปแบบเชิงพฤติกรรม (The behavioristic approach) อยู่บนฐานแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือ รูปแบบนี้เชื่อว่าการให้รางวัลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมตามที่ตกลงกันไว้ระหว่างผู้รักษา และผู้ป่วย และจะมีการลงโทษเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามที่ตกลงกันไว้ ทฤษฎีที่กล่าวถึงกันมากในรูปแบบนี้คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความร่วมมือนั้น เกิดมาจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกโดยเชื่อว่า บุคคลมีความคาดหวังถึงความสามารถในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ การที่บุคคลจะกระทำหรือประพฤติปฏิบัติ บุคคลต้องคาดหวังความสามารถในตนเองว่าจะกระทำได้ ซึ่งเป็นความคาดหวังในความสามารถด้านร่างกาย พลังความสามารถของตนเอง นอกจากนี้บุคคลจะคำนึงถึงผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้าแล้วว่า ถ้าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นด้านบวก จึงจะทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม

2.2.3. แนวคิดรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย (Patient physician communication approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความร่วมมือเกิดจากผลผลิตของความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ได้มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลข่าวสาร หรือเนื้อหาต่างๆ ที่แพทย์หรือบุคลากรทางทีมสุขภาพบอกให้ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานหรือกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.2.4. แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการใช้สติปัญญา (The cognitive approach) ผู้ป่วยจะใช้ความคิด สติปัญญาและการรับรู้ต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไข

และการเผชิญความเครียด อันเป็นการแสดงถึงความพยายามและความร่วมมืออย่างหนึ่ง วิธีการเหล่านี้ถือว่าเป็นแรงขับอย่างหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการมาพบแพทย์ การรับรู้อาการของโรค และการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปเรียกว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยเบคเคอร์ และ คณะ (1979) ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกล่าวถึงการเพิ่มแรงจูงใจให้เกิดการกระทำด้วยการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคที่เกิด แต่ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้นให้กระทำก็อาจไม่มีการกระทำเกิดขึ้น โดยสิ่งที่มีกระตุ้นอาจเป็นสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาพร่างกายของตนเอง หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การรับรู้จากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ หรือประสบการณ์ที่เคยเผชิญ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยร่วมที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะกระทำหรือประพฤติปฏิบัติในการป้องกันโรค หรือคำแนะนำซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น กลุ่มเพื่อน ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต เป็นต้น

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถสรุปได้ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

อายุ จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจเนื่องจากการมีวุฒิภาวะน้อยจึงมีความรับผิดชอบน้อยกว่า และพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Ammassari et al., 2001; Stone et al., 2001; Howard et al., 2002; Spire et al., 2002)

เพศ เป็นปัจจัยที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้ไม่แน่นอนนัก เนื่องจากบางรายงานการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาได้ดีกว่าเพศชาย (Vincke & Bolton, 2002; ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547) แต่บางรายงานการวิจัยพบว่า เพศชาย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาได้ดีกว่าเพศหญิง และในบางงานวิจัยพบว่าไม่แตกต่างกัน (Murri et al., 2000) ส่วนในผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะกินยาได้สม่ำเสมอว่า สถานภาพหย่าหรือแยก ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการมีคู่สมรสที่เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยดูแลเอาใจใส่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สามีภรรยาส่วนมากมีการติดเชื่อทั้งคู่ ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจกันและช่วยดูแลกันเอง

การศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Golin et al., 2002)

สถานภาพทางเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อย มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Kleeberger et al., 2001; Spire et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค และ Somchit Tulathong (2004) ซึ่งศึกษาพบว่า รายได้ของผู้ป่วยสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ ความเชื่อ และทัศนคติที่ติดต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ดี (Steven et al., 2001)

ขาดความรู้เรื่องโรค การรักษาและการกินยาที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่ามีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลง โดยขาดความรู้ความเข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาเหล่านี้เกิดขึ้นได้ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยบางกลุ่มหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียง และการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย (Mathews et al., 2002; Roberts et al., 2000; Wagner et al., 2002)

พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง (Ammassari, et al., 2001; Wilson et al., 2002; Joan et al., 2004; Muoz-Moreno et al., 2004)

แรงสนับสนุนทางสังคม หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการยอมรับ และการช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาตนเอง ภาวะเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Gifford et al., 2000; Steven et al., 2001; Frank et al., 2002; Jeffrey et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Somchit Tulathong (2004) ซึ่งศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและไว้วางใจในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา กล่าวสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัย และยอมบอกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการกินยาตามความเป็นจริง สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีความใส่ใจในปัญหาหรือสิ่งที่เป็นกังวลของตน รวมทั้งการมีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ ช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การสื่อสารที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และร่วมมือในการวางแผนการรักษาได้ดี การที่บุคลากรทางการแพทย์คอยดูแลให้ข้อมูล และให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งคอยติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (Williams et al., 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wald & Temoshok (2004) ที่ศึกษาพบว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษา เป็นปัจจัยทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านแผนการรักษา ความยาวนานในการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรักษาได้ ความยุ่งยากในการรับประทานยา จำนวนยา และมื้อยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน มาตรฐานการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน คือการให้ยาสูตร HAART ซึ่งมีจำนวนขนานยาที่ต้องรับประทานมาก และบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยาต้านไวรัสบางตัวยังมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น ต้องรับประทานยาตอนท้องว่าง ไม่ควรรับประทานยาพร้อมอาหารที่มีไขมันสูง Zorrilla et al. (2004) ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาสูตรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้มากกว่า กลุ่มที่รับประทานยาสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยามากกว่า นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านอาการข้างเคียงของยายังเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดรับประทานยา เนื่องจากทนต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ได้ ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การมีอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ (Bassetti et al., 1999; Atice et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Spire et al. (2002) ที่รายงานว่าร้อยละ 80.8 ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเกิดอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Somchit Tulathong (2004) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 59.9 รายงานว่ามีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยอาการที่ผู้ป่วยรายงานว่าพบบ่อย ได้แก่ อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย, ปวดกล้ามเนื้อ และนอนไม่หลับ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมี

นัยสำคัญ (Ammassari et al., 2001; Simoni et al., 2002; Bonolo et al., 2004; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการของโรคมากนัก เมื่อกินยาต้านไวรัสจะมีประสิทธิผลของอาการข้างเคียงจากยาซึ่งอาจรุนแรงกว่าอาการของโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยมักหยุดยาเองเพื่อลดอาการ รวมทั้งผลกระทบของการรับประทานยาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา ลักษณะของสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ไม่ได้อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547 อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข : 12) ปัจจัยด้านการรักษาต่างๆเหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง

2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความถูกต้อง แม่นยำ ข้อดี และข้อเสียแตกต่างกัน และยังไม่มียุติวิธีใดที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยถูกต้อง และใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด นอกจากนี้ควรเลือกใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยยืนยันผล เพิ่มความถูกต้องแม่นยำและความน่าเชื่อถือ วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งออกได้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547; Hugen et al., 2002; Duran et al., 2003; Farley et al., 2003; Wutoh et al., 2003)

2.4.1. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill counts) เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาถูกต้องหรือไม่ ยามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพมากน้อยเพียงใด การนับเม็ดยาสามารถคิดเป็นจำนวนร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาได้จากการคำนวณสูตรดังนี้ (Hugen et al., 2002)

$$\left[\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนเม็ดยา} / \text{วันที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา}} \times \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามประเมินผล} \right] \times 100$$

อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีข้อเสียหลายประการเช่น ข้อมูลที่ได้อาจผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาขาด หรือกินจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริง แต่ผู้ป่วยเอายาออกจากขวดยา (Pill drumming) เอายาให้ผู้อื่นกิน หรือเตรียมนับเม็ดยาก่อนมาพบบุคลากรทางการแพทย์ได้ อาจขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกว่าการกำลังถูกจับผิดจึงไม่น่าจะมาด้วย หรือ

ลึ้ม ก็จะทำให้ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้กรณีที่ยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาน้ำ การวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการตรวจยาเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรเลือกอุปกรณ์การตรวจวัดที่มีความแม่นยำ และควรประเมินอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการตรวจยารับประทานว่าถูกต้องตรงกับอุปกรณ์ของผู้วัดหรือไม่

2.4.2. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรม และใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว และไม่สามารถวัดระดับยาได้ทุกตัวที่สำคัญคือ ระดับยาในเลือดอาจไม่ได้แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาอย่างแท้จริงของผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจรับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดยผู้ป่วยอาจหยุดยา 1-2 สัปดาห์ จากนั้นกลับมาใช้ยาต่ออีก 1-2 สัปดาห์ ในช่วงก่อนที่แพทย์นัดมาเจาะเลือด ซึ่งเมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือด ก็จะได้ก็จะได้ผลการตรวจวัดที่อยู่ในระดับการรักษาที่ได้ (White coat compliance หรือ the toothbrush effect) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยาในเลือดได้อีก เช่น การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ หรือปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน และผู้ป่วยแต่ละคนยังมีค่าเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน

2.4.3. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดฝาขวดยา (Medication event monitoring System ; MEMS) เป็นวิธีที่แสดงค่าเป็นตัวเลขชัดเจน ทราบถึงความถี่และรูปแบบในการรับประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วย โดยอาศัยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกวัน และเวลาในการเปิดฝาขวดแต่ละครั้ง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ค่าใช้จ่ายสูง และต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ถ้าผู้ป่วยนำเม็ดยาออกมามากกว่า 1 เม็ดต่อการเปิดขวด 1 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยนำยาออกมา 2 เม็ดในตอนเช้าก่อนออกไปทำงาน โดย 1 เม็ดรับประทานทันที และอีก 1 เม็ดนำไปรับประทานที่ทำงาน ดังนั้นข้อมูลที่ถูกรับบันทึกไว้จะเป็นเพียงการเปิดขวดยาในตอนเช้า และถือว่าผู้ป่วยลึ้มรับประทานยาในมือเพียง

2.4.4. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly observed therapy : DOT) เป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง แต่มีข้อเสียคือหากผู้ป่วยได้รับยาสูตรที่ต้องมีการใช้วันละหลายครั้ง ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเดินทางมายังสถานที่ที่รับประทาน นอกจากนี้ยังสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องมาทำหน้าที่ให้ยาผู้ป่วย หรือต้องออกไปตามผู้ป่วยกรณี que ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา

2.4.5. การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load assay) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีนี้ มีสมมติฐานว่าหากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี การรักษาก็จะสัมฤทธิ์ผล ดังนั้นเมื่อวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก็น่าจะวัดไม่พบ แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจที่สูง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้ค่าที่วัดได้ เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อที่ดื้อยาตั้งแต่

เริ่มต้นการรักษา ดังนั้นผลการรักษาอาจไม่ได้ผลดี ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดไม่ลดลง หรืออาจเกิดความผิดพลาดจากการวัดปริมาณไวรัสในเลือด เช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยระหว่างตรวจวัด หรือมีความแปรปรวนในสถานที่ตรวจแต่ละที่ อันเนื่องมาจากสารเคมีและวิธีการที่ใช้ในการตรวจวัด รวมทั้งอาจเกิดจากการเก็บตัวอย่างเลือดที่ผิดพลาดได้อีกด้วย

2.4.6. การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมาตรวจรับยาตามนัด (Review of pharmacy records) ข้อมูลนี้ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และค่าใช้จ่ายต่ำ แต่มีข้อจำกัดคือเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสเฉพาะที่คลินิกเฉพาะโรคเท่านั้น อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมารับการตรวจ และมารับยาตามนัด ก็อาจไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยจะใช้ยาครบตามแพทย์สั่ง และไม่ได้แสดงถึงพฤติกรรมการใช้ยาในแต่ละวันของผู้ป่วย

2.4.7. การให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง (Patient self-report) เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้การซักถามผู้ป่วยถึงการใช้ยาที่ผ่านมา เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจาก ทำได้ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบเหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือ แต่มีข้อเสียคืออาจขาดความแม่นยำ และผลการประเมินที่ได้นี้อาจสูงเกินความเป็นจริงได้ การดำเนินการวัดด้วยวิธีนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

1.) การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการใช้ยา (Patient-completed questionnaires) แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบ ประกอบด้วยคำถามหลายๆลักษณะ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย และสามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง วิธีนี้ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีเวลาว่างเพียงพอ และผู้ป่วยรายนั้นสามารถอ่านหนังสือได้และมีสายตาที่ดี ได้แก่แบบประเมินความร่วมมือด้านการใช้ยาต้านไวรัส Visual analog scale ประเมินด้านของความต่อเนื่อง และสม่ำเสมอในการใช้ยาของ Somchit Tulathong (2004) ซึ่งนำมาใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาลบาราศนราครุ โดยเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจาก Walsh et al. (2002 : 269-277) ที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศอังกฤษ และ Maneesriwongul and Williams (2004) ซึ่งนำเครื่องมือนี้มาใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของ Viral load อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.) การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการใช้ยาโดยการจัดทำตารางบันทึกเวลาใช้ยา (Medication Reminder Card) ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือดี หรือมีความสนใจ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาตัวใดก็ให้ลงเวลาที่รับประทานในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริง วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำเวลาที่ใช้ยาได้อย่างแม่นยำ และยังช่วยตรวจสอบว่าการตอบข้อมูลเป็นจริงหรือไม่โดยพิจารณาจากการตอบข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยลงเวลาใช้ยาทุกวันเป็นเวลาเดียวกัน ก็พอสรุปได้ในเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยไม่ได้ตอบข้อมูลตามจริง

ข้อเสียของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกที่จะลงรายละเอียดทุกๆวัน มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี มีการรับรู้ที่ไม่ดี และหากใช้วิธีนี้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการลงข้อมูลได้

3.) การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) อาจสัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือญาติเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณ ควบคู่กับการถามคำถามเชิงคุณภาพ การถามคำถามเชิงปริมาณ คือ การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อวัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดการรับประทานยา ในช่วงเวลาที่ผ่านไป โดยช่วงเวลาที่มักใช้ในการถามคือ 3 วัน หรือ 7 วันที่ผ่านมา และนำมาคำนวณหาค่าร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาได้ ส่วนการถามคำถามเชิงคุณภาพ คือ การถามเพื่อตรวจสอบสาเหตุ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา การตั้งคำถามลักษณะดังกล่าวสามารถทำให้นักวิชาการทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้นในที่สุด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความร่วมมือด้านการใช้ยาต้านไวรัสของ Somchit Tulathong (2004) ร่วมกับ แบบประเมินการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมินความร่วมมือในการรักษาได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการใช้ยาและด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และประเมินโดยการสอบถามและให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ค่าใช้จ่ายน้อย และในการสอบถามและให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ยังช่วยให้ผู้วิจัยทราบปัญหาหรือปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางช่วยเหลือได้อีกด้วย นอกจากนี้ในการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเนื่องจากสามารถตรวจสอบได้ว่า ผู้ป่วยมีการเก็บรักษาถูกต้องหรือไม่ และขามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพมากน้อยเพียงใด โดยในการประเมินผู้วิจัยจะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ก่อนทำการประเมิน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตามความเป็นจริง

2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่พยาบาลผู้ให้การดูแลควรมีทั้งทักษะ และความเข้าใจ ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงต่างๆ เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเหล่านี้ ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงต่างๆทั้งจากสภาวะของโรค และจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างครอบคลุม

และเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการดูแลปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และยารวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำ การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ และการดูแลป้องกัน และบรรเทาอาการจากสภาวะของโรค และอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีการต่างๆที่สามารถช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสดังนี้ (Stone, 2001; Tuldra et al., 2002; กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

2.5.1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และพร้อมที่จะพูดคุยปรึกษาปัญหาในการรักษาได้ รวมทั้งการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้ และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค และการรักษาทั้งก่อน และหลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยได้

2.5.2 การให้ความรู้ และคำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อ โดยบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเหล่านี้ เช่น การใช้เอกสารส่งเสริมความรู้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเอกสารอาจจัดทำโดยวิธีการเขียน การอัดเทป หรือ การใช้รูปภาพซึ่งจัดให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อแต่ละราย ซึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เนื้อหาในการให้ความรู้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งควรมีความครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (BHIV, 2003 อ้างใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล : กระทรวงสาธารณสุข)

- 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส
 - การออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสต่อเชื้อเอชไอวี
 - อาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ของยาที่พบบ่อย
 - วิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
 - เหตุผลของความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - บทบาทของการตรวจวัดระดับของภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี
 - การติดตามประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 2) การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ
 - ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

- ความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ต่อประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งผลเสียของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ต่อการเกิดการดื้อยา

2.5.3 การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไปในทางที่ดี หรือการเสริมทัศนคติในด้านบวก หรือการให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือความหวังเกี่ยวกับสิ่งดีๆที่อยากจะให้เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตเพื่อเป็นแรงจูงใจ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านที่ดีเป็นเสมือนแรงจูงใจ ที่จะทำให้นุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก เพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการรับการรักษาได้อย่างไม่ท้อถอย หรือใช้การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี เช่น การให้เงิน บัตรโทรศัพท์ หรือตั๋วหนัง ค่ารถ หรือของขวัญเล็กน้อยเพื่อเป็นแรงจูงใจ หรือ การใช้การประยุกต์ใช้การเสริมแรง จากกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน รวมทั้งการแจ้งผู้ป่วยถึงค่าผลการตรวจระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นเมื่อรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงค่าของปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ให้ผู้ป่วยได้รับทราบในแต่ละครั้งที่มารับการรักษา ค่าของ CD4 ที่เพิ่มขึ้น และค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ที่ลดลง จะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

2.5.4 การบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งมักใช้ใน กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ หรือ ในกลุ่มผู้เข้าเสพติด หรือการ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์ (Directly observed therapy : DOT) วิธีนี้ เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยที่ยังใช้ สารเสพติด หรือ คีมีแอลกอฮอล์

2.5.5 การปรับตารางการรับประทานยาต้านไวรัสให้สะดวก และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย หรือ การปรับใช้สิ่งๆที่ผู้ป่วยพบเห็น หรือการใช้กิจกรรมที่ต้องทำ เป็นประจำทุกวันเป็นสิ่งเตือนใจ เพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยาต้านไวรัส เช่น รายการโทรทัศน์ เพลง ชาติ หรือการวางขวดยาไว้ในบริเวณที่เห็นง่ายเช่นบนหลังตู้เย็น โต๊ะอาหาร รวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การให้ผู้ติดเชื้อจดบันทึกการกินยา, การใช้ปฏิทิน หรือ Organizers เช่นเดียวกับการใช้ในการนัดหมายสิ่งอื่นๆ เพื่อให้ไม่ลืมรับประทานยา, การใช้รูปภาพแสดงเกี่ยวกับยา(Pill charts) เพื่อช่วยแสดงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นลักษณะยา และขนาดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อ จะมีประโยชน์อย่างมากในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหนังสือ, การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ บันทึกการเปิดฝาขวดยา (Medication event monitoring system :MEMS), การใช้กล่องแบ่งยา(Pill boxes) หรือ การจัดยาเป็นชุด (Unit dose), การใช้เครื่องมือเตือนทางอิเล็กทรอนิกส์(Electronic devices) ได้แก่ นาฬิกาปลุก beeper หรือ pager ที่มีข้อความเตือนในการกินยาร่วมด้วย, การฝึกให้ผู้ป่วยบริหารจัดการมื้อยาด้วยตนเอง, การใช้ระบบการเตือนแบบเก็บความลับซึ่งพบในต่างประเทศ ที่ปฏิบัติโดยการส่ง

ระบบการเตือนการกินยาผ่านทางโทรศัพท์ E - mail หรือ pager, การเตือนทางโทรศัพท์ เพื่อเตือนให้รับประทานยา รวมทั้งการส่งข้อความให้ความรู้ และให้กำลังใจ วิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยบุคคลที่จะโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีโทรศัพท์ที่ติดต่อดี ผู้รักษาจำเป็นต้องระมัดระวังในการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยและมีการวางแผนการติดต่อผู้ป่วยตามตารางเวลาที่กำหนดไว้ และ การใช้ระบบที่มีคนช่วยเตือนให้กินยา (Buddy) ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการกินยา โดยอาจเป็นคนในครอบครัวซึ่งคนเหล่านี้อาจคิดเชื่อเอ็ชไอวีด้วยหรือไม่ก็ได้

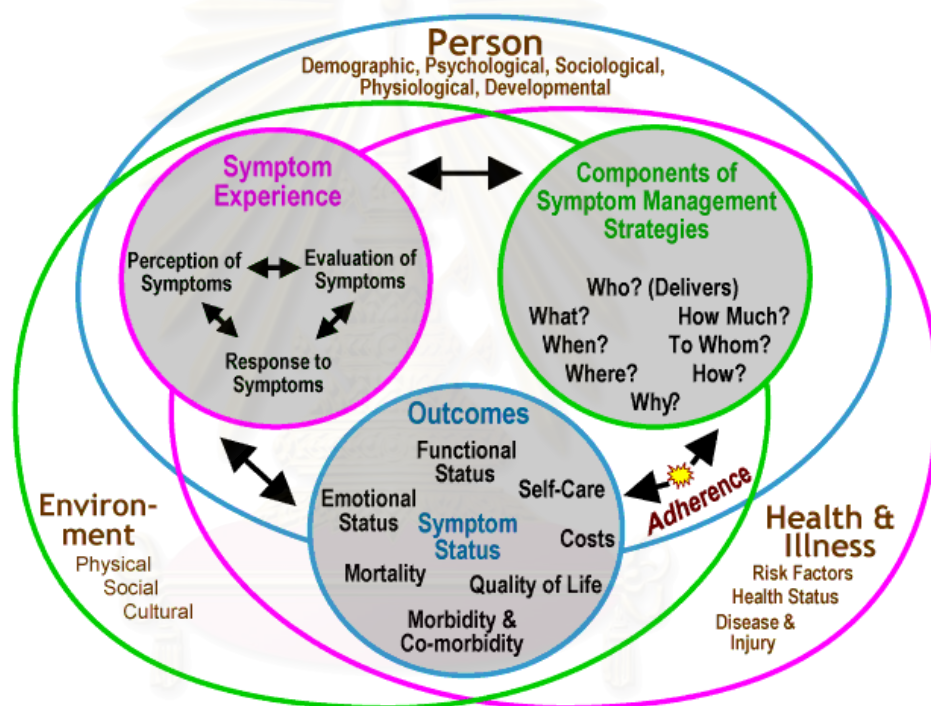
2.5.6 การสร้างระบบการดูแลรักษา ที่พร้อมให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อเพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาได้ง่าย และสะดวก โดยทำงานประสานกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการกำหนดตารางการนัดหมายเพื่อติดตาม และประเมินผล อย่างสม่ำเสมอ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องประเมินผลการรักษา ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา และเน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือการใช้วิธีการเยี่ยมบ้านซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้คิดเชื่อมีวินัยในการกินยาเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากผู้รักษาสามารถให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการกินยาได้เป็นอย่างดี แต่มีข้อจำกัดคือเสียเวลาและค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการมาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอีกต่อไป เพราะเห็นว่ามีคนมาเยี่ยมที่บ้านแล้ว

2.5.7 การสนับสนุนให้ผู้คิดเชื่อเอ็ชไอวี มีการเปิดเผยตัวเองอย่างเหมาะสม ตามความพร้อมของแต่ละบุคคล เพราะการเปิดเผยตนเอง เป็นเสมือนการเปิดประตูเข้าสู่การเข้าถึงการบำบัดรักษาได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการเข้าสู่การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน และ บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสรับรู้และสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุกด้านได้ตามความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมีกำลังใจที่จะเผชิญกับอาการต่างๆ อีกทั้งยังไม่ต้องแอบซ่อนกินยาเพราะเกรงว่าผู้อื่นจะรู้ ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการรักษา รวมทั้งการช่วยส่งเสริมให้ผู้คิดเชื่อเอ็ชไอวี ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคม

แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องพยายามค้นหาวิธีการ และกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสให้แก่ผู้คิดเชื่อเหล่านี้ แต่ยังไม่พบว่ามีวิธีการใดโดยเฉพาะที่ช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด ดังนั้นการใช้ร่วมกันหลายๆวิธีอาจจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Paterson et al., 2001; Walsh et al., 2002; Bernardino et al., 2004)

3. แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วนคือ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies) และ ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom Outcomes) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับ บริบททางการแพทย์ใน 3 มิติคือ ความแตกต่างของบุคคล ภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม (แสดงดังไดอะแกรม ที่ 1) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต่างมีอิทธิพลต่อรูปแบบการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไปในบุคคลแต่ละคน



ไดอะแกรม ที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001 : 668-676)

3.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษา มีความเกี่ยวข้อง ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตกันระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of Symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) โดยเริ่มจากที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ ใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆ ในการแปลความหมายของข้อมูลออกมาถึงระดับความรุนแรง การรับรู้

เกี่ยวกับอาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิต สังคม ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส บุคลิกภาพส่วนบุคคล ความคิด แรงจูงใจ, ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บ้าน ที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี ปฏิบัติ และ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึงความผิดปกติทางพยาธิสรีรภาพ หรือการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) เป็นการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรง ความถี่ของอาการ รูปแบบของอาการว่าเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวร และอาการนั้นคุกคามต่อการดำเนินชีวิตหรือไม่ ในแต่ละบุคคลย่อมมีการรับรู้และประเมินความรุนแรงของอาการในตนเองแตกต่างกันไป โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะไม่นับอาการที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ก่อน แต่มักจะบอกเมื่อถูกซักถาม ดังนั้นการประเมินอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในที่จะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากอาการเป็นความรู้สึก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาวิธีในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรง การรบกวนของอาการที่ผู้ป่วยประสบอยู่ได้อย่างถูกต้อง การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่ออาการ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจมีรูปแบบเดียวหรือหลายรูปแบบ ได้แก่ การตอบสนองทางกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงความถี่ในการหายใจ การตอบสนองทางจิตใจ เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางพฤติกรรม เช่น การแยกตัวจากสังคม ซึ่งการเข้าใจในสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการประเมินและการตอบสนองต่ออาการนั้น สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองผู้ป่วยก็จะรับรู้ความรุนแรงต่ออาการนั้นสูงขึ้น

ประสบการณ์การมีอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ ล้วนต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน จากสภาพการเจ็บป่วยที่อยู่บนความไม่แน่นอน รวมทั้งในบางรายต้องเผชิญกับอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นผลให้ร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ พบมีรายงานการศึกษาวิจัยในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้รายงานประสบการณ์เกี่ยวกับอาการต่างๆที่พบไว้มากมาย ทั้งด้านอาการทางกาย ได้แก่ อาการอ่อนล้า, อ่อนเพลีย, มีไข้, ไอ, อาการหายใจลำบาก, อาการปวด, เบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน, ปากแห้ง, กระจายน้ำ, ถ่ายเหลว และ อาการทางระบบประสาท (Fantoni et al., 1997;

Hsiung et al., 2000; Holzemer et al., 2001; Yun-Fang Tsai et al., 2001) ส่วนอาการที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่าพบบ่อย และรับรู้ว่ามีความรุนแรง คือ อาการวิตกกังวล หวาดกลัว อาการนอนไม่หลับ และ ซึมเศร้า (Dan et al., 1999; Hsiung et al., 2000; Holzemer et al., 2001)

สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Mayuree Boontad (2004) ที่พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ทำการศึกษารายงานว่าพบมากที่สุด ได้แก่อาการผื่นคันตามผิวหนัง รองลงมาคือมีไข้อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และหายใจเหนื่อย และสำหรับอาการที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีความรุนแรงมากคือ น้ำหนักลด รองลงมาคือปวดศีรษะ มีไข้ หายใจเหนื่อยและผื่นคันผิวหนัง การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาด้านไวรัสในเขต 11 นครศรีธรรมราช พบว่า ผลกระทบจากการใช้ยาที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามากที่สุดคือ อาการในระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 53.2) อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 48.9) และจากการศึกษาของ สุกจิตกร แก้วมณี (2548) ซึ่งศึกษาอาการที่เกิดขึ้นของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากรับรู้ว่าการมีผื่นขึ้นตามผิวหนังในช่วงระหว่างที่ได้รับยาด้านไวรัส เป็นอาการทางกายที่สร้างความรำคาญให้แก่กลุ่มตัวอย่างมาตลอด รวมทั้งทำให้เป็นที่สังเกตกับบุคคลทั่วไปอีกด้วย

สำหรับอาการทางด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ก่อให้เกิดอาการกลัว หดหวัง วิตกกังวล นอกจากนี้การได้รับยาด้านไวรัสเอง อาจส่งผลทำให้เกิดอาการด้านจิตใจได้ และในขณะเดียวกันอาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้นก็ส่งผลกระทบต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัสด้วยเช่นกัน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องเน้นในเรื่องของสุขภาพจิตใจร่วมด้วยเสมอ (Miles et al., 2003; สุกจิตกร แก้วมณี, 2548) จากการศึกษาของทิพวรรณ วานิชสันต์ (2545) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาด้านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาด้านไวรัส เนื่องจากต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต นอกจากนี้ปัจจัยด้านการที่ต้องรับประทานยาคั้งละหลายๆ หลายๆ ตัว และหลายเวลายังเป็นสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค, 2547) ซึ่งประสบการณ์การมีอาการของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ จะมีการรับรู้ต่ออาการ การประเมินความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จะเห็นได้ว่าอาการต่างๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องประสบ มีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากในการที่จะเข้าใจมนุษย์นั้นไม่อาจมองแยกออกเป็นมิติส่วนย่อยในแต่ละส่วนได้ เพราะในแต่ละมิติย่อมมีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นในการประเมินอาการผู้ป่วยเอดส์จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในทุกๆ ด้าน (สุกจิตกร แก้วมณี, 2548)

3.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies)

กลวิธีในการจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ในกลวิธีนั้นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ชะลอผลทางลบที่เกิดจากอาการ อาจด้วยการพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจาก ประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งการจัดการกับอาการจะสำเร็จและมีประสิทธิภาพที่ดีได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือและอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในการจัดการกับอาการแต่ละอย่างอาจเลือกใช้เพียงวิธีการเดียวหรือมากกว่า ซึ่งแนวคิดของ Dodd เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการจัดการกับอาการ จะมีความเฉพาะเจาะจงว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นบุคคลจะเลือกใช้วิธีการใด เมื่อไหร่ ใใช้ที่ไหน ทำอย่างไร เมื่อใด บ่อยเพียงใด และกระทำโดยใคร

กลวิธีในการจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีอาการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งจากการคุกคามของโรค และจากทัศนคติของบุคคลในสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ากว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วย 1,120 ราย ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการมากกว่า 1 อย่าง (Newshan & Sherman, 1999) ขณะเดียวกัน การรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ ทั้งที่เป็นผลจากยาโดยตรงและโดยอ้อม รวมทั้งผู้ป่วยที่มีซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 มักมีการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการเลือกใช้กลวิธีในการดูแลและจัดการกับอาการต่างๆ ที่เหมาะสม ซึ่งในการบรรเทาอาการและการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่ดียิ่งขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายวิธี ซึ่งมีทั้งการจัดการกับอาการด้วยตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสามารถรวบรวมและแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ (Laschinger & Fothergill-Bourbonnais, 1999; Nokes et al., 1999; Holzemer et al., 2001; Yun-Fang Tsai et al., 2002; Mayuree Boontad, 2004; จามจุรี แซ่หลู่, 2543; สุธจิตกร แก้วมณี, 2548)

3.2.1. วิธีการบรรเทาอาการ โดยการใช้ยา (Pharmacological intervention) ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาแก้ไอ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยาแก้คัน ยาแก้ท้องเสีย หรือ การรับประทานวิตามินเพื่อลดอาการอ่อนล้า เป็นต้น โดยบางครั้งพบว่าผู้ติดเชื้อเลือกใช้การซื้อยาเหล่านี้มารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

3.2.2 วิธีการบรรเทาอาการโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) ได้แก่ การออกกำลังกาย การให้ความรู้และให้คำปรึกษา การพักผ่อน การใช้สารอาหารหรือ การดูแลโดยการ ใช้การแพทย์แบบผสมผสาน หรือการดูแลสุขภาพทางเลือก (Complementary therapy) เช่น การใช้ ธรรมชาติบำบัด จินตภาพบำบัด การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพรใน การบำบัดอาการต่างๆ การนวดเพื่อลดอาการปวด เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาผลของการให้บริการผู้ ดิิดเชื่อแบบองค์รวมของมนัชชา มรรคอนันตโชติ (2540) โดยการนำการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ดังกล่าวมาใช้ในผู้ดิิดเชื่อจำนวน 170 ราย พบว่าอาการที่สำคัญที่พบก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจา กเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้ดิิดเชื่อกลุ่มที่เริ่มมีอาการพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอาการ ต่างๆไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้อาจใช้วิธีในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น การที่ผู้ป่วย เหล่านี้ได้รับคำปลอบโยน หรือการพูดคุยจากเพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มผู้ ที่ดิิดเชื่อเอ็ชไอวีด้วยกัน

ในการเลือกใช้กลวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการของผู้ดิิดเชื่อเอ็ชไอวี บ่อยครั้งพบว่าผู้ดิิด เชื่อจะเลือกใช้ทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาผสมผสานกัน นอกจากนี้ในบางวิธีที่ผู้ดิิดเชื่อเลือกใช้ อาจไม่ใช่วิธีที่ถูกต้อง หรือมีประสิทธิภาพที่ดีพอ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้ให้ ความช่วยเหลือ ในการให้คำแนะนำดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเลือกใช้กลวิธีใน การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.3 ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การเกี่ยวกับอาการ และกลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้ ถึงผลจากอาการ 10 ประการ ได้แก่ สภาพของอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการ ดูแลตนเอง ค่าใช้จ่ายรวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะทางอารมณ์ ระบบบริการทาง สุขภาพ อัตราการเกิดโรค ปัจจัยร่วมในการเกิดโรค และอัตราการตาย โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมี ความสัมพันธ์ และส่งผลซึ่งกันและกัน

ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการในผู้ดิิดเชื่อเอ็ชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

หลังจากผู้ดิิดเชื่อเอ็ชไอวีได้รับการจัดการกับอาการต่างๆ ทั้งจากการจัดการด้วยตนเอง การพึ่งพาคูคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลอื่น พบว่าผลของการจัดการกับอาการดังกล่าว อาจทำ ให้อาการต่างๆลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น รวมทั้งสภาวะสุขภาพ ร่างกายดีขึ้น ในขณะที่บางส่วนให้ผลลัพธ์หลังจากใช้วิธีการจัดการกับอาการที่คงเดิมหรือแย่ลง ซึ่ง เหตุผลหนึ่งคือ การที่ผู้ดิิดเชื่อเหล่านั้นเลือกใช้การจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสม หรือ ไม่มี ประสิทธิภาพเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayuree Boontad (2004) ที่พบว่าผู้ดิิดเชื่อได้ รายงานเอาไว้ว่าอาการผื่นคันที่ผิวหนังเป็นอาการที่พบมากที่สุด ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการผู้ดิิดเชื่อ ได้เลือกใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น วิธีการเกา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินผลลัพธ์ว่า ทำให้อาการผื่น

ค้นแย่งร้อยละ 63.77 ส่วนการเลือกใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้คัน ผู้ติดเชื้อประเมินผลลัพธ์ของอาการว่าทำให้อาการผื่นคันลดลง

นอกจากนี้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากผลข้างเคียงของยา จากการศึกษาของ Holzemer และคณะ (1995) พบว่าประสบการณ์การมีอาการที่ผู้ป่วยเอดส์รายงานไว้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คืออาการที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคเอง และอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา ซึ่งอาการดังกล่าวนี้ พบว่าบางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสโดยการหยุดยาหรือปรับยาเองเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ ซึ่งจะส่งเสียดต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยานั้น ดังนั้นการที่พยาบาลเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นับตั้งแต่การประเมินประสบการณ์การมีอาการ โดยคำนึงถึงเฉพาะของแต่ละบุคคล การปรับกระบวนการรับรู้ให้ถูกต้อง และการแนะนำกลวิธีในการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเหล่านี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคนย่อมมีประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ และการประเมินความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่รับฟัง เข้าใจ และวิเคราะห์ปัญหาโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลในผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการใช้แนวคิดการจัดการกับอาการในการสร้างโปรแกรมการจัดการกับอาการ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาดังกล่าว

4. โปรแกรมการจัดการกับอาการ เพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โปรแกรมการจัดการกับอาการผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนตำราเอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยเน้นทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และในทุกขั้นตอนของโปรแกรม จะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและไว้วางใจต่อพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง และการให้ความรู้และฝึกสอนทักษะ ร่วมกับการส่งเสริมสนับสนุน โดยในการดำเนินการทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการ และประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความคุ้นเคย จากนั้นผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์การมีอาการ ทั้งที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และอาการข้างเคียง

จากการได้รับยาต้านไวรัส วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการนั้นๆ ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และทราบการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหา และประเมินความต้องการได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจและความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการจากผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยเองก็จะเกิดความไว้วางใจพยาบาล กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้การให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าวเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย

2. การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ หลังจากประเมินอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และ ทักษะในการจัดการกับอาการ โดยเป็นการให้ความรู้ในการจัดการกับอาการตามสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น โดยเน้นการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบคำแนะนำ ภาพพอลิกร่วมกับการสาธิต ซึ่งในการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีการประเมินและปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัส ให้ผู้ป่วยและญาติได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน ร่วมกับแนะนำวิธีการนำตารางบันทึกการใช้ยาให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน

3. การนำไปทดลองปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยและญาติได้นำความรู้และคำแนะนำที่ได้รับ และจากการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัส ให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวน และไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามปัญหา หรืออุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยรวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

4. การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล หลังจากที่ได้นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการ และการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยสอบถามอาการต่างๆ ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้วิจัย และการให้ข้อมูลเสริม เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจ

จากผลของโปรแกรม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และได้รับการปรับกระบวนการรับรู้ต่ออาการต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งทราบกลวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการได้รับการดูแลช่วยเหลือในการส่งเสริมการรับประทานอย่างต่อเนื่อง และการดูแลจัดการอาการต่างๆ จากญาติร่วมด้วย ดังนั้นจากกระบวนการต่างๆ ตาม โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้ดีขึ้น สามารถควบคุมและจัดการกับอาการในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินการรับรู้ต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง อันส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Javier Abellan, et al. (1999) ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART จำนวน 86 ราย โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยตาม โปรแกรม และประเมินผลจากการใช้แบบสอบถามจำนวนและเวลาในการกินยา ร่วมกับการประเมินค่า CD4 และ Viral load ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 เดือน พบว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามโปรแกรมมาตรฐานที่กำหนดได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม โดยพยาบาลจะสอนวิธีการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น การปรับรูปแบบการรับประทานยาตามวิถีชีวิตของแต่ละคน รวมทั้งการให้ผู้ป่วยโทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหา พบว่าช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์กับค่าของ CD4 ที่เพิ่มขึ้น และค่า Viral load ที่ลดลง

Paterson et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส กลุ่ม Protease inhibitor โดยประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธี Medication Events Monitoring System (MEMS) ร่วมกับอาการทางคลินิก ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ 99 ราย เป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 มีอัตราการล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 22 ส่วนผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในช่วงร้อยละ 80-94.9 มีอัตราการล้มเหลวในการรักษาร้อยละ

61 และหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 80 พบมีอัตราการล้มเหลวในการรักษาสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.006$) นอกจากนี้ในการประเมินด้านอาการทางคลินิกยังพบว่าในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงมีอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 2.6 วัน/1,000วัน ไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเสียชีวิต ส่วนในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 95 พบว่ามีอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 12.9 วัน/1,000วันซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$)

Tuldra et al. (2000) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านจิตใจในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 116 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Self-efficacy ของ Bandura โดยมีรายละเอียดคือ ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลในการเริ่มต้นการรักษา และความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาการปรับตารางการรับประทานยาที่เหมาะสมร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องร่วมคิดวิธีที่จะรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์กลับมาสอบถามได้เมื่อมีข้อสงสัย มีใช้คำพูดในการให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มา F/U และทำการประเมินผล โดยการให้ผู้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง และวัดผลทางคลินิกโดยดูจากค่า Viral load และระดับยาต้านไวรัสในกระแสเลือด พบว่าในสัปดาห์ที่ 48 คิดเป็น 94% ของกลุ่มทดลอง (เมื่อเทียบกับ 69% ของกลุ่มควบคุม) มีระดับความร่วมมือในการใช้ยา $\geq 95\%$ อย่างมีนัยสำคัญ และ 89% ของกลุ่มทดลอง (เมื่อเทียบกับ 66% ของกลุ่มควบคุม) คือมีระดับ Viral load < 400 copies/ml.

Safren et al. (2001) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอชไอวีที่รายงานว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาไม่สมบูรณ์จำนวน 71 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย โปรแกรมในกลุ่มทดลองประกอบด้วย การปรับการดำเนินชีวิต โดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาพฤติกรรม (Cognitive Behavior Theory) ในการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา การให้ข้อมูล การจูงใจ และการใช้เทคนิคการแก้ปัญหา โดยมีการใช้สื่อ คือวีดีโอเทป และมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา สำหรับกลุ่มควบคุมใช้กระบวนการควบคุมตนเอง ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการใช้ยา และทำการประเมินโดยการทำแบบสอบถามโดยลำพัง พบว่าเมื่อประเมินใน 2 และ 12 สัปดาห์ พบว่าทั้ง 2 โปรแกรม สามารถช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือขึ้นจากระดับพื้นฐาน และสำหรับโปรแกรมการปรับการดำเนินชีวิต พบว่าให้ผลเร็วกว่าในการพัฒนาความร่วมมือ และทั้งสองโปรแกรมพบว่าทำให้ระดับความร่วมมือยังคงพัฒนาอยู่ใน 3 เดือน หลังจากเข้าโปรแกรม

Goujard et al. (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับยาต้านไวรัสสูตรปกติอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน เป็นเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน

โปรแกรมไม่มีทฤษฎีพื้นฐาน ประกอบด้วยทำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบรายบุคคลโดยขึ้นกับลักษณะปัญหาของการไม่ร่วมมือในการรักษาแบบเฉพาะราย โดยมีการพบกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงในแต่ละปี ในเรื่องการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาให้ผู้ป่วย มีการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับสถานการณ์ต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง และมีการนำร่องแบ่งยามาใช้ร่วมด้วย ทำการประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค คุณภาพชีวิต และการประเมินภาวะทางสุขภาพจากระดับ CD4 & Viral load โดยประเมินในครั้งที่ 0, 6, 12 และ 18 ของการพบกัน ผลพบว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นในกลุ่มทดลองในการประเมินครั้งที่ 0 และ 6 แต่ลดลงในกลุ่มควบคุม แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านของคุณภาพชีวิต สำหรับความรู้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทั้ง 2 กลุ่ม และไม่พบผลกระทบที่ชัดเจนอย่างต่อระดับ CD4 & Viral load

Jeffrey et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีสภาวะจิตใจด้านบวก กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับยาต้านไวรัสจากสถานที่ต่างๆ จำนวน 90 ราย พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีสภาวะจิตใจด้านบวก มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องได้ด้วย

Inge et al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแง่ของ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกถูกรบกวนจากอาการ กับความร่วมมือในการใช้ยา และ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 50 ราย โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเองพบว่า การมีประสบการณ์อาการมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา กล่าวคือความรู้สึกถูกรบกวนจากอาการ รวมทั้งความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล้มรับประทานยา และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

Marchand et al. (2005) ศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 96 ราย ซึ่งได้รับยาอย่างน้อยนาน 2 เดือนโดยโปรแกรมจะเริ่มจากการนำแพทย์อาสาสมัครมาอบรมเทคนิคการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และนำผู้ป่วยมารับคำแนะนำภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะ โดยเน้นความต้องการแบบเฉพาะรายบุคคล โดยเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การรักษา, การแก้ปัญหาต่างๆ ทั้ง S/E ยา ปัญหาการลืมกินยา โดยใช้สื่อการสอนประกอบในการให้ความรู้ที่หลากหลาย โดยเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 3 ครั้ง และประเมินความร่วมมือในการรักษา จากค่าผล lab CD4 & Viral load ความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคลากร และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษา โดยการใช้แบบสอบถาม ใน 6 และ 12 เดือนหลังเข้าโปรแกรม พบว่าค่า CD4 ของ

ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และค่า Viral load มีสัดส่วนที่ลดลงตามคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย , ด้านความรู้เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเวลา 6 เดือน, ความพึงพอใจเมื่อเวลา 12 เดือน ต่ำกว่าเมื่อ 6 เดือน

ทิพวรรณ วานิชสันต์ (2545) ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการสังเกตและศึกษาจากเอกสาร ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในโครงการใช้ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 จำนวน 18 คน จากโรงพยาบาล 3 แห่ง โดยโครงการเป็นลักษณะการบริการซึ่งมีความพร้อมของทีมการรักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสโดยเฉพาะ ซึ่งพัฒนาทั้งระบบการบริการและการติดตามผลการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระหว่างการใช้ยาต้านไวรัสอยู่ในเกณฑ์ดี เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น มีการเปิดเผยตนเองกับครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา เพราะสุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น สำหรับปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น คือ การได้รับความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย จากครอบครัวคนใกล้ชิดตลอดจนเจ้าหน้าที่

ศุทธิณี ดันพงศ์เจริญ (2546) ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี /โรคเอดส์ ของโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต จำนวน 50 ราย พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ และคำแนะนำปรึกษา คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโรคและยา และการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง คือ คะแนนคุณภาพด้านสุขภาพจิต และ ความร่วมมือในอดีตของผู้ป่วย สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง 2 อันดับแรก คือ ติดพันกับการทำงาน ทำให้ลืมรับประทานยา และ ต้องเดินทางออกจากบ้าน ทำให้ลืมนำยาติดตัวไปด้วย

ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัส จากโรงพยาบาลคอยสะเก็ด โรงพยาบาลสันทราย และ โรงพยาบาลแม่อนัน ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลจำนวน 235 ราย โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงขึ้น ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Somchit Tulathong (2004) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส ในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบาราसनราดูร จำนวน 406 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20.2 ใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างไม่สม่ำเสมอ และจากการวิเคราะห์สมการถดถอยพบว่า ปัจจัยด้านแรง

สนับสนุนทางสังคม รายได้ และอายุสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

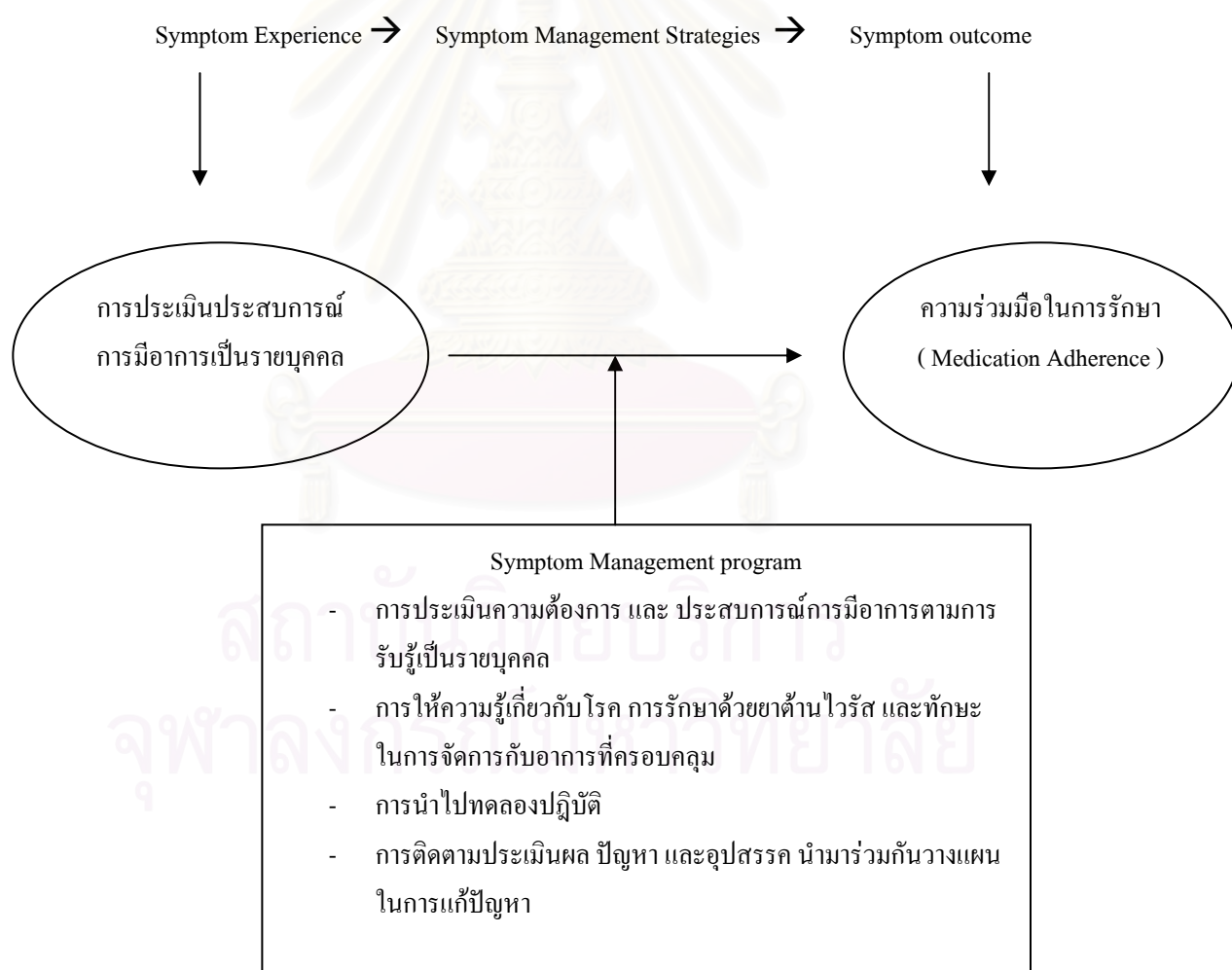
สุดจิตร แก้วมณี (2548) ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่ปรากฏในปัจจุบัน รวมทั้งการจัดการกับอาการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี/หรือผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติ (NAPHA) ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 185 ราย ผลการวิจัยพบว่าอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีความถี่ ความรุนแรง และอาการที่ปรากฏในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ อาการผื่น/คัน อาการวิตกกังวลเรื้อรัง รุปร่างหน้าตาและผิวพรรณที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวเพื่อนบ้านและสังคม/ไม่ยอมรับ และหวาดกลัวความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ ทั้งด้านการใช้ยาและไม่ใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้าน และกระทำอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

มณีรัตน์ สิทธิเดช (2548) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ของคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้รับยาต้านไวรัสมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 70 คน (สามารถติดตามได้ครบทั้งหมด 48 คน) โดยทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ต่อความรู้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และผลการตอบสนองทางคลินิก โดยเภสัชกรจะให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยา และทำการแก้ไข และทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตามนัด หลังจากติดตามผู้ป่วยเป็นเวลานาน 5 เดือนติดต่อกัน พบว่า ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอดส์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยามากขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ส่วนการตอบสนองทางคลินิกมีแนวโน้มจะดีขึ้นเมื่อประเมินจากน้ำหนักตัวผู้ป่วย โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าร้อยละ 95 เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม 40 คน เป็น 48 คน ($p = .008$) และ คะแนนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.96 ± 16.77 เป็นร้อยละ 89.07 ± 6.37 ($p = .01$) ส่วนปริมาณ CD4+T lymphocyte เพิ่มขึ้นจาก 190.33 ± 140.82 cell/mm³ เป็น 229.67 ± 108.11 cell/mm³ แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .37$) ส่วนค่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยพบว่า เพิ่มขึ้นจาก 54.51 ± 10.10 kg. เป็น 56.12 ± 9.67 kg. ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงสรุปได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการกับอาการมาใช้ จะช่วยให้สามารถประเมินประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และวางแผนเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมและจัดการกับอาการในด้านต่างๆได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีการประเมินการรับรู้ต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป

ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา จะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมา โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินสภาพหรืออาการผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยได้รายงานประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง และการวางแผนให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลมีการติดตามประเมินผล แนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

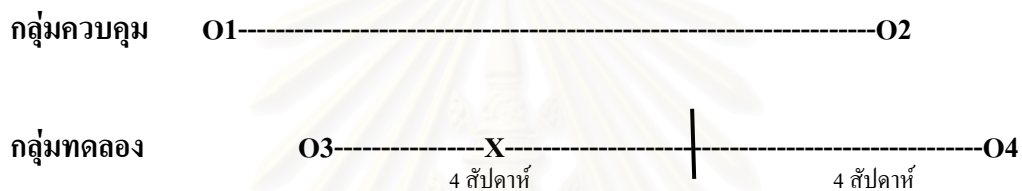
กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังแผนภาพ



O1 หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ หลังสิ้นสุดการทดลอง
เป็นเวลา 4 สัปดาห์

O3 หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนการทดลอง

O4 หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ หลังสิ้นสุดการทดลอง
เป็นเวลา 4 สัปดาห์

X หมายถึง การให้โปรแกรมการจัดการอาการซึ่งใช้เวลานาน 4 สัปดาห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือนมีนาคม 2549 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เพศหญิงและเพศชาย โดยถ้าเป็นเพศหญิงต้องไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
2. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร HAART เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน
3. สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือการได้ยิน ที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ได้
4. มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในระดับต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยวัดได้จากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาต้านการติดเชื้อไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามแนวคิดของ Burns & Grove (2001) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Eeperimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) อย่างละ 20 ราย

2. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (Pre-test) และบันทึกลักษณะตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้ จนครบ 20 ราย จากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่พบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย โดยมีการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matching methods) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Control extraneous variables) ที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ 1.) อายุ กำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2.) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุและการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส 3.) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 1 ปี เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นเวลานานต่างกัน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และ 4.) ปัจจัยด้านการได้รับยาต้านไวรัสสูตรเดียวกัน เนื่องจากยาต้านไวรัสในแต่ละสูตร จะมีการบริหารยา และลักษณะผลข้างเคียงของยาที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุม (n = 20) และกลุ่มทดลอง (n = 20) เมื่อทำการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้าน การได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส และ สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ

คู่ที่	อายุ (ปี)		การได้รับยาต้านไวรัส จากโครงการ/นอกโครงการ		ระยะเวลาที่ได้รับ การรักษาด้วย ยาต้านไวรัส		สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ	
	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง
1	38	43	นอกโครงการ	นอกโครงการ	6 ปี	6 ปี 4 เดือน	d4T+3Tc+EFV	d4T+3Tc+EFV
2	36	37	ในโครงการ	ในโครงการ	5 ปี	4 ปี 8 เดือน	GPo-VIR s 30	GPo-VIR s 30
3	25	22	นอกโครงการ	นอกโครงการ	2 ปี 4 เดือน	2 ปี	AZT+3Tc+IDV+ RTV	AZT+3Tc+IDV+ RTV
4	28	25	นอกโครงการ	นอกโครงการ	6 เดือน	7 เดือน	NVP+3Tc+d4T	NVP+3Tc+d4T
5	38	36	ในโครงการ	ในโครงการ	5 ปี 4 เดือน	5ปี	(AZT+3Tc)+ EFV	(AZT+3Tc)+ EFV
6	45	42	ในโครงการ	ในโครงการ	7 ปี 6 เดือน	7 ปี	AZT+3Tc+IDV+ RTV	AZT+3Tc+IDV+ RTV
7	32	35	นอกโครงการ	นอกโครงการ	7 ปี	7 ปี	GPo-VIR z	GPo-VIR z
8	37	40	ในโครงการ	ในโครงการ	10 ปี	10 ปี 7 เดือน	AZT+3Tc+IDV +RTV	AZT+3Tc+IDV +RTV
9	57	60	ในโครงการ	ในโครงการ	9 ปี	8 ปี 4 เดือน	GPo-VIR s 30	GPo-VIR s 30

ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุม (n = 20) และกลุ่มทดลอง (n = 20) เมื่อทำการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านของการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ (ต่อ)

คู่ที่	อายุ		การได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ		ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
10	46	42	นอกโครงการ	นอกโครงการ	1 ปี	1 ปี 3 เดือน	d4T+3Tc+EFV	d4T+3Tc+EFV
11	38	37	นอกโครงการ	นอกโครงการ	3 ปี	3 ปี	d4T+3Tc+ IDV+RTV	d4T+3Tc+ IDV+RTV
12	49	53	นอกโครงการ	นอกโครงการ	13 ปี	13 ปี 4 เดือน	(AZT+3Tc)+ EFV	(AZT+3Tc)+ EFV
13	37	38	นอกโครงการ	นอกโครงการ	2 ปี 4 เดือน	2 ปี	GPo-VIR s 30	GPo-VIR s 30
14	37	41	นอกโครงการ	นอกโครงการ	6 ปี	6 ปี 10 เดือน	GPo-VIR s 30	GPo-VIR s 30
15	46	50	นอกโครงการ	นอกโครงการ	8 ปี	7 ปี 8 เดือน	(AZT+3Tc)+ EFV	(AZT+3Tc)+ EFV
16	51	49	นอกโครงการ	นอกโครงการ	5 ปี	5 ปี 4 เดือน	(AZT+3Tc)+ EFV	(AZT+3Tc)+ EFV
17	34	34	นอกโครงการ	นอกโครงการ	11 ปี	10 ปี 2 เดือน	d4T+ddI+ IDV+RTV	d4T+ddI+ IDV+RTV
18	35	30	นอกโครงการ	นอกโครงการ	6 ปี 7 เดือน	7 ปี	d4T+3Tc+EFV	d4T+3Tc+EFV
19	40	37	นอกโครงการ	นอกโครงการ	9 ปี 2 เดือน	10 ปี	AZT+ddI+NVP	AZT+ddI+NVP
20	33	32	นอกโครงการ	นอกโครงการ	9 ปี 3 เดือน	10 ปี	d4T+3Tc+EFV	d4T+3Tc+EFV

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง (Open-ended questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ข้อ และ ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยประเมินว่า รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อีก 1 ข้อ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลระยะการดำเนินโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้วยตนเอง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

1.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.3.1 ด้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วนคือ

1.3.1.1 แบบประเมินชนิด Numeric Scale ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Visual analog scale ของ Somchit Tulathong (2004) เนื่องจากภายหลังที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบแล้ว ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ดัดแปลงเครื่องมือโดยการเพิ่มขีดบนเส้นตรง และเขียนตัวเลขบอกค่ากำกับไว้ทุกๆ 1 เซนติเมตร โดยในการประเมินผู้วิจัยจะสอบถามผู้ป่วยว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอเพียงใด” และอธิบายวิธีการประเมินลงบนแบบประเมิน และให้ผู้ป่วยกาเครื่องหมายกากบาทลงบนแบบประเมิน โดยกำหนดให้เส้นตรงนี้มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน เริ่มจาก 0 คะแนน จนถึง 100 คะแนน การคิดคะแนน โดยการวัดตามระยะห่างที่วัดได้เป็นมิลลิเมตร จากจุดเริ่มต้นของเส้น (ด้านซ้ายสุด) ถึงจุดตัดของเครื่องหมาย \times บนเส้นตรง เช่น 100 มิลลิเมตร = 100 คะแนน หรือ 50 มิลลิเมตร = 50 คะแนน ค่าที่ได้จะบอกระดับความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้เกณฑ์ค่าร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมคือมากกว่าร้อยละ 95 (Paterson et al., 2001; Bartlett, 2002; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ถ้าผู้ป่วยประเมินได้มากกว่า 95 ถึง 100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ถ้าผู้ป่วยประเมินได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 95 ถึง 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ

เนื่องจากการประเมินด้วยวิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบเหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือ แต่มีจุดอ่อนคืออาจขาดความแม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจประเมินตนเองสูงเกินความเป็นจริงได้ หรือเลือกตอบตามเกณฑ์ที่คิดว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นจึงนำวิธีการประเมิน โดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) มาใช้ในการประเมินร่วมด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

1.3.1.2 การประเมิน โดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) โดยผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทั้งหมดมาด้วยทุกครั้ง และผู้วิจัยจะนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย จากนั้นนำมาคิดเป็นจำนวนร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาได้จากการคำนวณสูตรดังนี้ (Hugen et al., 2002)

$$\frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}] \times 100}{[\text{จำนวนเม็ดยา} / \text{วันที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา}] \times \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามประเมินผล}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดโดยถือเกณฑ์ค่าร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสม คือมากกว่าร้อยละ 95 (Paterson et al., 2001; Bartlett, 2002; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ถ้าคำนวณจากสูตรได้ค่ามากกว่าร้อยละ 95 ถึง ร้อยละ 100 หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ถ้าคำนวณจากสูตรได้ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ถึง 0 หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ

ทั้งนี้ในการประเมินด้วยเป็นวิธีการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาถูกต้องหรือไม่ ยามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจพบจุดอ่อนในการนำไปใช้ได้ เช่น ข้อมูลที่ได้ อาจผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาขาด หรือเกินจำนวนที่แพทย์สั่งจริง หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริง แต่เตรียมนับเม็ดยาก่อนมาพบบุคลากรทางการแพทย์ หรือ อาจขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกที่กำลังถูกจับผิดจึงไม่นำยามาด้วย

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินร่วมกันทั้ง 2 วิธี เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ เนื่องจากพบว่าทั้ง 2 วิธีมีจุดอ่อน-จุดแข็งที่ต่างกันในการนำไปใช้ ซึ่งภายหลังการเก็บข้อมูล พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่าง

ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการใช้วิธีประเมินทั้ง 2 วิธี พบว่าค่าที่ได้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง หน้า 136) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ เพียงวิธีเดียวในการนำเสนอผลการวิจัย

1.3.2 ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง โดยสอบถามผู้ป่วยว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาด้านไวรัสคลาดเคลื่อนไปจากเวลาจริงที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาหรือไม่ และท่านรับประทานยาคลาดเคลื่อนไปอย่างไร

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (อ้างในกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ได้แก่

ถ้าผู้ป่วยกินยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา +/- ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ให้ 2 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยตอบว่ากินยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษามากกว่า 1 ชั่วโมง ให้ 1 คะแนน

และ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้กินยาตามแผนการรักษา ให้ 0 คะแนน

1.3.3 ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามเพิ่มเติมจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วย โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามียาชนิดใดบ้างที่ท่านได้รับประทานในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกชื่อยา หากกรณีที่ไม่ทราบชื่อยา ให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะของยา (เช่น สี รูปร่าง ขนาด) และสอบถามจำนวนเม็ดยาที่กินในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งที่กินในแต่ละวัน โดยพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล จากคำสั่งการรักษาตามแผนการรักษาแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตรงตามแผนการรักษาแพทย์ หมายถึงผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาดให้ 2 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ถูกชนิดหรือถูกขนาด ให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ไม่ถูกชนิดและไม่ถูกขนาดให้ 0 คะแนน

1.3.4 ด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถาม จะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ในช่วงเวลาระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติ

นานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามทั้งหมดมี 25 ข้อ โดยกำหนดให้ คะแนนแต่ละข้อมีค่า ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมที่มากแสดงถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในด้านการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษามาก คะแนนรวมที่น้อย แสดงถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในด้านการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับแผนการรักษาน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน (ดัง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา ความครอบคลุม และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ซึ่งภายหลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) โดยกำหนดให้คะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับ 1-4 คะแนน ถ้าเห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน และถ้าไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน โดยเลือกจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับคะแนน 3 และ 4 หาดด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .843 และได้้นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (Try out) จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาคำนวณหา ความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยการ วิเคราะห์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / version 12.0 คำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .715

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการจัดการอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ไร้ยาต้านไวรัส และ แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

2.2 ศึกษาสาเหตุของปัญหา ลักษณะการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ไร้ยาต้านไวรัส สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดสาระสำคัญของโครงสร้างโปรแกรม

2.3 จัดเตรียมและสร้างสื่อประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอน อุปกรณ์ประกอบการให้คำแนะนำ ตารางบันทึกการใช้ยา ภาพพลิกเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ ของสำนักโรคเอดส์วัน โรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ โรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และทักษะในการดูแลและจัดการกับอาการต่างๆ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (AIDS ACCESS FOUNDATION)

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นแก้ไข คือ การปรับเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มเติมให้มีความครอบคลุม และในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ปรับเวลาให้กระชับยิ่งขึ้น

2. ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ของโปรแกรมและสื่อต่างๆที่ใช้ โดยการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (Try out) จำนวน 5 คน พบว่า

โปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรม สามารถนำไปใช้ได้จริง กิจกรรมและเนื้อหาที่มีความเหมาะสม เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วย หลังได้รับการสอนตามโปรแกรมของผู้วิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบถูกผิดจำนวน 14 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลร้อยละ 80 แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยตามโปรแกรมของผู้วิจัยแล้ว ผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยกำหนดให้คะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับ 1-4 คะแนน ถ้าเห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน และถ้าไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน โดยเลือกจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับคะแนน 3 และ 4 หาดด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 และได้นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 คน ไป Try out กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยการวิเคราะห์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/version 12.0 คำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .752

การดำเนินการทดลอง

แบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และขั้นตอนดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และทักษะในการจัดการกับอาการ โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าร่วมประชุม อบรมวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยในด้านต่าง ๆ

2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

2.1 โดยผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

2.2 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และ เครื่องมือวิจัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และการจัดเตรียมสถานที่ เพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

3. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลประจำหน่วยงาน เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักผู้วิจัย ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในโปรแกรม พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้น ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยอีกครั้งภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจและรับยาเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ไม่เป็นการรบกวนต่อกระบวนการตรวจรักษาของผู้ป่วย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่ม

ควบคุมก่อน โดยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (Pre-test) และบันทึกลักษณะตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้ จนครบ 20 ราย จากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่พบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย โดยมีการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

กลุ่มควบคุม

1. ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2. จากนั้นผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งในอีก 8 สัปดาห์ต่อมา เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Post-test) โดยใช้เวลาประเมินนานประมาณ 10 นาที

กลุ่มทดลอง

1. ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแนะนำ โปรแกรม และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการนำผู้ดูแลที่เป็นญาติเข้าร่วมการวิจัย โดยมาจากการคัดเลือกตามความสมัครใจของผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Pre-test)

4. ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1.) การประเมินประสิทธิภาพการมีอากาศตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2.) การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆอย่างครอบคลุม 3.) การให้ผู้ป่วยได้นำไปทดลองปฏิบัติ และ 4.) การติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 2 ครั้ง เพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในแต่ละครั้งจะประมาณ 30-45 นาที และ ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้นนาน 8 สัปดาห์ โดยในทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและ

ไว้วางใจพยาบาล กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังต่อไปนี้

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยกระทำในวันที่ผู้ป่วยพบกับผู้วิจัยเป็นครั้งแรก ภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย และผู้ดูแลที่เป็นญาติ ที่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแล้วเป็นรายบุคคล โดยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและญาติ

5.2 จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่มเติม เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประวัติส่วนตัว ครอบครัว และข้อมูลทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ สภาพครอบครัว รวมทั้งระบบสนับสนุนต่างๆ ที่อาจใช้เป็นแหล่งประโยชน์ได้ในการวางแผนให้การพยาบาล

5.3 จากนั้นผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การมีอาการ ทั้งที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส วิธีการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการนั้นๆ ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ทราบถึงการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยค้นหาปัญหา และประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ ทักษะในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่ออาการตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

5.4 จากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติ ในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่อง โรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงของยา ประโยชน์และความจำเป็นในการใช้ยาต้านไวรัสตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ กลวิธีในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยา รวมทั้งทักษะในการดูแลจัดการกับอาการต่างๆอย่างเหมาะสม โดยเน้นการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบคำแนะนำ ภาพพลิกร่วมกับการสาธิต ซึ่งในการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย โดยมีการประเมินและปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และครอบครัวแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

5.5 จากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้ตารางบันทึกการไ้ช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกเองที่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้ผู้ป่วยได้จดบันทึกเวลาในการรับประทานยาจริงในแต่ละมื้อ รวมทั้งสาเหตุของการลืม หรือรับประทานยาได้ไม่ตรงเวลา เพื่อนำกลับมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข

5.6 จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ ภายหลังได้รับการสอนจากผู้วิจัย โดยใช้เกณฑ์ให้ผู้ป่วยตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 และถ้าพบว่าผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมของผู้วิจัย กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถตอบแบบประเมินได้คะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยแบ่งเป็น ร้อยละ 100 จำนวน 14 ราย ร้อยละ 92.86 จำนวน 5 ราย และ ร้อยละ 85.71 จำนวน 1 ราย

5.7 ผู้วิจัยแจกคู่มือ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการไ้ช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้ผู้ป่วยและญาติได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยและญาติ มาพบกับผู้วิจัยในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา พร้อมด้วยตารางบันทึกการไ้ช้ยาที่ให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน

6. จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับ กลับไปทดลองปฏิบัติเองที่บ้านหลังการให้ความรู้ครั้งแรก ระหว่าง 4 สัปดาห์ก่อนที่จะพบผู้ป่วยในครั้งที่ 2

7. ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรมโดยสอบถามอาการ ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย และวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ร่วมกับการให้ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจ โดยการซักถามผู้วิจัยจะสอบถามร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการไ้ช้ยา ที่ให้ผู้ป่วยนำกลับไปทำที่บ้าน

8. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 4 ตามกำหนดนัดหมาย โดยในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

8.1 ผู้วิจัยทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในครั้งที่ 1 จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล หลังจากที่ได้ปรับกระบวนการการรับรู้อย่างถูกต้อง และได้นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการ ไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยสอบถามอาการต่างๆ ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้วิจัย และการให้ข้อมูลเสริม เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่

เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ในเรื่องของการปฏิบัติตนในดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

8.2 จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับ กลับไปทดลองปฏิบัติเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วย มาพบกับผู้วิจัยในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา พร้อมด้วยตารางบันทึกการใช้ยาที่ให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน

9. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 ภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 8 ตามกำหนดนัดหมาย เพื่อทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาชุดเดิม (Post- test) ร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการใช้ยาที่ได้ให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน โดยใช้เวลานานประมาณ 10 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และ เครื่องมือวิจัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และการจัดเตรียมสถานที่ เพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลประจำหน่วยงาน เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประจำการจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในโปรแกรม พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะให้ผู้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4. ผู้วิจัยทำการประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Pre-test)

5. โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกลักษณะตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้ และ การประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ (Pre test) ในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน แล้วจึงเริ่มเก็บจากกลุ่มทดลองที่พบว่ามีความสัมพันธ์ตรงตามเกณฑ์ที่

กำหนดจนครบ 20 ราย โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการจากผู้วิจัย เป็นเวลานาน 4 สัปดาห์

6. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวออกจากกรทดลอง หรือไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบตามโปรแกรม ผู้วิจัยจะไม่นำมาวิเคราะห์ผล แต่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

7. หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ชุดเดิม (Post-test)

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

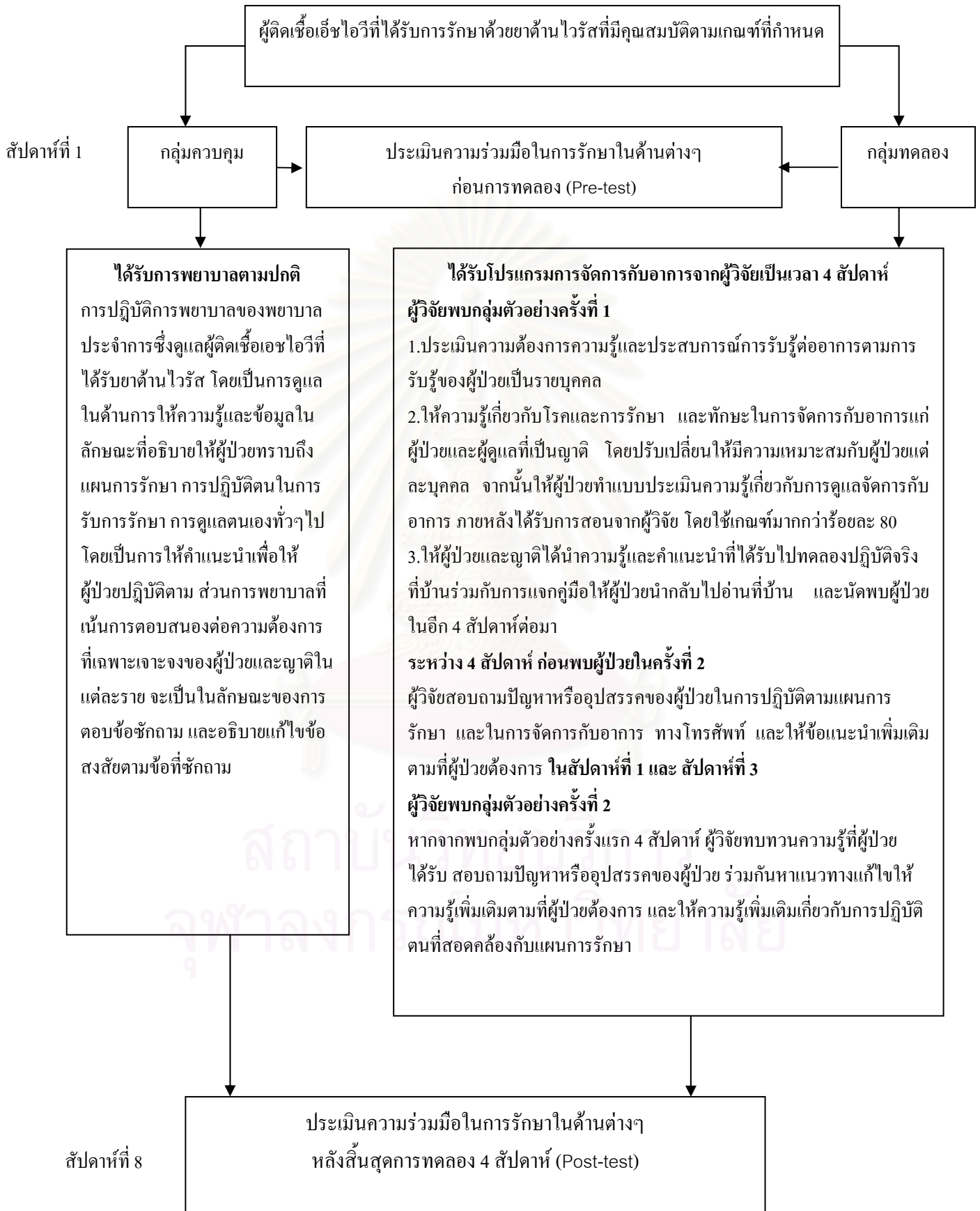
ผู้วิจัยได้เสนองานวิจัยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมตามขั้นตอน และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในด้านการจัดเตรียมสถานที่เพื่อดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลประจำหน่วยงาน เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประจำหน่วยงานจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำการจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วยด้วยการสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัดไม่มีการเปิดเผยข้อมูล มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นจึงจะเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ และจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะต้องได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยมีต้องให้เหตุผลใดๆให้แก่ผู้วิจัยทราบ และจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลระยะการดำเนินโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าการแจกแจงของข้อมูลที่เข้าใกล้โค้งปกติ (ดังภาคผนวก ง)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยใช้ค่าสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติ t-test for independent sample ที่ระดับนัยสำคัญ .05

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ สูตรยาต้านไวรัส ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.5 และ 42.5 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี รองลงมาคืออายุ 41-50ปี (คิดเป็นร้อยละ 55 และ 22.5 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพค้าขาย/กิจการส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.5 โดยมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 37.5) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ประเมินว่ารายได้มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 52.5) ในด้านวิธีชำระค่ารักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องจ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือใช้สิทธิประกันสังคมร้อยละ 17.5 (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 7 และ 8)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 40 คน จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ และ สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n2= 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50	13	65	23	57.5
หญิง	10	50	7	35	17	42.5
อายุ (ปี)						
21-30 ปี	2	10	3	15	5	12.5
31-40 ปี	12	60	10	50	22	55.0
41-50 ปี	4	20	5	25	9	22.5
51-60 ปี	2	10	2	10	4	10.0
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	2	10	1	5	3	7.5
เกษตรกร	2	10	-	-	2	5.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15	3	15	6	15.0
พนักงานบริษัท	3	15	2	10	5	12.5
แม่บ้าน	-	-	1	5	1	2.5
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	7	35	5	25	12	30.0
รับจ้าง	3	15	8	40	11	27.5
สถานภาพสมรส						
โสด	7	35	5	25	12	30.0
คู่	7	35	10	50	17	42.5
หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่	6	30	5	25	11	27.5

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน จำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และ วิธีชำระค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n1= 20)		กลุ่มทดลอง (n2 = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35	7	35	14	35.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5	3	15	4	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	15	4	20	7	17.5
ปวส./อนุปริญญา	2	10	1	5	3	7.5
ปริญญาตรี	7	35	5	25	12	30.0
รายได้ต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	20	5	25	9	22.5
5,001-10,000 บาท	7	35	8	40	15	37.5
10,001-15,000 บาท	5	25	2	10	7	17.5
15,001-20,000 บาท	-	-	2	10	2	5.0
20,001-25,000 บาท	-	-	2	10	2	5.0
มากกว่า 25,001 บาท	4	20	1	5	5	12.5
ความเพียงพอของรายได้						
พอใช้และมีเหลือเก็บ	7	35	4	20	11	27.5
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	8	40	13	65	21	52.5
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	4	20	1	5	5	12.5
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	1	5	2	10	3	7.5
วิธีชำระค่ารักษาพยาบาล						
เบิกข้าราชการ	2	10	3	15	5	12.5
เบิกรัฐวิสาหกิจ	1	5	-	-	1	2.5
ประกันสังคม	2	10	5	25	7	17.5
30 บาท	4	20	2	10	6	15.0
เบิกไม่ได้จ่ายเองทั้งหมด	10	50	9	45	19	47.5
สังคมสงเคราะห์	1	5	1	5	2	5.0

ด้านระยะเวลาการดำเนินโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดำเนินโรคซึ่งจัดแบ่ง โดยเกณฑ์ของ CDC อยู่ใน Class A ถึงร้อยละ 95 ด้านการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 97.5) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 47.5) ส่วนอีกร้อยละ 22.5 รับประทานยาการรักษาอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ผื่นคัน ยาลดไขมัน ยาควบคุมเบาหวาน และยาป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตามแผนการรักษาแพทย์ นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานยาสมุนไพรหรือวิตามินบำรุงอื่นๆร่วมด้วยระหว่างรับการรักษา และเมื่อพิจารณาในด้านน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนรับการรักษาเท่ากับ 51.60 kg.และเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านเป็น 58.65 kg.ในกลุ่มควบคุม และจาก 52.84 kg.เพิ่มขึ้นเป็น 57.59 kg.ในกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของระดับของค่า cd4 ที่พบว่ามีค่าสูงขึ้นกว่าก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งใช้เกณฑ์ในการเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อ cd4 ต่ำกว่า 200 cell/mm (รายละเอียดภาคผนวก)

ด้านอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ขณะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบ่งตามรายด้านพบว่า อาการทางด้านร่างกาย ที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาการผื่น/คัน (ร้อยละ 42.5) รองลงมา คือ แก้มตบ/แขนขาตีบ/พุงป่อง (ร้อยละ 32.5) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25) ตามลำดับ อาการทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด คือ กังวลกับรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปมากถึงร้อยละ 52.5 และ รู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้กับการกินยา ร้อยละ 42.5 อาการทางด้านสังคมพบว่าผู้ป่วยกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆระหว่างรับรักษามากที่สุด ร้อยละ 70.0 และ อาการทางด้านจิตวิญญาณพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหวาดกลัวความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น (ร้อยละ 57.5) รายละเอียด ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด
ขณะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบ่งตามรายด้าน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n2 = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางด้านร่างกาย						
ผื่น/ คัน	7	35	10	50	17	42.5
ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ	3	15	2	10	5	12.5
ชาปลายมือปลายเท้า	3	15	4	20	7	17.5
ตัวตาเหลือง/ตับอักเสบ	1	5	1	5	2	5.0
ซีด/เลือดน้อย	1	5	3	15	4	10.0
ไอ /เหนื่อยหอบ	-	-	2	10	2	5.0
ไข้มันในเลือดสูง	5	25	5	25	10	25.0
น้ำหนักลด	1	5	1	5	2	5.0
แขนขาอ่อนแรง	1	5	1	5	2	5.0
คลื่นไส้ อาเจียน	3	15	5	25	8	20.0
ปวดท้อง/ท้องเสีย	4	20	2	10	6	15.0
ปวดเมื่อยตามตัว/ปวดกล้ามเนื้อ	1	5	4	20	5	12.5
นอนไม่หลับ/ฝันร้าย	2	10	4	20	6	15.0
แสบคอ/แขนขาอักเสบ/พุพอง	6	30	7	35	13	32.5
น้ำตาลในเลือดสูง	2	10	2	10	4	10.0
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	3	15	2	10	5	12.5
ผม/ขนร่วง	1	5	3	15	4	10.0
แน่นหน้าอก/หายใจไม่ออก	-	-	1	5	1	2.5
เบื่ออาหาร	2	10	6	30	8	20.0
อื่นๆ ได้แก่ ผิดคลื่น/เจ็บคอ ท้องผูก	2	10	1	5	3	7.5

ตารางที่ 9 แสดงอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด
ขณะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบ่งตามรายด้าน (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n 1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n 2 = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางด้านจิตใจ						
รู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้กับการกินยา	7	35	10	50	17	42.5
กังวลกับรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนไป	11	55	10	50	21	52.5
หงุดหงิด/คับข้องใจ	1	5	3	15	4	10.0
สับสน/ไม่มีสมาธิ/หลงลืม	-	-	3	15	3	7.5
กลัวมีอาการข้างเคียงไม่ปลอดภัย	7	35	6	30	13	32.5
อาการทางด้านสังคม						
กลัวเพื่อนบ้านและสังคมรู้/ไม่ยอมรับ	9	45	11	55	20	50.0
ไม่อยากเข้าสังคม/อายุ	1	5	2	10	3	7.5
ความสามารถในการทำงานลดลง	3	15	3	15	6	15.0
กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ	12	60	16	80	28	70.0
อาการทางด้านจิตวิญญาณ						
กลัวความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น	13	65	10	50	23	57.5
รู้สึกท้อแท้/สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต	3	15	6	30	9	22.5
รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง	12	60	8	40	20	50.0

ตอนที่ 2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ และ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ paired t-test

จากผลการศึกษพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ก่อนและ หลังการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความร่วมมือในการรักษา แบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังได้รับการ พยาบาล ตามปกติ		t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยาประเมิน โดยการใช้ pill count	98.17	2.99	97.30	4.18	-1.167	.129
2. ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา	0.70	0.57	0.75	0.55	0.567	.289
3. ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด	1.95	0.22	1.90	0.45	-0.438	.333
4. ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษา	104.90	9.79	103.85	9.28	1.324	.101

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์

ความร่วมมือในการรักษา แบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับ โปรแกรม		หลังสิ้นสุด โปรแกรม 4 สัปดาห์		t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ประเมินโดยใช้ pill count	96.79	5.88	100.00	0.00	2.445	.012
2. ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา	1.05	0.51	1.95	0.22	7.285	.001
3. ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด	1.90	0.45	2.00	0.00	1.000	.165
4. ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษา	106.15	9.05	122.55	2.46	-9.644	.001

ตารางที่ 10 และ 11 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษา สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาทั้ง 4 ด้าน

ตอนที่ 3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ด้วยสถิติ Independent t - test

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในแต่ละด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

ความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n2 = 20)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ประเมินโดยการใช้ pill count						
ก่อนได้รับโปรแกรม	98.17	2.99	96.79	5.88	0.939	.178
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	97.30	4.18	100.00	0.00	-2.889	.005
2. ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.70	0.57	1.05	0.51	-2.043	.240
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	0.75	0.55	1.95	0.22	-9.037	.001
3. ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด						
ก่อนได้รับโปรแกรม	1.95	0.22	1.90	0.45	0.447	.329
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	1.90	0.45	2.00	0.00	-1.000	.165
4. ด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา						
ก่อนการทดลอง	104.90	9.79	106.15	9.05	-0.419	.339
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	103.85	9.28	122.55	2.46	-8.715	.001

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาทั้ง 4 ด้าน ก่อนการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design) โดยมี

วัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ จะมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ จะมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือนมีนาคม 2549 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เพศหญิงและเพศชาย โดยถ้าเป็นเพศหญิงต้องไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

2. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตร HAART เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน
3. สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือการได้ยิน ที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ได้
4. มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในระดับต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยวัดได้จากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาต้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 ราย โดยมีการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ อายุ โดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการ/นอกโครงการ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 1 ปี และ ปัจจัยด้านการได้รับยาต้านไวรัสสูตรเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ข้อ และ ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อีก 1 ข้อ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลระยะการดำเนินโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้วยตนเอง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

1.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.3.1 ด้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วนคือ

1.3.1.1 แบบประเมินชนิด Numeric Scale ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Visual analog scale ของ Somchit Tulathong (2004) เนื่องจากในการประเมินด้วยวิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบเหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือ แต่มีจุดอ่อนคืออาจขาดความแม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจประเมินตนเองสูงเกินความเป็นจริงได้ หรือเลือกตอบตามเกณฑ์ที่คิดว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

ดังนั้นจึงนำวิธีการประเมินโดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) มาใช้ในการประเมินร่วมด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

1.3.1.2 การประเมินโดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) โดยผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทั้งหมดมาด้วยทุกครั้ง และผู้วิจัยจะนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย จากนั้นนำมาคิดเป็นจำนวนร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาได้จากการคำนวณสูตร (Hugen et al., 2002) เนื่องจากในการประเมินด้วยเป็นวิธีการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาถูกต้องหรือไม่ ยามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจพบจุดอ่อนในการนำไปใช้ได้ เช่น ข้อมูลที่ได้อาจผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาขาด หรือเกินจำนวนที่แพทย์สั่งจริง หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริง แต่เตรียมนับเม็ดยาก่อนมาพบบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาจขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกที่กำลังถูกจับผิดจึงไม่นำยามาด้วย

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินร่วมกันทั้ง 2 วิธี เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ เนื่องจากพบว่าทั้ง 2 วิธีมีจุดอ่อน-จุดแข็งที่ต่างกันในการนำไปใช้ ซึ่งภายหลังการเก็บข้อมูล พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการใช้วิธีประเมินทั้ง 2 วิธี พบว่าค่าที่ได้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ เพียงวิธีเดียวในการนำเสนอผลการวิจัย

1.3.2 ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง โดยสอบถามผู้ป่วยว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนไปจากเวลาจริงที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาหรือไม่ และท่านรับประทานยาคลาดเคลื่อนไปอย่างไร

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยได้ตัดแปลงมาจากแนวคิดของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (อ้างในกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ได้แก่

ถ้าผู้ป่วยกินยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา +/- ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ให้ 2 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยตอบว่ากินยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษามากกว่า 1 ชั่วโมง ให้ 1 คะแนน

และถ้าผู้ป่วยไม่ได้กินยาตามแผนการรักษา ให้ 0 คะแนน

1.3.3 ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามเพิ่มเติมจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วย โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามียาชนิดใดบ้างที่ท่านได้รับประทานในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อยา หากกรณีที่ไม่ทราบชื่อยา ให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะของยา (เช่น สี รูปร่าง ขนาด)

และสอบถามจำนวนเม็ดยาที่กินในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งที่กินในแต่ละวัน โดยพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล จากคำสั่งการรักษาตามแผนการรักษาแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ตรงตามแผนการรักษาแพทย์ หมายถึงผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาดให้ 2 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ถูกชนิดหรือถูกขนาด ให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยอธิบายวิธีการรับประทานยาได้ไม่ถูกชนิดและไม่ถูกขนาดให้ 0 คะแนน

1.3.4 ด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถาม จะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ในช่วงเวลาระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามทั้งหมดมี 25 ข้อ โดยกำหนดให้ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 คน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในภาคผนวก ก) ซึ่งคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .843

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / version 12.0 คำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .715

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประกอบด้วย

- แผนการสอนเรื่องโรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะในการจัดการกับอาการต่างๆ กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส และ การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

- ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

และสม่ำเสมอ ของ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547)

- คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ ของ กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2546)
- คู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ของ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (AIDS ACCESS Foundation) องค์การหมอ ไร้พรหมแดน-เบลเยียม (2545)
- อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนเรื่อง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ปฏิทิน, organizer, ตารางบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย, กล่องแบ่งยา, ตัวอย่างการจัดยาที่แบ่งเป็นชุด ๆ และ แผ่นภาพแสดงลักษณะเม็ดยา
- อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสาธิตการสอน เรื่องทักษะในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ และ Hot-Cold pack

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ ทางด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 คน (ดังรายชื่ของผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นแก้ไข คือ การปรับเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มเติมให้มีความครอบคลุม และในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ปรับเวลาให้กระชับยิ่งขึ้น

2. ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ของโปรแกรมและสื่อต่างๆที่ใช้ โดยการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (Try out) จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรม สามารถนำไปใช้ได้จริง กิจกรรมและเนื้อหา มีความเหมาะสม เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วย

หลังได้รับการสอนตามโปรแกรมของผู้วิจัย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบถูกผิดจำนวน 14 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลร้อยละ 80 แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยตามโปรแกรมของผู้วิจัยแล้ว ผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 คน (ดังรายชื่ของผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 คนไป Try out กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .752

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และทักษะในการจัดการกับอาการ โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าร่วมประชุม อบรมวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยในด้านต่างๆ

2. ขั้นเตรียมการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

2.2 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และ เครื่องมือวิจัยถึงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาต ตามขั้นตอนของการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าหอ

ผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือ และจัดเตรียมสถานที่ เพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลประจำหน่วยงาน เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักผู้วิจัย ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในโปรแกรม พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และขอพบผู้ป่วยอีกครั้งภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจและรับยาเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ไม่เป็นการรบกวนต่อกระบวนการตรวจรักษาของผู้ป่วย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (Pre-test) และบันทึกลักษณะตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้ จนครบ 20 ราย จากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่พบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ราย โดยมีการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

กลุ่มควบคุม

ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งในอีก 8 สัปดาห์ต่อมา เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Post-test) โดยใช้เวลาประเมินนานประมาณ 10 นาที

กลุ่มทดลอง

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรม และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการนำผู้ดูแลที่เป็นญาติเข้าร่วมการวิจัย โดยมาจากการคัดเลือกตามความสมัครใจของผู้ป่วย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Pre-test)

ซึ่งในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1.) การประเมินประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2.) การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆอย่างครอบคลุม 3.) การให้ผู้ป่วยได้นำไปทดลองปฏิบัติ และ 4.) การติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 2 ครั้งเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในแต่ละครั้งจะประมาณ 30-45 นาที และ ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และนัดพบผู้ป่วย เพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้นนาน 8 สัปดาห์ โดยในทุกขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและไว้วางใจพยาบาล กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลระยะการดำเนินโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อไอวีในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าการแจกแจงของข้อมูลที่เข้าใกล้โค้งปกติ (ดังภาคผนวก ง)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยใช้ค่าสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ทั้งก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติ t-test for independent sample ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา ในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการมีความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษา หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการสูงกว่า กลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิดและถูกขนาด พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมากกว่าครึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ซึ่งล้วนอยู่ในวัยผู้ใหญ่อันเป็นแรงงานที่สำคัญของประเทศไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยของ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 ที่รายงาน ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี ถึงร้อยละ 76.52 ในด้านของระยะการดำเนินโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินโรคที่จัดแบ่งโดยเกณฑ์การแบ่งของ CDC ใน Class A ร้อยละ 95 ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 97.5 และไม่ได้รับประทานยาอื่นร่วมด้วยร้อยละ 47.5 อภิปรายได้ว่า หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสมีผลทำให้ปริมาณไวรัสเอชไอวีลดลง และส่งผลให้มีระดับค่าเฉลี่ยของ cd4 ที่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ทำให้ไม่ได้รับยาเพื่อรักษาหรือป้องกันโรคฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับอาการทางคลินิกด้านน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว (ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนรับการรักษาเท่ากับ 51.60 kg. และ เพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็น 58.65 kg. ในกลุ่มควบคุม และจาก 52.84 kg. เพิ่มขึ้นเป็น 57.59 kg. ในกลุ่มทดลอง)

เมื่อพิจารณาด้านอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ขณะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยแบ่งตามรายด้านพบว่า อาการทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาการผื่น/คัน (ร้อยละ 42.5) รองลงมา

คืออาการแกำตบ/แขนขาลีบ/พุงป่อง (ร้อยละ 32.5) และ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Somchit Tulathong (2004) ที่พบว่าอาการด้านร่างกายที่ผู้ป่วยรายงานว่ามีมากที่สุดคือ อาการผื่นคันที่ผิวหนัง นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการใช้ยาต้านไวรัส ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงขึ้นได้ทั้งที่ไม่รุนแรงและอาการที่รุนแรง รวมทั้งผลข้างเคียงเรื้อรังในระยะยาว เช่น การเกิดโรคเบาหวาน ดับอึกเสบ โลหิตจาง ไขมันในเลือดสูง เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายผิดปกติ การเกิดนิ่วในไต อาการทางระบบประสาทส่วนปลาย และการมีระดับไขมันเปลี่ยนแปลง หรือมีระบบการเผาผลาญที่ผิดปกติ (Melbourne et al., 1999; Wang et al., 2000; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินการมีประสบการณ์อาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ Somchit Tulathong (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 59.9 รายงานว่ามีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ (Ammassari et al., 2001; Simoni et al., 2002; Bonolo et al., 2004; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Melbourne et al. (1999) พบว่าเหตุผลแรกที่ทำให้ผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือทนกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่ไหวถึงร้อยละ 81 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาอาการด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลานาน (เฉลี่ย 6.44 ปี ในกลุ่มควบคุม และ 6.35 ปีในกลุ่มทดลอง) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสในระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี มักพบปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ไขมันสะสมในอวัยวะต่างๆผิดปกติ เช่น ลงพุง ไขมันพอกที่หน้าอก และต้นคอ แดหน้าและแกำตบ และแขนขาลีบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และอาการเหล่านี้ยังสัมพันธ์กับอาการทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด คือ กังวลกับรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนไปมากถึงร้อยละ 52.5 ทั้งนี้เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระยะยาวเหล่านี้ ล้วนส่งผลโดยตรงต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้รูปร่างหน้าตาภายนอกของผู้ป่วยกลับเปลี่ยนแปลงไปอีกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าจะมีคนตั้งข้อสงสัยถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตน

สำหรับอาการทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่า รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันรองลงมา คือ มีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้กับการกินยา และกลัวมีอันตรายจากอาการข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 42.5 และร้อยละ 32.5 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีทางรักษาหาย ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อ

การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ วานิชสันต์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาต้านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ส่วนอาการทางด้านสังคมพบว่าผู้ป่วยกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆระหว่างรับการรักษามากที่สุด ร้อยละ 70.0 สอดคล้องกับข้อมูลด้านวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาลที่พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 47.5 ที่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่ายาต้านไวรัสเองทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆระหว่างรับการรักษาสูง สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะดำเนินโปรแกรมที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อยาต้านไวรัสไปได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากค่ายาที่แพง และจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอด สำหรับผู้ป่วยรายที่มีสวัสดิการ เช่น เบิกประกันสังคม หรือเบิกข้าราชการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ารัฐบาลควรให้ความช่วยเหลือสวัสดิการให้แก่ผู้ติดเชื้อที่ต้องได้รับยาในทุกๆด้านอย่างครอบคลุม ไม่ควรต้องให้ผู้ป่วยต้องเสียส่วนเกินสิทธิ อาการทางด้านจิตวิญญาณพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งกลัวความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (ร้อยละ 57.5 และ ร้อยละ 50.0 ตามลำดับ) เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดภาวะสูญเสียมูลค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาไปตลอด จึงเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวีล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและสังคมในทุกๆด้าน

ตอนที่ 2 ด้านความร่วมมือในการรักษา

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร กับผู้ป่วยและญาติ และปัจจัยด้านการรักษา การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับการรักษา และด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะความรู้ในด้านการดูแลและจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดจากยา ดังนั้นการที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในด้านต่างๆให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้นั้น จึงควรแก้ไขที่ปัจจัยต่างๆดังกล่าวมา ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการมุ่งแก้ไขปัญหามือร่วมในการรักษา ตามปัจจัยดังกล่าวมานั้น สามารถช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสให้เพิ่มขึ้นได้

โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมมาจาก แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งเป็น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การค้นหา ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเฉพาะราย รวมทั้งการมุ่งเน้นทักษะการสร้างสัมพันธ์ที่ระหว่งบุคลากร ทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและไว้วางใจในทีม บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา กล่าวสอบถามในสิ่งที่ เป็นข้อสงสัย และยอมบอก พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการกินยาตามความเป็นจริง สัมพันธ์ภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ทีมสุขภาพมีความใส่ใจในปัญหา หรือสิ่งที่เป็นกังวลของตน รวมทั้งการมีความยืดหยุ่นในข้อตกลง ต่างๆ จะช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น อันจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือใน การรักษา และทำให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาล และให้ ความรู้ได้เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ในขั้นตอนของการดำเนินตาม โปรแกรม ยังมีการเลือกใช้สื่อการสอนต่างๆที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และร่วมมือในการวางแผนการรักษาได้ดี รวมทั้งการที่พยาบาลคอยดูแลให้ข้อมูล และให้คำปรึกษา แนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งคอยติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยการติดตามทางโทรศัพท์ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ฟังพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ ร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (Williams et al., 1997) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมจากผู้วิจัย ยัง ได้รับการปรับเปลี่ยนการรับรู้และประเมินอาการที่ถูกต้องตามสาเหตุที่เกิดขึ้น การส่งเสริมให้ สามารถจัดการกับอาการต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการ รักษาที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีประสิทธิภาพ การมีอาการทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งการจัดการกับอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ เห็นได้จาก ผู้ป่วยที่เคยทานยาแล้วมีประสิทธิภาพของอาการข้างเคียง มักจัดการกับอาการดังกล่าวโดยเลือกที่จะ ปฏิเสธยา ลดขนาดยาลง หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อต้องการลดอาการที่พบว่ารบกวน ตนเองลง ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการกับ อาการของตนที่ผ่านมาในอดีตตามการรับรู้เป็นรายบุคคล จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงปัญหาที่ แท้จริง ทราบกลวิธีในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยแบบเดิมที่เคยกระทำในอดีต ที่อาจยังไม่ ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อันส่งผลให้อาการยังไม่ได้รับการบรรเทา ซึ่งส่งผลต่อการ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาตามมา เพื่อนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรม ยังได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง รวมทั้งการกระตุ้นและส่งเสริม ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความ จำเป็นในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอและต่อเนื่องว่าจะเกิดผลดีผลเสีย อย่างไรต่อตนเอง ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้วิจัย โดยมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

ร่วมกับการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมใน โปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลตามแนวคิดของ Dodd นับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วย จากแนวคิดตามกระบวนการต่างๆดังกล่าวใน โปรแกรม จึงส่งผลให้สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสให้สูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paterson et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยมีการทำงานร่วมกัน ทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่ให้การดูแลรักษา

จากผลการวิจัยเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความร่วมมือในการรักษาในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา และด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาในด้านนี้สูงกว่าก่อนการทดลอง อภิปรายได้ว่า ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมผู้ป่วยหลายราย ยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีความเข้าใจว่าการรับประทานยาต้านไวรัส เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็สามารถหยุดยาได้ แล้วค่อยกลับมาทานใหม่ได้อีกครั้ง ไม่ทราบวิธีกินยาที่ถูกต้อง ความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาในเวลาเดียวกันในทุกมื้อของทุกวัน บางรายไม่ทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา และ เกิดปัญหา drug interaction เช่น ผู้ป่วยพบมีผู้ป่วย 1 รายที่รับประทานยาต้านไวรัส ร่วมกับยารักษาไมเกรน ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหดรัดแรง คล้ายจะเป็นลม เนื่องจากเลือดไหลเวียนบริเวณปลายมือปลายเท้าลดลง ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าเกิดจากปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างยา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดปัญหาของการรับประทานยาต้านไวรัสได้ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเข้าใจว่ายาที่แพทย์จัดให้มีความแรง กลัวฤทธิ์ยาจะทำให้ตนเองทำงานไม่ได้ หรือหดรัด จึงมีความรู้สึกกังวลกับการรับประทานยา ไม่พึงพอใจในการรักษา และทำให้ในบางมื้อ ผู้ป่วยเลือกที่จะใช้วิธีในการจัดการกับอาการดังกล่าว โดยปฏิเสธการรับประทานยาหรือรับประทานยาเลยเวลาออกไปหลังเวลางาน เนื่องจากกลัวตนเองจะไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบว่า สามารถประเมินสาเหตุได้จากประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยในอดีต ซึ่งภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรม ผู้ป่วยรายนี้ได้รับความรู้และคำแนะนำปรึกษา ปรับการรับรู้ต่างๆ ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งในด้านความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องต่อประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งผลเสียของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ต่อการเกิดการดื้อยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา และวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าวอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยเป็นการให้ความรู้ในลักษณะของภาษาที่เข้าใจง่าย และมีสื่อการสอนที่หลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และตระหนัก

ถึงความจำเป็นดังกล่าว ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา และด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลาที่สูงขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ ลืม ทำงานเพลิน เข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีกินยา ปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงของยา และไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสม หลับเลยเวลายา เนื่องจากยาบางตัวต้องรับประทานตอนท้องว่าง หรือแยกมาทานตอนก่อนนอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ostrop และ คณะ (2000) ที่ศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจาก ลืม เวลาในการกินยาไม่สะดวก อาหารมีผลต่อการกินยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวนเม็ดยาที่ต้องกินในแต่ละครั้งมีจำนวนมาก ซึ่งยาที่พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ผิดบ่อยได้แก่ยามีข้อจำกัดในเรื่องการกินอาหาร ซึ่งในกลุ่มทดลองผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการคำแนะนำที่ถูกต้องตามขั้นตอนของโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการกินยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งข้อจำกัดต่างๆ ระหว่างรับประทานยา ทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการแนะนำกลวิธีต่างๆ ในการช่วยให้สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา และตรงเวลา เช่น การใช้กล่องแบ่งยา การใช้โทรศัพท์ปลุก โดยเฉพาะการให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลในการเตือนให้ผู้ป่วยทานยา และการให้กำลังใจ และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง ได้รับการให้คำปรึกษา และเกิดความพึงพอใจ ซึ่งกลวิธีดังกล่าว เป็นการจัดการกระทำโดยใช้แนวคิดในการประเมินการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างเฉพาะราย จากปัจจัยดังกล่าว ล้วนส่งผลให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย จึงมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Safren et al. (2001) ที่มีการพัฒนาโปรแกรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยการให้ข้อมูล การจูงใจ และ การใช้เทคนิคการแก้ปัญหา และมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา พบว่าเมื่อประเมินใน 2 และ 12 สัปดาห์ โปรแกรมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอดส์ไอวีสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมได้

กลวิธีในการจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งในการจัดการกับอาการแต่ละอย่าง ผู้ป่วยอาจเลือกใช้เพียงวิธีการเดียวหรือมากกว่า ซึ่งในโปรแกรมการจัดการกับอาการได้นำแนวคิดของ Dodd เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการจัดการกับอาการ มาใช้ในการเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากพบว่าจะมีความเฉพาะเจาะจงในการนำวิธีการจัดการกับอาการที่นำไปใช้ว่า กลวิธีนั้นๆ จะนำไปใช้กับใคร

ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำอย่างไร ใช้เมื่อใด ใช้บ่อยเพียงใด และ กระทบโดยใคร เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยรายหนึ่งมีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาได้อย่างตรงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยประเมินว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองอย่างรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องทำงานเป็นประจำทุกวัน ทำให้มีอาการดังกล่าวจากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยรายนี้ เป็นอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้ไม่ยอมรับประทานยาในช่วงเวลาที่ต้องทำงาน ในขณะที่ผู้ป่วยอีกหนึ่งรายที่มีประสบการณ์อาการเดียวกัน แต่มีการรับรู้ต่ออาการที่ไม่รุนแรง และประเมินว่าไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตของตนเองมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ทำงานเป็นประจำทุกวัน ส่งผลให้ในการเลือกให้คำแนะนำ เพื่อพิจารณาหาวิธีการในการจัดการต่ออาการดังกล่าวตามแนวคิดของ Dodd จำเป็นต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายว่า ผู้ป่วยยอมรับในวิธีการใด ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยรายที่ต้องทำงานเป็นประจำเลือกใช้การรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกต่อตนเองในการดำรงชีวิต ร่วมกับการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา หรือเวลาในการกินยาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ไม่ได้ทำงาน ปฏิเสธที่จะรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน แต่เลือกที่จะใช้กลวิธีที่บรรเทาอาการดังกล่าว โดยการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเปรี้ยว เช่น บัวลอยหรือลูกอม เพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว

และเมื่อพิจารณาความร่วมมือในการรักษา ในด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย มีคะแนนหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ ที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับแผนการรักษา เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากปฏิบัติตนของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับอาการในด้านการใช้สมุนไพรในรูปแบบต่างๆ ทั้งแบบกินและทา ทั้งจากการแสวงหาด้วยตนเอง และจากการแนะนำของญาติและคนรู้จักร่วมด้วยในการรักษา โดยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้แจ้งให้แพทย์ที่ดูแลรักษาทราบสูงถึง ร้อยละ 65 สอดคล้องกับการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่ (2543) และ สุจิตกร แก้วมณี (2548) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกใช้สมุนไพร ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ และเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และเพิ่มภูมิคุ้มกันเป็นการแพทย์ทางเลือกจำนวนมาก โดยในการเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการนั้น บางครั้งผู้ติดเชื้ออาจเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ ซึ่งในกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมจากผู้วิจัย จะได้รับการดูแลในการจัดการกับอาการโดยใช้แนวคิดของ Dodd ในการประเมินการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยแต่ละราย และการให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการต่างๆ ด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการเป็นรายบุคคล ซึ่งในรายที่ต้องการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยจะดูแลให้คำแนะนำในการ

เลือกใช้ยาสมุนไพรต่างๆอย่างถูกต้อง และไม่ขัดกับการรักษา โดยการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแลก่อนใช้ พบว่าการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลองในด้านนี้ มีคะแนนความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านของเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่า การที่ตนเองและคู่สมรสมีการติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันทั้งคู่ จะสามารถมีเพศสัมพันธ์กันได้ตามปกติโดยไม่จำเป็นต้องป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการปรับความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้คะแนนการปฏิบัติตนในด้านนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 100

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยา ด้านความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมคะแนนความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 99.75 และร้อยละ 100 จากการประเมินด้วยแบบประเมิน Numeric Scale และ จากการนับเม็ดยาที่เหลือตามลำดับ (รายละเอียดในภาคผนวก ง) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าของคะแนนที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยาด้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้นโดยจัดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมคือ สูงกว่าร้อยละ 95 (Paterson et al., 2000; Bartlett, 2002; กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้ในการพิจารณาคะแนนโดยการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองนั้น พบว่าผู้ป่วยจะมีแนวโน้มของการให้คะแนนตนเอง สูงกว่าเกณฑ์ในการประเมินความร่วมมือที่กำหนดไว้ เนื่องจากในการให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเองส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองไว้สูงกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงเกณฑ์ของความร่วมมือในการรักษา ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างแท้จริง ที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งความถูกต้องของชนิด ขนาด และเวลาในการรับประทาน รวมทั้งการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างเคร่งครัดตลอดการรักษา แตกต่างกับการใช้ยาประเภทอื่น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความหมายของเกณฑ์ของความร่วมมือในการรักษา ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้ที่ชัดเจน และครอบคลุมแก่ผู้ป่วยทุกรายที่รับประทานยาต้านไวรัส

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการกับอาการแล้ว 4 สัปดาห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาโดยรวมของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ยังช่วยสนับสนุนผลการศึกษาของ สุทธิณี ตันพงศ์เจริญ (2546) ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ และคำแนะนำปรึกษา คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะ โรคและยา และการให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ป่วย เมื่อประเมินหลังจากให้ความรู้ในครั้งแรก เป็นเวลา 29 วัน ยังไม่พบความแตกต่างชัดเจน แต่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือที่ดีขึ้น และเมื่อได้ให้ความรู้ครบ 2 ครั้ง (2 เดือน)

พบว่าคะแนนความร่วมมือเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นในการจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาให้แก่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ หากใช้หลักในการให้คำแนะนำที่เน้นการประเมินอาการและความต้องการความรู้ของผู้ป่วย ตามการรับรู้เป็นรายบุคคล จะสามารถช่วยพัฒนาความร่วมมือให้เพิ่มสูงขึ้นได้ โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง

และจากผลการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ในด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคะแนนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงชนิดและขนาดของยาต้านไวรัสที่ตนเองต้องรับประทาน ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีตั้งแต่ก่อนการทดลอง และผู้ป่วยทุกรายยังคงรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในประเภทเดิมและขนาดเดิม ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยา ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากในการใช้ยาต้านไวรัส นั้น ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษาแพทย์จากโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถไปซื้อมารับประทานได้เองจากร้านขายยาทั่วไปโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ได้เหมือนยาบางประเภท ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมจากผู้วิจัยจะพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนความร่วมมือในด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ดังนั้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งคำนึงถึงการประเมินประสิทธิผลการมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลตามต้องการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการจัดการกับอาการแต่ละอย่าง อาจเลือกใช้เพียงวิธีการเดียวหรือมากกว่า ซึ่งแนวคิดของ Dodd เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการจัดการกับอาการ จะมีความเฉพาะเจาะจงว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นบุคคลจะเลือกใช้วิธีการใด เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำอย่างไร เมื่อใด บ่อยเพียงใด และกระทำโดยใคร จึงสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญ ของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และอันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสามารถดูแลจัดการกับอาการต่างๆ ในระหว่างรับการรักษาทั้งจากตนเอง และจากบุคลากร

ทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาทั้งในด้านการใช้ยา และการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาที่สูงขึ้น

2.2 จากผลการวิจัย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ มีความร่วมมือในการรักษาด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

การที่คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และ ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับแผนการรักษาของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ได้มุ่งเน้นการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและไว้วางใจพยาบาล กล่าวที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะช่วยให้สามารถทราบอาการที่ผู้ป่วยรับรู้อย่างแท้จริง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับกระบวนการรับรู้ให้ถูกต้องและเหมาะสม สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วย โดยที่แนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเมื่อพิจารณาการพยาบาลตามปกติในปัจจุบัน พยาบาลมีภาระงานหนักและมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ทำให้ส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการหรือปัญหาต่างๆของตนที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แต่จะเป็นการให้คำแนะนำในลักษณะการสอนแนะนำโดยรวม ทั้งในด้านการปฏิบัติตนและการดูแลจัดการกับอาการต่างๆ ที่คาดว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้นตามกลุ่มโรคและการรักษาที่ได้รับ โดยในการให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวจะยึดผู้สอนเป็นศูนย์กลาง และเป็นทักษะการสื่อสารแบบทางเดียว อีกทั้งไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยเคยรับรู้มาก่อน ทำให้การให้คำแนะนำต่างๆ อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีโอกาสได้ระบายถึงปัญหาหรือแสดงความคิดเห็น และไม่กล้าถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yun-Fang Tsai et.al. (2002) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะประเมินอาการของผู้ป่วยได้ไม่ตรงกับ การรับรู้ที่แท้จริงของผู้ป่วย และมีแนวโน้มที่จะประเมินอาการเหล่านั้นต่ำกว่าความจริงบ่อยๆ และบุคลากรมักมองว่าอาการต่างๆ เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ผู้ที่ใช้ยาต้านไวรัสต้องพบ ทำให้ไม่ได้ให้

ความสำคัญกับการแสวงหาแนวทางในการจัดการกับอาการต่างๆที่มีประสิทธิภาพร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการนี้มาใช้ จะสามารถช่วยลดช่องว่างระหว่างการประเมินอาการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยและพยาบาล ช่วยให้ผู้พยาบาลทราบการรับรู้ต่ออาการต่างๆตามธรรมชาติของผู้ป่วยได้ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยรายงานอาการ ตามประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยเอง ยังช่วยให้ทราบข้อมูลบางอย่าง ที่ไม่สามารถประเมินได้จากการตรวจทางคลินิกได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการค้นพบข้อมูลที่สามารถนำไปวางแผนในการให้การพยาบาล ทั้งในด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ และแสวงหาแนวทางให้การช่วยเหลือ ในการจัดการกับอาการให้แก่ผู้ป่วยต่อไปได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยในการให้คำแนะนำตามโปรแกรมของผู้วิจัยพยาบาล จะมีบทบาทในการช่วยแนะแนวทางโดยเป็นการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้วิธีในการจัดการกับอาการที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง

นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจาก แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ยังนำแนวคิดการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม โดยการนำผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยมาให้ความรู้ในด้านต่างๆ เนื่องจากการที่มีคนในครอบครัวมีความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ และการดูแลอย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ ทั้งในด้านการดูแลช่วยเหลือทางร่างกาย การช่วยดูแลจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้ออย่างถูกวิธี รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการให้กำลังใจ การยอมรับฟังความรู้สึกและปัญหา การแสดงความรักเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การแนะนำส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อดูแลสุขภาพตนเอง การช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเหมาะสม (กองควบคุมโรคเอดส์, 2546) ซึ่งแนวทางดังกล่าว ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมจากผู้วิจัย จึงมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อเอดส์โอวีได้รับการยอมรับ และการช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาตนเอง ภาวะเครียดลดลง เนื่องจากครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ มีความสนิทสนมผูกพันรักใคร่กันเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Gifford et al., 2000; Steven et al., 2001; Frank et al., 2002; Jeffrey et al., 2004) ซึ่งในการพยาบาลตามปกติมักไม่ได้มุ่งเน้นในการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ในการให้การพยาบาลตามโปรแกรมของผู้วิจัย หลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้ และคำแนะนำต่างๆที่ตรงตามความต้องการจากการประเมินอย่างเฉพาะรายแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับการ

ติดตามประเมินผลภายหลังจากได้รับความรู้ และคำแนะนำต่างๆตามโปรแกรม เพื่อเป็นการติดตามผลว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามปัญหา หรืออุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการกับอาการต่างๆเกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษาที่แสดงถึงความเอาใจใส่ดูแลติดตามการรักษาจากพยาบาล ในขณะที่การพยาบาลตามปกติ ยังคงให้การพยาบาลในลักษณะของการดูแลเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น ยังไม่มีการนำระบบการติดตามต่อเนื่องหลังรับการรักษาเข้ามาใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tuldra et al. (2000) ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลและความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาการปรับตารางการรับประทานยาที่เหมาะสมร่วมกันกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ร่วมคิดวิธีที่จะรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์กลับมาสอบถามได้เมื่อมีข้อสงสัย เมื่อทำการประเมินผล พบว่าร้อยละ 94 ของกลุ่มทดลอง มีระดับความร่วมมือในการใช้ยา \geq ร้อยละ 95 อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีเพียงร้อยละ 69

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันของความร่วมมือในการรักษาในด้านอื่นๆ อธิบายได้ว่าในงานวิจัยครั้งนี้ รูปแบบของการให้การพยาบาลตามปกตินั้น สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาดได้ไม่แตกต่างกับโปรแกรมของผู้วิจัย ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคะแนนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงชนิด และขนาด ของยาต้านไวรัสที่ตนเองต้องรับประทาน ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีตั้งแต่ก่อนการทดลอง และพบว่า ผู้ป่วยทุกรายยังคงรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเภทเดิมและขนาดเดิม ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาเลยตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากยาต้านไวรัส นั้น ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษาแพทย์เท่านั้น ไม่สามารถไปหาซื้อมารับประทานได้เองจากร้านขายยาทั่วไป โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ได้เหมือนยาบางประเภท ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีทั้งก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย พบว่าคะแนนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนความร่วมมือในด้านการใช้ยาได้ถูกชนิด และถูกขนาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากใน

กลุ่มทดลองพบว่าจากการประเมินประสิทธิผลของผู้ป่วยตามขั้นตอนของโปรแกรมพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายที่ผู้ป่วยเคยรับประทานยา Double dose ก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการกินยา ผู้ป่วยจึงรับประทานยาเพิ่มขนาดเป็น 2 เท่า เพื่อต้องการทดแทนยาในมือที่ตนเองลืมรับประทานยา แต่ภายหลังจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามขั้นตอนของโปรแกรมแล้ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีรับประทานยาอย่างถูกต้องว่าต้องรับประทานยาในเวลาใด อย่างไร เมื่อเกิดปัญหาในกรณีลืมรับประทานยา ส่งผลให้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยกลับมีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาที่พบ ชี้ให้เห็นว่าสามารถนำการพยาบาลในรูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นแนวทางในการส่งเสริม และแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจริงในคลินิกได้ ทั้งนี้จะช่วยพัฒนาความร่วมมือในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ในด้านของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และด้านการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาให้สูงขึ้นได้

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

ในผู้ป่วยบางรายผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลที่ช่วยประเมินความร่วมมือในการรักษาในด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ปริมาณ Viral load ได้ทุกราย ทำให้มีข้อมูลน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจวัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการกับอาการ ไปใช้ในการช่วยพัฒนาความร่วมมือในการรักษา แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ โดยเน้นการประเมินความรู้ความเข้าใจ และประสิทธิภาพการมีอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก่อนให้ความรู้เพื่อปรับแนวทางให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการส่งเสริมสนับสนุนให้นำผู้ดูแลที่เป็นญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ก่อนนำไปใช้ พยาบาลผู้นำไปใช้ควรต้องมีการศึกษาค้นคว้า และติดตามความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสในด้านต่างๆ ที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และอาจปรับเนื้อหาของบางส่วนให้สอดคล้อง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวียังคงมีการค้นคว้าอยู่อย่างต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง

1.2 ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรต้องมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษา

อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยอาจเผชิญกับอุปสรรคต่างๆจากการใช้ยาได้ตลอดระยะเวลาของการรักษา เพื่อเป็นการส่งเสริมความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2. ด้านการศึกษาวิจัย

2.1 จากผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการค้นคว้า และวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาวมากขึ้น เช่น 3 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผลการตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยเพิ่มเติม ได้แก่ ระดับค่าCD4, ระดับค่า Viral load และ อัตราการติดเชื้อ โรคฉวยโอกาสเพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่เป็นเชิงประจักษ์ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มการพัฒนารูปแบบโปรแกรมให้มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการรักษาซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ผู้ดูแลรักษา เกสซอร์ สังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การวางแผนในการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนและเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างสูงสุด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. 2546. การดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ. ฝ่ายเผยแพร่อบรมและให้คำแนะนำ กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2546. คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2547. คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2547. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ.2547. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กองระบาดวิทยา. 2548. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 6 มีนาคม 2549.
http://epid.moph.go.th/epi_38.4aids.html.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการ และติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ปี 2545. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์.
- จนพะจง เพ็งจาด. 2547. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Symptom management : Quality of care. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (อัครสำเนา)
- จามจุรี แซ่หลู่. 2543. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชวินทร์ ศิรินาค บรรณาธิการ. 2546. คู่มือการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. ฝ่ายเผยแพร่อบรมและให้คำแนะนำ กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- ชวินทร์ ศิรินาค บรรณาธิการ. 2546. **คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขด้านเอดส์ในชุมชน ชุมชน**
สัมพันธ์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ฝ่ายเผยแพร่อบรม และให้คำแนะนำ กองควบคุม
โรคเอดส์ สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์**
กับควมมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพวรรณ วานิชสันต์. 2545. **ทักษะและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ใน**
ในโครงการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต1 ปี2545.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธนาสนธิ์ ธรรมกุล และมัทนา หาญวนิชย์. 2547. **การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ โรคเอดส์.**
ใน : ชีรพงษ์ ตันทวิเชียร, และพรณพิศ สุวรรณกุล, (บรรณาธิการ), **An update on**
infectious diseases 2004, หน้า 438-462. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
- นิตยา แก้วร่วมวงศ์. 2543. **ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ**
โรคเอดส์จากแม่สู่ลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
บริษัท ยูแอนเคไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด
- ประณีต ส่งวัฒนา และ พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. **เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และการสื่อสาร**
ในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.
เอกสารประกอบการเรียนการสอน (อัดสำเนา)
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของ**
ญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. 2546. **เอกสารประกอบงานสัมมนาเรื่อง ยาต้านไวรัสเอดส์ HIV กับการ**
พัฒนาศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อHIV. งานสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์
(อัดสำเนา)
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม**
เกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัฒนา โพรธีแก้ว. 2537. ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิระมน นิงสานนท์ และคณะ. 2547. สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พูนทรัพย์ โสภารัตน์. 2537. การพยาบาลผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอชไอวี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณีรัตน์ สิทธิเดช. 2548. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. 2541. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. วารสารคลินิก 167, (14) : 761-765.
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (AIDS ACCESS FOUNDATION) องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (MSF-Belgium). 2545. ร่วมรู้ร่วมรักษา คู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเข้าถึงเอดส์.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล บรรณาธิการ. 2545. การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล บรรณาธิการ. 2545. การสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวี. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ. 2546. การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, กอบเกียรติ ดอนสกุล, เพ็ญศรี มโนวีรสรณ์, ยุทธศักดิ์ โอสธนากร, สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิ์กุล, สมศักดิ์ ราบริน และคณะ. 2546. การประเมินผลโครงการการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกันในเขต 9. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 1(12), 138-143.
- ศุทธิณี ต้นพงศเจริญ. 2546. การให้ความรู้โดยเภสัชกร ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมัยพร อาชาล. 2544. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคเอดส์ (ไทย). 2547. ยาด้านไวรัสเอดส์อนาคตของผู้ป่วยโรคเอดส์. *สรรพสารวงการแพทย์*. 167, (179) : 761-765.
- สุดจิตร แก้วมณี. 2548. อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Altice, F.L., Mostashari, F. & Friedland, G.H. 2001. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 28: 47-58.
- Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., Trotta, M., et al. 2001. Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *JAIDS*. 28 : 445-449.
- Bangsberg, D.R., et al. 2001. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*. 15:1181-1182.

- Bartlett, J.A. 2002. Addressing the Challenges of Adherence. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** 29 : S2-S10.
- Bassetti, S., et al. 1999. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued?. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** 21 :114-119.
- Bernardino Roca. et al. 2004. HAART with didanosine once versus twice daily : adherence and efficacy. **International Journal of Infectious Diseases.** 33 : 2-6.
- Bonolo, P.F., Cesar, C.C., Acurio, F.A., Ceccato, M.G.B. et al. 2004. **Factors associated to adherence among patients initiating antiretroviral (ARV) therapy, Belo Horizonte ,Brazil , 2001-2003.** The 15th international AIDS Conference , Bangkok.
- Bruno Spire et al. 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.
- Burns, N. and Grove, S.K. 2001. **The Practice of Nursing Research : Conduct , Critique and Utilization.** 4th ed. Pennsylvania:W.B.Saunders Company.
- Chesney, M.A. 2000. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. **Clin Infect Dis** 30(12) :171-176.
- Dan V., Barry R., William Breitbart and et al. 1999. Symptom Prevalence, Characteristics, and Distress in AIDS Outpatients. **Journal of Pain and Symptom Management** 18(4) : 253-262.
- Dodd, M. et al. 2001. Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33(5) :668-676.
- Dracup, K.A. & Meleis, A.I. 1982. Compliance : An Interactionist approach. **Nursing Research** 31(1) : 31-36.
- Duran, S., et al. 2003. The detection of non-adherence by self-administered questionnaires can be optimized by protease inhibitor plasma concentration determination. **AIDS.** 7(7): 1096-1098.
- Fantoni M, Ricci F, Del Borgo C. 1997. Multicentre study on the prevalence of symptoms and symptomatic treatment in HIV infection. **Journal Palliative Care.** 13 : 9-13.

- Farley, J., Hines, S., Musk, A., Ferrus, S., and Tepper, V. 2003. Assessment of adherence to antiviral therapy in HIV-infected children Using the medication event monitoring systems, pharmacy refill, provider assessment, caregiver self-report, and appointment keeping. **JAIDS**. 33 : 211-218.
- Frank, I. 2002. Once-daily HAART ; Toward a new treatment paradigm. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 31 :S3-S9.
- Gifford, A.L., Bormann, J.E., Shively, M.J., Wright, B.C., Richman, D.D., Samuel, A.B. 2000. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 23 : 386-395.
- 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.
- Goujard, C., et al. 2003. Impact of a patient education program on adherence to HIV medication. **JAIDS** 34(2) : 191-194.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., & Sackett, D.L. 1979. **Compliance in health care**. Baltimore : John Hopkins University Press.
- Holzemer, W.L., Henry S.B, Reilly C.A., Portillo C.J. 1995. Problems of persons with HIV/AIDS hospitalized for pneumocystis carinii pneumonia. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care** 6 : 23-30.
- Holzemer, W.L, Hudson, A., Kirksey, K.M., Hamilton, M.J., & Bakken, S . 2001. The Revised Sign and Symptom Check-List for HIV(SSC-HIVrev). **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care** 12(5) : 60-70.
- Howard, A.A., et al. 2002. A Prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected woman. **AIDS**. 16(175) : 1750-2182.
- Hsiung P, Tsai Y, Liang C, Shih C. 2000. Factors in Psychiatric Distress of Patients with AIDS. **Formosan Journal Med** (4) : 398-406.

- Hugen PWH, Langebeek N, Burger DM, Zomer B, Leusen RV, et al. 2002. Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 30 : 324-334.
- Inge B. Corless, Patrice K. Nicholas, et al. 2005. Symptom Status, Medication Adherence, and Quality of Life in HIV Disease. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**. 7(3) : 129-138.
- Javier A., Miriam G., Federico P. and et al. 1999. Evaluation of adherence to a triple antiretroviral therapy in HIV-positive patients. **European Journal of Internal Medicine**. 10 : 202-205.
- Jeffrey S. et al. 2004. Social Support, Positive States of Mind, and HIV Treatment Adherence in Men and Women Living With HIV/AIDS. **Health Psychology**. Vol. 23(4) : 413-418.
- Joan S. et al. 2004. Psychosocial Mediators of Antiretroviral Nonadherence in HIV-Positive Adults With Substance Use and Mental Health Problems. **Health Psychology**. Vol. 23(4) : 363-370.
- Kleeberger, C.A. et al. 2001. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapy in the multicenter AIDS cohort study. **JAIDS** 26 : 82-96.
- Knobel, H., et al. 2002. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA study. **AIDS** 16 : 605-613.
- Laschinger, S.J., & Fothergill-Bourbonnais. 1999. The experience of pain in persons with HIV/AIDS. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care** 10(5) : 59-67.
- Maher K, Klimas N, & Fletcher M.A. 1999. Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 22 : 358-363.
- Marchand C, Himmich H, Maaroufi A, Sohier N, Chambon JF, Gangnayre R. 2005. Implementation and assessment of an HIV treatment training program (2000-2001) for patients in Casablanca (Morocco). **Sante**. 1;15(2) :73-80.

- Mathews, W.C., et al. 2002. Prevalence predictors and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. **AIDS Patient Care and STDs.** 16 : 157-172.
- Mayuree Boontad. 2004. **Symptom experiences , management strategies and symptom outcomes as perceived by persons with HIV/AIDS.** A thesis of the degree of master of nursing science , Adult nursing Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Melbourne, K.M., Geletko, S.M., Brown, S.L., Willey-Lessne, C., Chase.S.&Fisher, A. 1999. Medication adherence in patients with HIV infection : a comparison of two measurement methods. **AIDS.** 9(5) : 329-338.
- Miles, M.S., Davis, D.H., Eron,J.Black , B.P., Pederen, C., & Herris,D.A. 2003. An HIV self-care symptom management intervention for African American motors. **Nursing Research.** 52 , 350-359.
- Muoz-Moreno, J.A., Tuldri, A., Fumaz, C.R., Ferrer , M.J., Prez-lvarez, N., Garrido., N., and Clotet, B. 2004. **Predictive models for adherence to antiretroviral treatment in HIV infected patients.** The 15th International AIDS Conference , Bangkok.
- Murri, R., et al. 2000. Patient-reported nonadherence to HAART is related to protease inhibitor levels. **JAIDS.** 24 : 123-128.
- Newshan, G., & Sherman, D.W. 1999. Palliative care pain and symptom management in persons with HIV/AIDS. **Nursing Clinic of North America.** 34 (1) , 131-144.
- Nokes, K.M., Chidekel, J.H., & Kendrew , J. 1999. Exploring the complexity of sleep disturbances in persons with HIV/AIDS. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care** 10(3) : 22-29.
- Ostrop, N.J., Hallett, K.A., Gill, M.J. 2000. Long term patient adherence to antiretroviral therapy. **Ann Pharmacother.** 34, 703-709.
- Paterson, D.L., et al. 2000. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med.** 133 : 21-30.
- Paterson, D.L., Potoski B, Capitano B. 2002. Measurement of adherence to antiretroviral medications. **Journal Acquir Immune Defic Syndrome** 31 :103-106.
- Roberts, K.J. 2000. Barriers to and facilitators of HIV-positive patients adherence to antiretroviral treatment regimens. **AIDS Patient Care and STDs.** 14 : 155-168.

- Safren SA , Otto MW, Worth JL., et al. 2001. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medications:life-steps and medication monitoring. **Behav Res Ther.** 39:1151-1162.
- Simoni, J.M., Frick, P.A., Lockhart, D.& Liebovitz, D. 2002. Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. **AIDS Patient Care support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. AIDS Patient Care and STDs.** 16 : 431-439.
- Somchit Tulathong. 2004. **Affective factors to medication adherence among patients receiving highly active antiretroviral therapy (HAART).** A thesis of the degree of master of nursing science , Community health nursing Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Spire, B., et al. 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.
- Steven A. et al. 2001. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication : Life-Steps and medication monitoring. **Behaviour Research and Therapy.** 39 : 1151-1162.
- Stone,V.E. 2001. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy : lessons from research and clinical practice. **Clin Infect Dis** 33(15) :865-872.
- Tesoriero, J., et al. 2003. Stability of adherence to highly active antiretroviral therapy over time among clients enrolled in the treatment adherence demonstration project. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** 33 : 484-493.
- Tuldra, A. et al. 2000. Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of specific interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** 25 : 221-228.
- Vanhove G.F, Schapiro J.M, & Winters M.A. 1996. Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. **JAMA.** 276 : 1955-1956.
- 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.

- Wagner, G.J., Remien, R.H., Carballo-Diequez, A.& Dolezal, C. 2002. Correlates of adherence to combination antiretroviral therapy among member of HIV-positive mixed status couples. **AIDS Care**. 14 : 105-109.
- Wald, R.L. & Temoshok, I.R. 2004. **Subjective beliefs about health status and health care providers significantly predict adherence to anti-retroviral medications.** The 15th International AIDS Conference Bangkok.
- Walsh JC, Mandalia S., Gazzard BG. 2002. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. **AIDS** 16 : 269-277.
- Wang, S.A., Panlilio, A.L., Doi, P.A., Stek, M., & Saah, A. 2000. Experience of health-care workers taking post-exposure prophylaxis after occupational HIV exposures; Finding of the HIV Postexposure Prophylaxis Registry. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. 21:780-785.
- Williams, A., Friedland, G. 1997. Adherence compliance and HAART. **AIDS Care**. 9 : 51-54.
- Wilson, T.E., et al. 2002. Adherence to antiretroviral therapy and its association with sexual behavior in a national sample of women with human immunodeficiency virus. **Clin Infect Dis** 34 (15) :529-534.
- Wutoh, A.K., et al. 2003. Assessment and predictors of antiretroviral adherence in older HIV-infected patients. **JAIDS**. 33: s106-114.
- Yun-Fang Tsai., Ping-Chuan Hsiung, and William L. Holzemer. 2002. Symptom Management in Taiwanese Patients with HIV/AIDS. **Journal of Pain and Symptom Management**. 23(4) :301-308.
- Zornilla, C.D., Santiago, L.E., Acevedo, M., Martinez, J., Estronza, G., Rivera, E., & Hilerio, C. 2004. **Improved adherence to HAART among a cohort of non-pregnant woman and its associated factors.** The 15th International AIDS Conference Bangkok.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



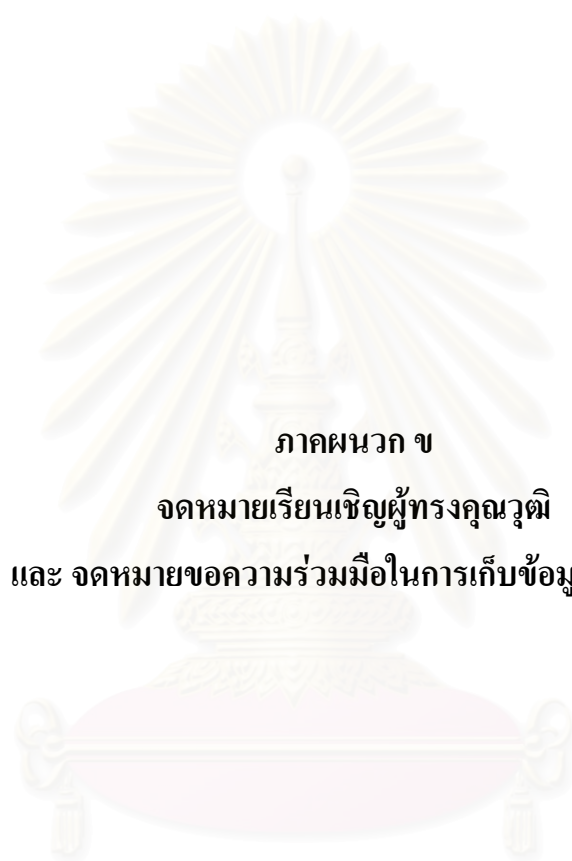
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วันลา กุลวิจิต	ภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วยโรคติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. กรองกาญจน์ สังกาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
อาจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคุลย์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806
ที่ ศธ 0512.11 / ๙๐๐๐ วันที่ ๑ พฤศจิกายน 2548
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ วันลำ กุลวิจิต อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วยโรคติดเชื้อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุวิภา ปรจุติลป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ปรจุติลป
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ วันลำ กุลวิจิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น โทร. 0-9665-1788

ที่ ศบ 0512.11/ 1936



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ดร. ประจุศิลป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
วิชาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน โทร. 0-9665-1788

ที่ ศธ 0512.11/ 1936

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ กรองกาญจน์ สังเกต อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ประจักษ์ศิลป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ กรองกาญจน์ สังเกต

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น โทร. 0-9665-1788

ที่ ศธ 0512.11/ 1936

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๖ ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสุภาภาชาติไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. อาจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
2. อาจารย์ ดร. บุษงา คโนภาส อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ประจุกิตลิป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตลิป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ และอาจารย์ ดร. บุษงา คโนภาส
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ข้อนิสิต นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน โทร. 0-9665-1788

ที่ ศช 0512.11/ ๑๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑/ ตุลาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

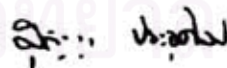
เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ศ.ศ.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหะวัณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
วิชาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น โทร. 0-9665-1788

ที่ ศธ 0512.11/ 9146

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗/ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภปร 1, ภปร 2, และภปร 3 จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา และแบบวัดความสามารถในการจัดการกับอาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทน์ จันทรท่าจีน โทร. 0-9665-1788

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 ธันวาคม 2548

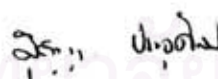
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวจันทน์ จันทรทำจิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภปร 1, ภปร 2, และภปร 3 จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา และแบบวัดความสามารถในการจัดการกับอาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทน์ จันทรทำจิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทน์ จันทรทำจิน โทร. 0-9665-1788

ที่ จพ.ชอ.1377 /2549



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล

เรียน คณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11 /2146 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2548

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทนี จันทรทำจิ้น นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต เข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาปร 1, ภาปร 2 และภาปร 3 จำนวน 30 คน เพื่อประกอบการทำวิจัยต่อไปนั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ขินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา กรุณาติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกภปร ชั้น 1, 2 และ 3 โดยโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูล และก่อนพบบุคลากรดังกล่าว ขอให้นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ตึกอำนวยการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ. เกรียง ตั้งสง่า)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และการจัดการสารสนเทศ

ปฏิบัติกรแทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันจุฬาลงกรณ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 0 2256 4360

ฝ่ายเลขานุการ โทรศัพท์ 0 2256 4999 ต่อ 603 โทรสาร 0 2256 4368



ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการหาค่าความเที่ยง โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ใช้สูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_i^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ	สัมประสิทธิ์ครอนบาค
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ผลรวมค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_i^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้ง n จำนวน
	N	คือ	จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.2 การคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้สูตรดังนี้

$$S = \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X})^2}{n-1}}$$

เมื่อ	S	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
	X	คือ	ค่าของข้อมูลแต่ละจำนวน
	\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	n	คือ	จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย t-test dependent กรณีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

เมื่อ	D	คือ	ผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่
	n	คือ	จำนวนคู่
	df	คือ	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

2.4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย t-test independent กรณีความแปรปรวนทั้ง
สองกลุ่มเท่ากัน

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

โดยมี df = $n_1 + n_2 - 2$

2.5 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย t-test independent กรณีความแปรปรวนทั้ง
สองกลุ่มไม่เท่ากัน

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยมี df} = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$



ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์สถิติเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม	คะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	292.4450	290.7700
	Std. Deviation	14.07014	14.97117
	Most Extreme Differences	Absolute	.127
	Positive	.099	.077
	Negative	-.127	-.127
Kolmogorov-Smirnov Z		.566	.568
Asymp. Sig. (2-tailed)		.906	.904

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากการวิเคราะห์ตารางพบว่า ค่า Asymp. Sig (2- tailed) ทั้งสองค่าที่คำนวณได้มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงของข้อมูลที่เข้าใกล้โค้งปกติ

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง	คะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	325.0000	295.8350
	Std. Deviation	5.11962	25.43552
	Most Extreme Differences	Absolute	.250
	Positive	.217	.163
	Negative	-.250	-.144
Kolmogorov-Smirnov Z		.727	1.118
Asymp. Sig. (2-tailed)		.666	.164

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากการวิเคราะห์ตารางพบว่า ค่า Asymp. Sig (2- tailed) ทั้งสองค่าที่คำนวณได้ มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลที่เข้าใกล้โค้งปกติ

ตารางที่ 13 แสดงปัจจัยด้านระยะเวลาดำเนินโรค การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และการรับประทานยาอื่นร่วมด้วยของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n2 = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาดำเนินโรค						
กลุ่ม A	19	95	19	95	38	95.0
กลุ่ม B	1	5	1	5	2	5.0
กลุ่ม C	-	-	-	-	-	-
การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส						
- มีการติดเชื้อฉวยโอกาส	-	-	1	5	1	2.5
- ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส	20	100	19	95	39	97.5
การรับประทานยาอื่นร่วมด้วย						
- ยารักษาอาการข้างเคียง/ยา ป้องกันการเกิดOI. ตาม แผนการรักษาแพทย์	3	15	6	30	9	22.5
- ยาสมุนไพร หรือวิตามินบำรุง อื่นๆ	8	40	4	20	12	30.0
- ไม่ได้รับประทานยาอื่นเลย	9	45	10	50	19	47.5

ตารางที่ 14 แสดงน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	น้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (kg.)					
	ก่อนรับยา (n = 20)		หลังรับยา (n = 20)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มทดลอง	52.84	9.60	57.59	10.16	-3.986	.001
กลุ่มควบคุม	51.60	7.43	58.65	7.49	-5.810	.000

ตารางที่ 15 แสดงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี/ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยา
ต้านไวรัสและค่าเฉลี่ยของ cd4

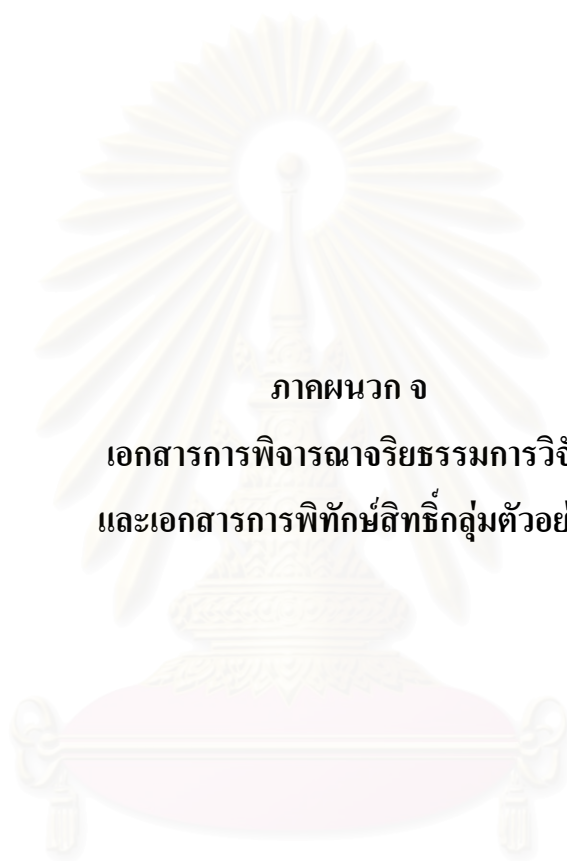
ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n2 = 20)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี (ปี)	8.07	3.87	8.81	3.48
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ปี)	6.44	3.41	6.35	3.45
ระดับ cd4 (เซลล์:มม.)	354.0	122.10	368.3	142.85

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด
ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง
ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความร่วมมือในการรักษาแบ่งเป็นรายด้าน ของกลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง				หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ			
	\bar{X}	SD	MIN	MAX	\bar{X}	SD	MIN	MAX
1. ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ประเมินโดยการใช่ pill count ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง	98.17	2.99	88.50	100.00	97.30	4.18	86.30	100.00
	86.65	6.85	70.00	94.00	84.65	7.04	70.00	93.00
2. ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา	0.70	0.57	0.00	2.00	0.75	0.55	0.00	2.00
3. ด้านการรับประทานยาได้ ถูกชนิดและถูกขนาด	1.95	0.22	1.00	2.00	1.90	0.45	0.00	2.00
4. ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับ แผนการรักษา	104.90	9.79	83.00	125.00	103.85	9.28	83.00	125.00

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของคะแนนความร่วมมือ
ในการรักษาแบ่งเป็นรายด้าน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ
ก่อน และหลังได้รับโปรแกรม

ความร่วมมือในการรักษา แบ่งเป็นรายด้าน ของกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง				หลังได้รับโปรแกรม			
	\bar{X}	SD	MIN	MAX	\bar{X}	SD	MIN	MAX
1. ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยา ประเมินโดยการใช่ pill count ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง	96.79	5.88	84.60	100.00	100.00	0.00	100.00	100.00
	88.45	4.52	80.00	94.00	99.75	0.56	98.00	100.00
2. ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา	1.05	0.51	0.00	2.00	1.95	0.22	1.00	2.00
3. ด้านการรับประทานยาได้ ถูกชนิดและถูกขนาด	1.90	0.45	0.00	2.00	2.00	0.00	2.00	2.00
4. ด้านการปฏิบัติตนสอดคล้องกับ แผนการรักษา	106.15	9.05	88.00	125.00	122.55	2.46	118.00	125.00



ภาคผนวก จ

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษา
 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จันทน์ จันทรทำจิ้น นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4174

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-665-1788

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 1). เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 2). เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และกลุ่มทดลองที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และตอบแบบประเมินสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ หลังจากได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

3. โปรแกรมประกอบด้วย 1).การประเมินความต้องการ และประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การมีอาการต่างๆทั้งที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และจากผลข้างเคียงของยาที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย 2.) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับทักษะในการจัดการอาการทั้งอาการที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งการให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษา และกลวิธีในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบการสอน และภาพพลิก ร่วมกับการสาธิตเป็นรายบุคคล และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย โดยให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการสอนด้วย ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตาม

อาการที่พบ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านบททวน และไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน และให้ผู้ป่วยนำตารางบันทึกการใช้ยากลับไปใช้ที่บ้าน 3.) การนำไปทดลองปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยและญาติได้นำความรู้และคำแนะนำที่ได้รับไปทดลองปฏิบัติจริงที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามปัญหา หรืออุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง 4.) การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังจากที่ได้นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการ และการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้วิจัย

4. การวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยง หรือก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วย และไม่มีผลต่อการบริการและการบำบัดรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่ท่านต้องสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ และการตอบแบบประเมินสอบถาม

5. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ท่านและผู้ป่วยพึงจะได้รับ

6. ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริง เว้นแต่ได้รับคำยินยอมตามกฎระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจะเปิดเผยได้ผลการวิจัยจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

ที่

วันที่..... 12 ตุลาคม 2548

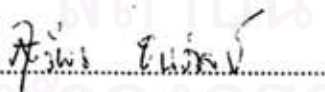
เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ใบคำขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2.โครงการวิจัย จำนวน 14 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า นางสาว จันทน์ จันทรทำจิน นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส” และประสงค์จะเสนอ
ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการ
พิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

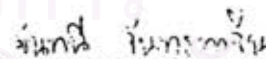
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง



(ผศ.ดร. สุรินทร์ ชนศิลป์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

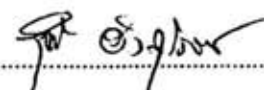
วันที่..... 12 ต.ค. 2548



(นางสาว จันทน์ จันทรทำจิน)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่..... 12 ตุลาคม 2548



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.บุพิน อังสุโรจน์)

** คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่..... 12 ต.ค. 2548



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14

ที่ วจ. 503 /2548

วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2548

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นส.จันทน์ จันทรทำจิ้น

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 17/2548 ในวันจันทร์ ที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้พิจารณาโครงการวิจัย และเอกสารดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ฉบับปรับปรุงแก้ไขโครงร่างวิทยานพนธ์
2. ใบยินยอม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

หัวหน้าโครงการวิจัย นส.จันทน์ จันทรทำจิ้น

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินธเนศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์

สถาบันวิจัยประชากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เพื่อทราบ



ภาคผนวก ฉ
ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

A : Asymptomatic HIV หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

B : Symptomatic HIV หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ หรืออาการแสดง 1 ใน 11 ดังนี้

1. เชื้อราในช่องปาก เนื่องจาก เชื้อราชนิด Candida หรือ เป็นแบบ hairy leukoplakia
2. เป็นโรคงูสวัด (Herpes Zoster) มากกว่า 1 dermatome
3. มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system dysfunction)
4. อูจาระร่วงเป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
5. มีไข้เป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
6. น้ำหนักลดมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัว หรือผอมชুবจากการขาดอาหาร (Cachexia)
7. อ่อนเพลีย หรือการขาดกำลัง (Asthesia) เป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
8. ผิวหนังอักเสบเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน
9. มีภาวะโลหิตจาง (Anemia) , เม็ดเลือดขาวต่ำ (Lymphopenia) , เกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)
10. มีอาการไอเรื้อรัง หรือเป็นปอดบวมนานมากกว่า 2 เดือน (ยกเว้นวัณโรค)
11. ต่อม้ำเหลืองบริเวณนอกขาหนีบโต ขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร อย่างน้อย 2 ที่ เป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน

C : AIDS หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง 1 ใน 25 โรค

1. เป็นโรคเชื้อราจาก Candida บริเวณหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด
2. มะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลาม (Invasive cervical cancer)
3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ต่อม้ำเหลืองที่คอ หรือข้อ
4. Cryptococcosis
5. Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
6. Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อม้ำเหลือง
7. การอักเสบของเรตินา จากเชื้อ Cytomegalovirus
8. สมองอักเสบจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalitis)
9. เป็นโรคเริม (Herpes Simple) นานเกิน 1 เดือน
10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจาย
11. Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi's sarcoma

13. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt หรือเทียบเท่า (Burkitt's lymphoma)
14. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด immunoblastic หรือเทียบเท่า (Immunoblastic lymphoma)
15. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดที่มีต้นกำเนิดในสมอง
16. Mycobacterium avium complex หรือ M. kansasii
17. ติดเชื้อ Mycobacterium สายพันธุ์อื่นๆ ชนิดแพร่กระจาย หรือนอกปอด (Disseminated or extrapulmonary)
18. ติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ทั้งในและนอกปอด
19. Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
20. Pneumocystis carinii pneumonia
21. Penicillium marneffeii
22. Progressive multifocal leukoencephalopathy
23. Salmonella septicemia
24. Toxoplasmosis
25. ภาวะผอมแห้ง (Wasting syndrome , emaciation , slim disease)



ภาคผนวก ช
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย × ลงใน (....) หรือ เติมคำในช่องว่าง.....ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ (....) ชาย (....) หญิง
2. อายุ (ระบุ) ปี
 นำหนักก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....กก.
 นำหนักหลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
3. สถานภาพสมรส
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12. อาการใดบ้างที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
อาการทางด้านร่างกาย
 (....) ไข้/คัน
- อาการทางด้านจิตใจ.....
- อาการทางด้านจิตวิญญาณ
 (....) หวาดกลัวความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น
 (....) รู้สึกท้อแท้ / สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต
 (....) รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง

1.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้แบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.3.1 ด้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วนคือ

1.3.1.1) แบบประเมินให้ผู้ป่วยประเมินเองชนิด Numeric Scale

คำถาม : ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอเพียงใด

(ให้ขีดเครื่องหมาย × ลงบนเส้นตรงข้างล่างนี้)

ไม่สม่ำเสมอเลย

(ไม่เคยกินยาเลย แม้แต่เม็ดเดียว)

สม่ำเสมอมากที่สุด

(ไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่เม็ดเดียว)

1.3.1.2) การประเมินโดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) โดยผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทั้งหมดมาด้วยทุกครั้ง และผู้วิจัยจะนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย

จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น.....เม็ด

จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย.....เม็ด

จำนวนเม็ดยาที่เหลือ.....เม็ด

1.3.2 ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วย

คำถาม : ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนไปจากเวลาจริงที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาหรือไม่ และท่านรับประทานยาคลาดเคลื่อนไปอย่างไร

.....

.....

1.3.3 ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิด และถูกขนาด ซึ่งผู้วิจัยใช้การประเมินจากการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ร่วมกับการซักถามจากผู้ดูแลที่เป็นญาติร่วมด้วย

คำถาม : ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับประทานยาอะไรบ้าง (กรุณาระบุชื่อยา หากท่านไม่ทราบชื่อยา ให้ท่านอธิบายลักษณะของยา เช่น สีของเม็ดยา รูปร่างเม็ดยา และขนาดของเม็ดยา)

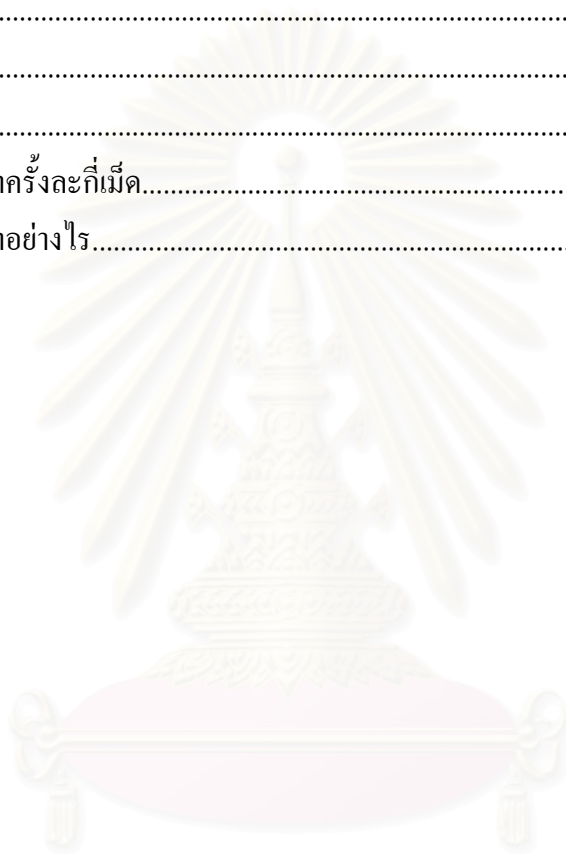
.....

.....

.....

ท่านรับประทานยาครั้งละกี่เม็ด.....

ท่านรับประทานยาอย่างไร.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3.4 ด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย × ลงใน (.....) หรือ เติมคำในช่องว่าง.....ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
2. ท่านเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง อย่างสม่ำเสมอ					
3. ท่านมาตรวจตามแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
4.					
5.					
6.					
.....					
.....					
.....					
23. ในบางมือที่ท่านลิ้มกินยาต้านไวรัส ท่านกินยาเมื่อต่อไปเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า					
24. หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติขณะรับประทานยาต้านไวรัส ท่านไปพบแพทย์ทันที					
25. เมื่อท่านรับประทานยาต้านไวรัสจนมีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านหยุดรับประทานยาหรือลดปริมาณยา					

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ผู้ดำเนินการ	นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
เวลา	โปรแกรมมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ การพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที
สถานที่	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สื่อประกอบการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ

1. แผนการสอนเรื่องโรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะในการจัดการกับอาการต่างๆ และ กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

2. ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง การกินยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ของ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547)

3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ ของ กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2546)

4. คู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (AIDS ACCESS Foundation) องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (2545)

5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนเรื่อง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ตารางบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย, ก่อแบบยา, ตัวอย่างการจัดยาที่แบ่งเป็นชุด ๆ และ แผ่นภาพแสดงลักษณะเม็ดยา

6. อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสาธิตการสอน เรื่องทักษะในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ และ Hot-Cold pack

รายละเอียดของโปรแกรม

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และ เครื่องมือวิจัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ เพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยขออนุญาตพยาบาลประจำหน่วยงาน เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยพยาบาลประจำการจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยมายังผู้วิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยทราบ หากผู้ป่วยตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม และบันทึกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย

3. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการรักษา (Pre-test) ก่อนการทดลองในการพบกันครั้งแรก จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาค้างประมาณ 30-45 นาที ร่วมกับการติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการรักษา (Post-test) หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยกระทำในวันที่ผู้ป่วยพบกับผู้วิจัยเป็นครั้งแรก ภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

4.1 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย และผู้ดูแลที่เป็นญาติ ที่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและญาติ

4.2 จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่มเติม เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประวัติส่วนตัว ครอบครัว และข้อมูลทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ สภาพครอบครัว รวมทั้งระบบสนับสนุนต่างๆ ที่อาจใช้เป็นแหล่งประโยชน์ได้ในการวางแผนให้การพยาบาล

4.3 จากนั้นผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การมีอาการ ทั้งที่เกิดจากสภาวะของโรคเอง และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ วิธีการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการนั้นๆ ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ทราบถึงการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยค้นหาปัญหา และประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และ ทักษะในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้

ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่ออาการตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4.4 จากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและญาติ ในส่วนของความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่อง โรคเอดส์ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาการข้างเคียงของยา ประโยชน์และความจำเป็นในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ กลวิธีในการเพิ่มพูนความสม่ำเสมอในการใช้ยา รวมทั้งทักษะในการดูแลจัดการกับอาการต่างๆอย่างเหมาะสม โดยเน้นการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ อุปกรณ์ประกอบคำแนะนำ ภาพพลิก ร่วมกับการสาธิต ซึ่งในการสอนจะคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าว เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย โดยมีการประเมินและปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

4.5 จากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้ตารางบันทึกการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกเองที่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้ผู้ป่วยได้จัดบันทึกเวลาในการรับประทานยาจริงในแต่ละมื้อ รวมทั้งสาเหตุของการลืม หรือรับประทานยาได้ไม่ตรงเวลา เพื่อนำกลับมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข

4.6 จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการกับอาการ โดยใช้เกณฑ์ให้ผู้ป่วยตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 และถ้าพบว่าผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับการสอนตามโปรแกรมของผู้วิจัย กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถตอบแบบประเมินได้คะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยแบ่งเป็น ร้อยละ 100 จำนวน 14 ราย ร้อยละ 92.86 จำนวน 5 ราย และ ร้อยละ 85.71 จำนวน 1 ราย

4.7 ผู้วิจัยแจกคู่มือ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ และคู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้ผู้ป่วยและญาติได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยและญาติ มาพบกับผู้วิจัยในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา พร้อมด้วยตารางบันทึกการใช้ยาที่ให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน

5. จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับ กลับไปทดลองปฏิบัติเองที่บ้านเป็นเวลารวม 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม โดยสอบถามอาการ ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย และวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ร่วมกับการให้ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือไม่เข้าใจ โดยการซักถามผู้วิจัยจะสอบถามร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการใช้ยาที่ได้ให้ผู้ป่วยนำกลับไปทำที่บ้าน

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ภายในห้องที่จัดไว้เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 4 ตามกำหนดนัดหมาย โดยในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

7.1 ผู้วิจัยทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในครั้งที่ 1 จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล หลังจากที่ได้ปรับกระบวนการการรับรู้อย่างถูกต้อง และได้ นำความรู้ในเรื่องทักษะในการจัดการกับอาการไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยสอบถามอาการต่างๆ ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการใช้ทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้วิจัย และการให้ข้อมูลเสริม เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการปฏิบัติตนในดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

8. ทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาชุดเดิม (Post- test) ร่วมกับการประเมินตารางบันทึกการใช้ยาที่ได้ให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกเองที่บ้าน โดยใช้เวลานานประมาณ 10 นาที

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านการจัดการกับอาการ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย × ลงในช่อง “ถูก” หรือ “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ” หน้าคำตอบที่ตรงกับความคิดและความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. เมื่อรู้สึกว่ามีไข้ ควรใช้ปรอทในการวัดไข้ และจดบันทึกไว้ เพื่อนำไปให้แพทย์หรือพยาบาลดู เมื่อท่านไปตรวจตามนัด			
2. หากมีไข้สูง ควรเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำสะอาดมากๆ และพักผ่อนให้เพียงพอ			
3. หากมีอาการไข้ น้ำมูกไหล ไอ จากไข้หวัด ท่านสามารถหาซื้อยาแก้ไอแก้เสบ มารับประทานเองได้เพื่อบรรเทาอาการ			
.....			
.....			
.....			
13. ท่านควรกินยานอนหลับเป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้ท่านนอนหลับพักผ่อนได้มากๆ			
14. ผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสบางรายอาจเกิดอาการข้างเคียงบางอย่างจากยาได้			



ตัวอย่างแผนการสอน และคู่มือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง...	โรคเอดส์ และ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
ผู้รับการสอน...	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส และ ผู้ดูแลที่เป็นญาติ
สถานที่สอน...	ห้องสอนแสดงของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ระยะเวลาที่ใช้สอน...	30-45 นาที
สอนวันที่ เวลา
วิธีการสอน...	การบรรยาย ร่วมกับการอภิปราย ประกอบสื่อการสอน และการสาธิต
ประกอบด้วย...	
	1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ การติดเชื้อ โรคฉวยโอกาส
	2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
	3. ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส
	4. ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการใช้ยาต้านไวรัสตามเกณฑ์การรักษา
	5. ความรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง
	6. ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม/ ระยะเวลา ที่ใช้สอน	สื่อ/อุปกรณ์	ประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วย และญาติเกิด ความไว้วางใจ และ เพื่อ เป็นการชักนำผู้ป่วยเข้าสู่ สู่บทเรียน	บทนำ สวัสดีค่ะ คิฉฉินชื่อฉันทินี จันทรท่าจีน เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในวันนี้จะมาพูดคุยถึงข้อมูลที่เป็นแก่นท้านในเรื่องเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง ขณะรับการรักษาค้ำยาค้านไวรัส เพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สามารถ รับประทานยาค้านไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ และ การคิดเชื้อ โรคฉวยโอกาส	ผู้วิจัยชี้แจงพร้อมทั้ง ประเมินความพร้อม ในการเข้าร่วมการ วิจัยของผู้ป่วยและ ญาติ ใ้เวลา ประมาณ 2 นาที	-	ผู้ป่วยและญาติยินดี สร้างสัมพันธภาพ และสนใจรับฟัง บทเรียน โดยผู้วิจัย ประเมินจาก พฤติกรรมการ แสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง และ การพูดโต้ตอบกับ ผู้วิจัย
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถอธิบายความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ การคิดเชื้อ โรคฉวย โอกาสได้อย่างถูกต้อง	โรคคิดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ หมายถึง การติดต่อของโรคเอดส์ โดยทั่วไป มีช่องทางการติดต่อที่สำคัญ 3 ทางคือ ทาง..... อาการ ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระยะคือ..... ระบบภูมิคุ้มกัน ร่างกายคนเราจะมึระบบภูมิคุ้มกัน..... บทบาทของการตรวจวัดระดับของภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี	ผู้วิจัยสอบถามเพื่อ ประเมินความรู้เดิม ผู้ป่วย และ ให้ ความรู้ด้วยการ บรรยายประกอบ ภาพพลิก , แผ่นภาพ ร่วมกับซักถามใช้	- ภาพพลิก แสดงการ ติดต่อของโรค เอดส์/อาการ ในระยะต่างๆ ของผู้ที่ได้รับ เชื้อ/ ระบบ	ผู้ป่วย และญาติ สามารถตอบคำถาม เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการคิดเชื้อ โรค ฉวยโอกาสได้ ถูกต้อง

	<p>ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ Viral load คือ</p> <p>CD 4 หรือ ซีดี 4 คือ</p>	เวลาประมาณ 8 นาที	ภูมิคุ้มกันของร่างกาย	
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มียาชนิดใดที่สามารถรักษาโรคเอชไอวีให้หายขาดได้ มีเพียงยาต้านไวรัสเอชไอวีซึ่งจะช่วยยับยั้งไม่ให้เชื้อไวรัสเพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น</p> <p>รู้ได้อย่างไรว่าท่านใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ผลดี</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ผู้วิจัยสอบถามเพื่อประเมินความรู้เดิมผู้ป่วย และ ให้ความรู้เพิ่มเติมด้วยการบรรยาย ประกอบภาพพลิกคานชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับใช้เวลาประมาณ 5 นาที</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงกลไกของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี</p> <p>- ภาพแสดงรูปแบบของเม็ดยาค้านไวรัสเอชไอวี</p>	<p>ผู้ป่วย และญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ถูกต้อง</p>
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ ได้แก่</p> <p>1. การแพ้ยา</p> <p>การดูแลเมื่อเกิดอาการแพ้ยาต้านไวรัสเอชไอวี</p> <p>1.</p> <p>ยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละตัวอาจมีผลข้างเคียงในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน และ ไม่ใช่ทุกคนที่กินยาจะต้องมีผลข้างเคียงจากยาดังกล่าว ดังนั้นการที่เรา มีความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เรารับประทานแต่ละชนิดนั้นจะมีผลข้างเคียงอย่างไรบ้าง จะช่วยให้เราสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้อย่างถูกต้อง.....</p>	<p>ผู้วิจัยบรรยาย ประกอบภาพพลิก , แผ่นภาพ ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี และผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงอาการแพ้ยา / อาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยา</p> <p>- ภาพแสดงลักษณะเม็ดยาคานชนิดต่างๆ</p>	<p>ผู้ป่วย และญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ถูกต้อง</p>

<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงประโยชน์และความจำเป็นในการที่ต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ประโยชน์และความจำเป็นของการที่ต้องใช้ยาต้านไวรัส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีเป้าหมายคือ ผลเสียของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง การกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ต่อเนื่องทาน ไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือการหยุดกินยาจะเป็นการเปิดโอกาสให้เชื้อไวรัสสร้างตัวเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>ผู้วิจัยบรรยายประกอบภาพพลิกใช้เวลาประมาณ 5 นาที</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสต่อเชื้อเอชไอวี</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการที่ต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้อง</p>
<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงหลักสำคัญในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>หลักสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 1. การรับประทานยาต้านไวรัสจะต้องเลือกสูตรยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแต่ละคนมีความเหมาะสมที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย กรณีลืมกินยา</p>	<p>ผู้วิจัยบรรยายประกอบภาพพลิกร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การใช้ยาต้านไวรัสใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>	<p>- รูปภาพแสดงยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ - ภาพพลิกแสดงตัวอย่างเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับหลักสำคัญในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกต้อง</p>
<p>6. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและญาติสามารถอธิบายความรู้เกี่ยวกับกลวิธีต่างๆที่</p>	<p>กลวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่อง ได้แก่ 1. กรณีที่ผู้ป่วยลืมกินยา เนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลา ควรปรับตารางการกินยาต้านไวรัสให้สะดวก และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องทำงานของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้พบเห็นได้ง่าย หรือการใช้กิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำทุกวันเป็นสิ่ง</p>	<p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์วิธีการรับประทานยาใน</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงกลวิธีต่างๆในการเพิ่มความ</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกลวิธีต่างๆที่ช่วยเพิ่มความ</p>

<p>ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>เตือนใจ เพื่อให้ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น รายการโทรทัศน์ เพลงชาติ หรือการวางขวดยาไว้ในบริเวณที่เห็นง่าย เช่น บนหลังตู้เย็น โต๊ะอาหาร หรือใช้การตั้งเวลาเตือนทางโทรศัพท์</p> <p>2. กรณีที่ผู้ป่วยลืมกินยา เนื่องจากเหลือหลับจนเลยเวลาฯ ควร ใช้การตั้งนาฬิกาปลุก หรือ..... นอกจากนี้ญาติผู้ดูแล ถือเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>บทสรุป</p> <p>ปัจจุบัน โรคเอดส์ได้มีแนวทางในการรักษาที่พัฒนามากขึ้นกว่าเดิมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้ แต่สิ่งสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั้น คือต้องปฏิบัติตามในการรับประทาน และการดูแลรักษาสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันปัญหาการคือยา ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากมาย ถึงแม้ว่าในการรักษาบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับอุปสรรคจาก อาการต่างๆจากผลข้างเคียงของยา หรืออาการอันเกิดจากตัวโรคเอง แต่การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการต่างๆ จะช่วยให้ท่านสามารถจัดการกับอาการต่างๆได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้อาการต้านไวรัสเอดส์ไปได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย</p>	<p>อดีตและปัจจุบัน และ ให้ความรู้เพิ่มเติมด้วยบรรยาย ประกอบภาพพลิก และแผ่นพับ ร่วมกับการสาธิตการใช้ อุปกรณ์ในการช่วยเตือนเวลาในการกินยาใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>	<p>ร่วมมือในการใช้ยา - ปฏิทิน , organizer , ตารางบันทึกการใช้ยา , รูปภาพแสดงเม็ดยา และ กล่องแบ่งยา (pill box) -แผ่นพับ รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ หน่วยงาน บริการ สงเคราะห์ ต่างๆที่ให้ ความช่วยเหลือผู้คิดเชื้อเอดส์</p>	<p>ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ถูกต้อง</p>
---	---	--	--	---

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง...	การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
ผู้รับการสอน...	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส และ ผู้ดูแลที่เป็นญาติ
สถานที่สอน...	ห้องสอนแสดงของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ระยะเวลาที่ใช้สอน	30- 45 นาที
สอนวันที่ เวลา
วิธีการสอน...	การบรรยาย และการอภิปราย ประกอบสื่อการสอน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

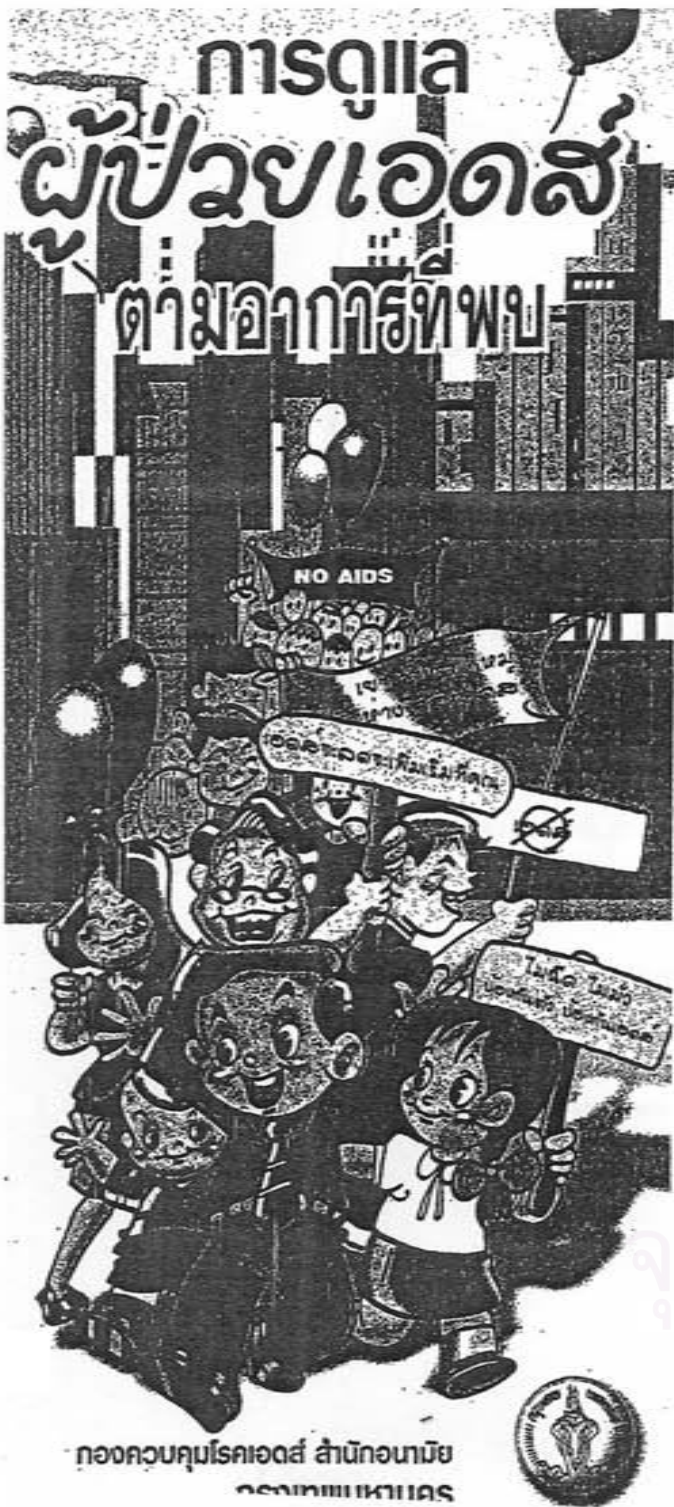
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม/ระยะเวลาที่ใช้สอน	สื่อ/อุปกรณ์	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ และเพื่อเป็นการชักนำผู้ป่วยเข้าสู่บทเรียน</p>	<p>บทนำ</p> <p>สวัสดีค่ะ หลังจากครั้งที่แล้วที่เราได้พูดคุยถึงเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ขณะรับการรักษาคด้วยยาค้านไวรัส เพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สามารถรับประทานยาค้านไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส , การรักษาคด้วยยาค้านไวรัสเอดส์ และอาการข้างเคียงของยา ความจำเป็นในการที่ต้องใช้ยาค้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ กลวิธีต่างๆในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาค้านไวรัส และการจัดการกับอาการต่างๆ เพื่อให้ท่านสามารถใช้ยาค้านไวรัสเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ไปแล้ว ในวันนี้ฉันจะมาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแก่ท่านในเรื่อง - การปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อให้ท่านสามารถดูแลตนเองในขณะที่รับการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>ผู้วิจัยชี้แจงพร้อมทั้งประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยและญาติ ใช้เวลาประมาณ 2 นาที</p>	<p>-</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติยินดีสร้างสัมพันธภาพและสนใจรับฟังบทเรียน โดยผู้วิจัยประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง และการพูดได้ตอบกับผู้วิจัย</p>
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>การปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ได้แก่..... - ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนที่ให้พลังงานสูงเพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ได้แก่ ไข่ต้มสุก ปลาทอด หรือหมูทอด เป็นต้น ที่ให้พลังงานสูงเพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย - ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น ไข่กรอก แหนม ปลาต้ม ปลาร้า อาหาร 	<p>ผู้วิจัยบรรยายประกอบภาพพลิกและ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ ร่วมกับการเปิด</p>	<p>- ภาพพลิกเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษาได้</p>

	<p>สุกๆดิบๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ไม่หมักดอง เพื่อป้องกันอาการท้องเสีย 2. การล้างผักผลไม้ ควรล้าง โดยผ่านน้ำมากๆ ผลไม้ที่มีเปลือกควรปอกเปลือกออกก่อน 3. ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย 4. ด้านการเลือกหรือสำรอน้ำจากตัวผู้ป่วย 5. 6. 7. 8. 9. <p>บทสรุป</p> <p>ปัจจุบันโรคเอดส์ได้มีแนวทางในการรักษาที่พัฒนามากขึ้นกว่าเดิมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้ แต่สิ่งสำคัญในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์นั้น คือต้องปฏิบัติตนในการรับประทานยา และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยา ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากมาย ถึงแม้ว่าในการรักษาบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับอุปสรรคจาก อาการต่างๆจากผลข้างเคียงของยา หรืออาการอันเกิดจากตัวโรคเอง แต่การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการต่างๆ จะช่วยให้ท่านสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ชีวิตด้านไวรัสเอดส์ไปได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย</p>	<p>โอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง</p> <p>ใช้เวลาประมาณ 15 นาที</p> <p>-การสาธิตการวัดไข้</p>	<p>-คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์</p> <p>ความอาการที่พบ</p> <p>- ปรอท ลำไส้</p>	<p>ถูกต้อง</p>
--	--	---	---	----------------

ตารางบันทึกเวลาการใช้ยา

คำชี้แจง กรุณาใส่เวลาที่ท่านรับประทานยาต้านไวรัสแต่ละตัว ลงในช่องทุกครั้งตามเวลาจริงที่ท่านรับประทานยา

ชื่อยา	วันที่												
	1	2	3	4	5	26	27	28	29	30	
1. GPOvir s40 (จีพีโอเวียร์ เอส 40) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด (08.00, 20.00 น.)													
หากในมือใดที่ท่านไม่สามารถรับประทานยาได้ตามเวลาที่กำหนด กรุณาระบุสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยาได้ตามเวลาที่กำหนด													



แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องเป็นบริการที่เน้นความร่วมมือประสานกันระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการกับครอบครัว/ชุมชน ถ้าเขาเหล่านั้นได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดีจากครอบครัวและชุมชน ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขในสังคม

ปัญหาหนึ่งที่ยิ่งใหญ่และเป็นผลพวงมาจากการติดเชื้อเอดส์ก็คือ ปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย เมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มปรากฏอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะบุคคลในครอบครัว/ชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นเอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ตัวผู้ติดเชื้อเอง และ/หรือบุคคลใกล้ชิดที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอาการ/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ จึงนับว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของสถาบันครอบครัวที่เป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมให้มีความเข้มแข็ง

ฝ่ายเผยแพร่อบรมและให้คำแนะนำ
กองควบคุมโรคเอดส์
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

อาการที่พบ



1. ไข้

คือ การที่ร่างกายมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ (เกิน 37.5 องศาเซลเซียส) แสดงว่าเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะผิดปกติบางอย่างของร่างกาย



สาเหตุ

1. เกิดการติดเชื้อไวรัสเอดส์ด้วยตัวของมันเอง
2. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น เช่น วัณโรคหรือโรคติดเชื้ออื่นๆ

ลักษณะที่ต้องส่งปรึกษาแพทย์

- เมื่อไข้สูงมาก
- เป็นไ้นาน
- มีไข้ร่วมกับอาการไอ น้ำหนักตัวลด
- มีไข้ร่วมกับอาการคอแข็ง อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาเหลือง ท้องเสียอย่างมาก หรือมีอาการชัก
- มีไข้ขณะตั้งครรภ์
- ต่อมามีเหตุอื่นใด
- มีอาการหอบเหนื่อย

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่พบ
พิมพ์ครั้งที่ 1

สิงหาคม 2544 จำนวน 50,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2

สิงหาคม 2546 จำนวน 30,000 เล่ม

จัดพิมพ์ เผยแพร่โดย

ฝ่ายเผยแพร่อบรมและให้คำแนะนำ
กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย จำกัด



กองควบคุมโรคเอดส์

สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร

เราอาจจะพบกับอาการข้างเคียงไหนบ้าง?

อาการข้างเคียงที่มักจะพบได้ในยาด้านๆ เกือบทุกตัว คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ส่วนอาการข้างเคียงเฉพาะที่อาจพบได้ใน ยาด้านๆ แต่ละชนิด เช่น



เอแซดที (AZT)	ซีด, เล็บดำ
ดีโฟวีที (d4T)	ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ไข่มุกระจายตัวผิดปกติ(พบน้อย)
สามทีซี (3TC)	ไม่ค่อยพบอาการข้างเคียง
ดีดีไอ (ddI)	ท้องเสีย, ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ตับอ่อนอักเสบ
อะบาคาเวียร์ (Abacavir)	ผื่นแพ้ยา

40

ผลข้างเคียงดูแล และป้องกันได้

อย่าให้ข้างเคียงใจเสีย สามารถให้การดูแลตามอาการหรือใช้ยาบรรเทาตามอาการได้ เช่น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ปวด ยาหยุดถ่าย และการทำความเข้าใจกับคนรอบข้าง หรือผู้ดูแล ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆดีขึ้นภายใน 2 เดือน

อย่าปล่อยให้กังวล สามารถป้องกันได้โดย

1 ตรวจสอบนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความผิดปกติอย่างใกล้ชิด ถ้าพบความผิดปกติแต่น้อยๆ เน้นๆ ทำให้แก้ไขได้ เช่น ถ้าพบว่าเริ่มซีดจากเอแซดที แพทย์อาจพิจารณาปรับสูตรยาโดยใช้ยารุ่นอื่นในกลุ่มเดียวกันแทนยาเอแซดที (AZT) หรือเมื่อตรวจเลือดดูการทำงานของตับแล้วพบว่า เริ่มมีความผิดปกติไม่มาก แพทย์จะพิจารณาแก้ไข โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา

สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ซึ่งอาจต้องพบแพทย์ก่อนวันนัด

ติดตามผลการรักษาของตนเอง โดยทำความเข้าใจผลการตรวจแต่ละครั้ง

42

169



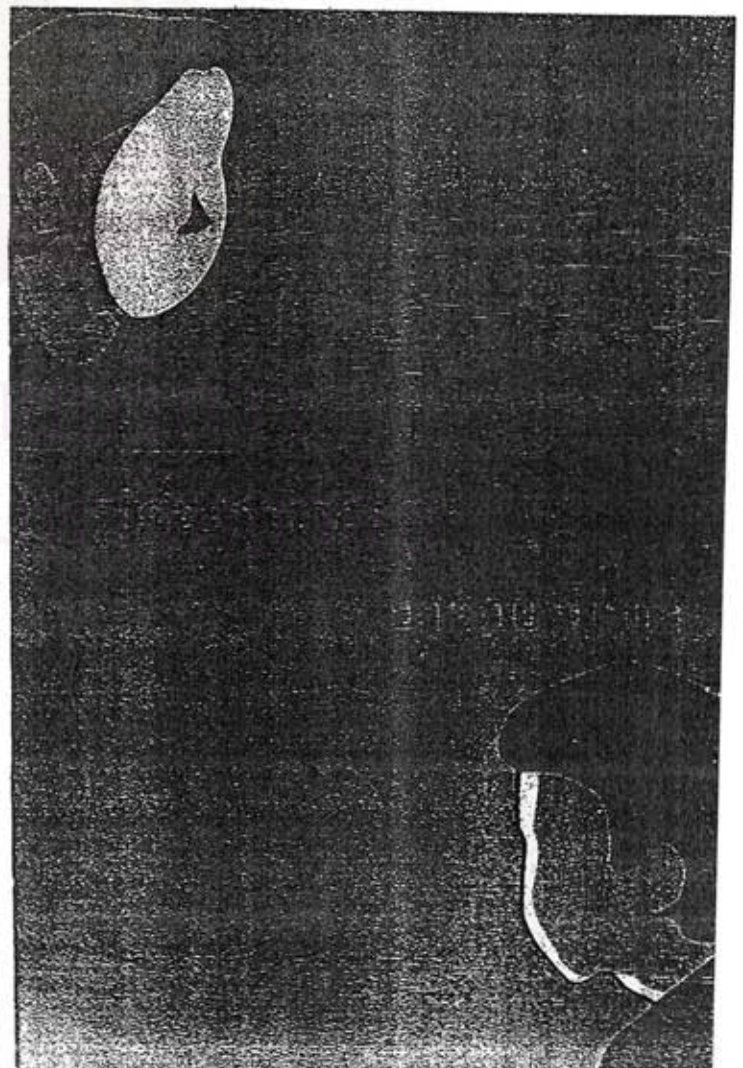
เนวีราพิน (NVP)	ผื่นแพ้ยา ตับอักเสบ
เอพทาไวเรนซ์ (EFV)	ฝันร้าย ย้ำคิดย้ำทำ



ยากลุ่มทีโอ	เกือบทุกตัว อาจทำให้เกิดอาการเมาหวาน ไข่มุกระจายตัวผิดปกติ เมื่อกินนานๆ
อินดีนาเวียร์ (IDV)	น้ำในไต, คลื่นไส้อาเจียน
ซาควินาเวียร์ (SQV)	ผื่นแพ้ยา (พบน้อย)
รีโทนาเวียร์ (RTV)	ชาที่ลิ้นหรือรอบริมฝีปาก คลื่นไส้อาเจียน
เนลทีนาเวียร์ (NFV)	ผื่นแพ้ยา(พบน้อย) , ท้องเสีย

เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุด สิ่งที่เราควรรู้คือ .
ยาที่เรากินอยู่คือ **ยาอะไร** และมีวิธีการ **กินแบบไหน?**

41



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจันทน์ จันทรทำจิ้น เกิดวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนสตรีรัตนนทบุรี ระดับมัธยมศึกษาปลายที่โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัยนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (เกียรตินิยม อันดับ 2) เมื่อปี พ.ศ.2538 เข้าปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม ประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.2538-2547 จากนั้นศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่พ.ศ. 2547 - 2548 ปัจจุบันเข้าปฏิบัติงานเป็นอาจารย์พยาบาล ระดับ 6 ที่วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย