

# การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัส โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

นางสาว สุพัฒตรา พลศรีตา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกนภา โรงพยาบาลพรเจริญ

## บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัส โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อาจารย์อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล และ อาจารย์ประเสริฐ มินตะคณาจารย์ที่ปรึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับลงมือปฏิบัติร่วมกันที่คลินิกนภา โรงพยาบาลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัส โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์(Kanfer, 1988) ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 16 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 3 คน และทีมผู้ดูแล 3 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วนได้แก่ 1)แบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ( วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,2004) 2)แบบบันทึกเชิงคุณภาพประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แบบสัมภาษณ์ที่มสุขภาพและผู้ดูแล (อัจฉวรรณ ค้ายาตี, 2010) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning)ขั้นตอนการปฏิบัติและเฝ้าสังเกต ขั้นตอนการปฏิบัติและเฝ้าสังเกต (Action and Observing) ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และขั้นตอนการปรับปรุงแผน( Re-Planning)

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัสโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 1)การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดมีการยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย 2)การให้ความรู้สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส 3)การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ 4)ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ 5)การส่งเสริมและกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเองโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

## ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันต่อต้านกับเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อเอชไอวีซึ่งไปทำลายเม็ดเลือดขาวส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือเสียไป สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลกเมื่อสิ้นปี 2557 จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.9 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นจาก 10 ปี ที่ผ่านมาประมาณ 5 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งสิ้น 2 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.2 ล้านคน ทั้งนี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรโลกเท่ากับร้อยละ 0.8 โดยกลุ่มวัยรุ่นสตรีจะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.5 สูงกว่าวัยรุ่นชาย ที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.3 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็น 15.8 ล้านคน จาก 13.6 ล้านคนในปี 2557 โดยจำแนกเป็นผู้ใหญ่ที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษาร้อยละ 41 และเด็กร้อยละ 32 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกร้อยละ73 สำหรับในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกปี 2556 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 5 ล้านคน (ผู้หญิง 1.7 ล้านคน) ซึ่งลดลงจากเมื่อ 10 ปีที่แล้วร้อยละ 20 ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 340,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 240,000 รายสถานการณ์ปัญหาเอดส์ส่วนใหญ่ยังอยู่ใน 12 ประเทศที่สำคัญได้แก่ กัมพูชา จีนอินเดีย อินโดนีเซียมาเลเซีย เมียนมาร์ ปากีสถาน ปาปัวนิวกินี เวียดนาม เนปาล ฟิลิปปินส์และประเทศไทย พนักงานบริการทางเพศ และลูกค้า(people who buy and sell sex) ผู้ใช้สาร

เสพติชนิตฉีด (people who inject drugs) ชายรักชายและประชากรข้ามเพศ (transgender people) ยังเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยปรากฏขึ้นก่อนประเทศส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียคือเริ่มจากการพบผู้ป่วยรายแรกใน พ.ศ. 2527 หลังจากนั้น 4-5 ปี จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV) ก็เริ่มปรากฏต่อสังคมมากขึ้น ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2537-2538 รายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในแถบจังหวัดภาคเหนือตอนบน รายงานตัวเลขสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ช่วงระหว่าง พ.ศ. 2527-2540 มีจำนวน 38,272 คน และตัวเลขสะสมจนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2549 มีสูงเกินกว่าหนึ่งเท่าตัวเป็น 82,317 คน (สำนักกระบาดวิทยา, 2549) ซึ่งน่าจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวนมากไม่เปิดเผยตัว ตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณล่าสุดบ่งชี้ว่า ใน พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมสูงถึง 1.07 ล้านคน และจำนวนสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รวม 510,000 คน มีคนวัยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ 560,000 คน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่จำนวน 17,000 คน และมีผู้ใหญ่จำนวน 37,000 คนที่เป็นเอดส์ที่ปรากฏอาการเจ็บป่วย (Tanapokin, 2006) ทั้งนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในชายและหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 25-44 ปี จากข้อมูลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สิ้นเดือนกันยายน 2558 มีผู้รับการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีสะสมจำนวน 708,034 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสะสม 481,241 ราย ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 355,123 ราย โดยมีผู้ป่วยที่รับยาใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ.2557 จำนวน 33,837 ราย

ในปี พ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนยา Zidovudine ให้โรงพยาบาลในการรักษาผู้ติดเชื้อ การประเมินผลจากธนาคารโลกและกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผลตอบแทนต่ำไม่คุ้มทุน ต่อมาในปี พ.ศ.2544 ได้เริ่มพัฒนาระบบบริการและติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างเท่าเทียมด้วยสูตรการรักษาแบบ 3 ชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) ต่อมาปี พ.ศ.2545 กรมควบคุมโรคได้นำยา 3 ชนิดมารวมกันในเม็ดเดียว ซึ่งมีราคาถูกและผลิตในประเทศไทย โดยยาดังกล่าวประกอบด้วย Stavudine, Lamivudine และ Nevirapine ในชื่อทางการค้าว่า GPO-vir ถ้าเกิดอาการข้างเคียงสามารถเปลี่ยนเป็นสูตรยาที่สอง ซึ่งมีตัวยา Stavudine, Lamivudine, Efavirenze และสูตรยาที่สาม มีตัวยา Stavudine, Lamivudine, Ritonavir, Indinavir โดยคาดหวังว่าภายหลังจากรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันฟื้นคืนไม่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นระหว่างการรักษา

คลินิกนภา โรงพยาบาลพรเจริญ เป็นคลินิกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส เปิดบริการทุกวันพุธที่ 1, 2, 4 ของเดือน จากสถิติผู้มารับบริการในคลินิกพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นปีงบประมาณ 2556 -2559 มีจำนวน 91, 94, 99, 101 ตามลำดับ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์การเพิ่มสิทธิ์การรักษาทำให้ผู้รับบริการมากขึ้นพบติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่อยู่ในช่วงอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 56 ปี โดยเฉลี่ย 35 ปี พบผู้ป่วยติดเชื้ออายุ 14 ปี 1 ราย, อายุ 18 ปี 1 ราย ในปี 2558 ยังพบผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคฉวยโอกาส ปี2557= 2.01% ปี 2558= 1.01% มีผู้ป่วยที่ต้องใช้สูตรตัวยารักษา ปี 2556 จำนวน 1ราย, ปี2557 จำนวน 2 ราย, ปี2558 จำนวน 2 ราย ,ปี2559 จำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคฉวยโอกาส ปี 2556 จำนวน 1ราย, ปี 2557 จำนวน 2 ราย, ปี 2558 จำนวน 3 ราย ,ปี2559 จำนวน 1 ราย และจากข้อมูลของ NAP Web Report ปี 2559 พบข้อมูลผู้ติดเชื้อโรงพยาบาลพรเจริญที่มี CD4 < 100cell จำนวน 9 ราย, CD4 100- 199cell จำนวน 5 ราย และ CD4 200-349cell จำนวน 30 ราย ผลการตรวจ Viral Load พบ Viral Load มากกว่า 50 แต่ไม่เกิน 1000 จำนวน 6 ราย และ Viral Load มากกว่า 1000 จำนวน 1 ราย ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 95 จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของประเด็นนี้ อนึ่งที่ผ่านมาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพรเจริญมีการให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสที่บ้านทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเองจากการที่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองส่งผล

ให้ผู้ป่วยเกิดการดีใจและมีจำนวนเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้นผลการรักษาจึงไม่เป็นไปตามเป้าหมายการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันมักมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการของโรคโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของแผนการบำบัดรักษาแนวคิดการจัดการตนเอง (Self – Management concept) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลหรือผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติและควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์การเจ็บป่วยกลวิธีการจัดการตนเองคือให้บุคคลหรือผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายติดตามตนเองประเมินตนเองและให้แรงเสริมด้วยตนเองทำให้มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนที่เหมาะสมและคงอยู่รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ยากลำบากให้ลุล่วงไป (Kanfer, 1988) การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์โดยใช้การระลึกได้หรือประสบการณ์มาช่วยตัดสินใจมีการแปลความเข้าใจอันดีต่อสถานการณ์ขณะนั้นอันจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ดี (Riegel, Carlson & Glaser, 2000) การนำแนวความคิด ในเรื่องการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer) ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆมากมายเช่นการศึกษาของโคแกนและเบตรัส (Kogan and Betrus, 1984) ที่นำเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้ในผู้ป่วยไมเกรนโรคความดันโลหิตสูงและปวดศีรษะจากความเครียดพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและมีอาการดีขึ้นและจากการศึกษาของวารี กังใจ (2545) ซึ่งนำกลวิธีการจัดการตนเองโดยประยุกต์รูปแบบการกำกับตนเองไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงสอดคล้องกับพัชรินทร์ ดวงคล้าย (2546) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องมีอาการปวดเข่าและความเครียดลดลงดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางในการจัดการตนเองเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานและคงไว้ซึ่งแบบแผนการรักษาอย่างเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานชีวิตครอบครัวแผนการรักษาในอนาคตการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งการจัดการกับความคับข้องใจความโกรธและความซึมเศร้า (Redman, 2004) พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การจัดการตนเองพัฒนาทักษะและสมรรถนะในตนเองที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลหลักในการตัดสินใจมีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเกิดการควบคุมแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้โดยผู้ป่วยจะต้องฝึกทักษะให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (นันทิยา ไทศาลบวรศรี, 2550)

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ป่วยยังมีการจัดการตนเองในเรื่องการใช้ยาไม่ดีเท่าที่ควรเห็นได้จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสอบถามและนับเม็ดยาพบว่ายังต่ำกว่าร้อยละ 95 และยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยดื้อยา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้ด้วยตนเองโดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเองมีการประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมการรับประทานยาด้วยตนเองได้เกิดผลดีกับตนเองจึงได้มีการนำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยต้องร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ที่อยู่ในระดับร้อยละ 95 โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลตลอดจนทีมสุขภาพผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยจะเกิดเรียนรู้การจัดการตนเองที่ดีในเรื่องความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสอันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคเอดส์ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพรเจริญ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพรเจริญ

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ขั้นตอนการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

#### 1.1 ขั้นตอนการเตรียมเก็บข้อมูล

##### 1.1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในด้านต่างๆดังนี้

(1) การเตรียมความรู้ด้านวิชาการผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ( Action Research) การจัดการตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(2) การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ( Action Research)

(3) การเตรียมการด้านเทคนิคการเก็บข้อมูลโดยศึกษาเทคนิคการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยใช้คำถามปลายเปิด การสังเกตการ จดบันทึก การถอดความ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Contentanalysis) โดยการกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดทักษะในการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ

1.1.2 จัดทำเอกสารเพื่อขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1.1.3 การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรเจริญ เพื่อขออนุญาตและความร่วมมือในการวิจัย

1.1.4 การสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม2ชุดดังนี้

(1) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล(2547)

(2) แบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi – structureopen – ended questions for interviewing) อัจฉวรรณ ค้ายาดี(2553)

### 1.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

#### 1. การวางแผน(Planning) ประกอบด้วย

1.1 การประเมินสภาพปัญหาและการวางแผน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัญหาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ความสม่ำเสมอ/ต่อเนื่องสาเหตุการขาดยาในผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและผู้วิจัย

1.2 การเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมผู้ป่วยเอดส์ ญาติผู้ดูแลให้พร้อม จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ ญาติผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

#### การพบกลุ่มครั้งที่1

ผู้วิจัยพบผู้ป่วย/ผู้ร่วมวิจัยตามที่นัดหมายที่โรงพยาบาลพรเจริญ เพื่อทำ Focus group แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi – structureopen – ended questions for interviewing) อัจฉวรรณ ค้ายาดี(2553) รวมถึงนำปัญหาที่ได้จากการสอบถามครั้งแรกมาสะท้อนกับผู้ป่วย/ผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ภายหลังจากที่ได้ทำความเข้าใจร่วมกันและได้ข้อมูลพื้นฐานแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์สรุปข้อมูลเพื่อนำมาประชุมร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยให้มีการแสดงความคิดเห็นต่อปัญหา ให้ระบุปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และความ

ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปจัดการด้วยตนเองที่บ้านประกอบด้วย การติดตามตนเอง(Self-monitoring)คือการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ มีการตกลงร่วมกันในการตั้งเป้าหมาย(Goal setting) ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 95 โดยใช้การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันที่บ้านโดยใช้เทคนิคการจดบันทึกจากสมุดบันทึกที่ผู้วิจัยมอบให้

## 2. การปฏิบัติการ (Action) และการสังเกต (Observing)

เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยเอดส์นำความรู้และทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน มีการประเมินตนเอง (Self- evaluation) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการกำกับตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การเสริมแรงตนเองต่อไป

## 3. ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติ(Reflecting)

### การพบกลุ่มครั้งที่2

3.1 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ สัมภาษณ์สิ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปฏิบัติได้และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน พิจารณาถึงผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ทบทวนถึงสิ่งที่ทำสำเร็จและสิ่งที่ต้องทำต่อไป ผู้วิจัยมีการเสริมแรงทางบวกให้กับผู้ป่วย (self-reinforcement) และผู้ป่วยเสริมแรงตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดโดยผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยการให้กำลังใจ ในกิจกรรมต่อไปวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีขึ้นและสรุปรูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ได้จากการนำแผนไปทดลองปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องหาวิธี การปรับปรุงต่อไป

## 4. การปรับปรุงแผน (Re - planning)

### การพบกลุ่มครั้งที่3

โดยอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ผู้ดูแล

### 1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding and classification techniques) และแยกประเภทเพื่อนำมาสรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎีในเรื่องการจัดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอด้วยตนเองปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และความต้องการความช่วยเหลือจากผู้วิจัย นำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนร่วมกันทั้งผู้ป่วยญาติผู้ดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้สามารถจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ซ้ำและสรุปแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยนำแนวคิดต่างๆที่ได้มาเชื่อมโยงกันแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆพร้อมอธิบายรูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์

## ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพรายได้สิทธิในการรักษา ข้อมูลในการรักษา

### ตารางที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อายุ(ปี)		
10 – 19	3	10
20 – 29	2	6.7
30 – 39	13	43.3
40 – 49	7	23.3
50 – 59	5	16.7
2. สถานภาพสมรส		
คู่	10	33.3
โสด	3	10
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	17	56.7
3.วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	66.7
มัธยมศึกษา	10	33.3
4.อาชีพในปัจจุบัน		
รับจ้างทั่วไป	8	26.7
เกษตรกร	19	63.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/นักเรียน	3	10
5.รายได้ของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	2	6.7
5001-10,000	17	60
10,001 บาทขึ้นไป	10	33.3
6. สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ	30	100

จากตารางที่1พบว่ากลุ่มผู้วิจัยร้อยละ 43.3 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี รองลงมาร้อยละ 23.3 อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ60มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง5,001-10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มผู้วิจัยทุกคนใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (n=30)

ลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
1-2ปี	3	10
3-5 ปี	10	33.3
5ปี ขึ้นไป	17	56.7
2.อาการข้างเคียงของยา		
มีอาการข้างเคียง	0	0
ไม่มีอาการข้างเคียง	30	100
3.สูตรยาที่ใช้ในการรักษา		
EFV+Zidarvir	9	30
TDF+3TC+EFV	15	50
TDF+3TC+Lopinavir+Ritonavir	6	20
4.จำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมด		
1-2	0	0
3-5	30	100

จากตารางที่2พบว่า กลุ่มผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา5ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ56.7โดยมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่พบอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส ร้อยละ100 สูตรยาพื้นฐานที่ใช้ในการรักษา TDF+3TC+EFV คือคิดเป็นร้อยละ50 EFV+Zidarvirคิดเป็นร้อยละ30 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมดส่วนใหญ่ คือ 3-5เม็ด/วัน คิดเป็นร้อยละ100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำแนกตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา (n=30)

ร้อยละระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ร้อยละ 80-84	1	3.3
ร้อยละ 90-94	15	50
ร้อยละ 95 ขึ้นไป	14	46.7

จากตารางที่3 พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 90-94 คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละเกี่ยวกับการรับประทานยาคาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n=30)

เวลาที่รับประทานยาคาดเคลื่อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
+/- ไม่เกิน 1 ชม.	30	100

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาคาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์ +/- ไม่เกิน 1 ชม. คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละเกี่ยวกับเหตุผลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา (n=30)

เหตุผล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตของผู้อื่น	10	33.3
2. สับสนเรื่องเวลาในการรับประทานยา	3	10
3. มียาที่ต้องรับประทานหลายชนิด	3	10
4. ไม่มีเวลาในการรับประทานยา	3	10
5. ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	5	16.7
6. ปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิต	6	20

จากตารางที่ 5 พบว่าเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษามากที่สุดคือ ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตของผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตคิดเป็นร้อยละ 20 ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 16.7

หลังเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่มและการทดลองนำวิธีการต่างๆที่ได้จากกลุ่มไปทดลองใช้ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยสรุปผลได้ ดังนี้

1. การร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหาการเข้ายาไม่สม่ำเสมอพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้น 2 ลักษณะคือ

1.1 ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยโดยตรงได้แก่

- การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้คำแนะนำจากทีมสุขภาพ แต่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ถูกต้องผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนในระบบการเข้ายาที่มีประสิทธิภาพวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

- แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาชีพผู้ป่วยต้องทำงานรับจ้างนอกบ้าน เช่น การขับรถในระยะไกล กรดียงทำให้ลืมรับประทานยา

- อุปนิสัยส่วนตัวหรือความเคยชินได้แก่ การไม่นิยมพกยาติดตัว การทำงานต่อเนื่องจนลืมรับประทานยามีขนาดเม็ดใหญ่มากไม่สะดวกในการกลืนในครั้งเดียวผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออกและสายตามองภาพไม่ชัดเจนจึงเกิดปัญหาในการอ่านฉลากยา

1.2 ปัญหาที่เกิดจากครอบครัว คนใกล้ชิด และสังคม ผู้ป่วยไม่เปิดเผยกับคนใกล้ชิดและสังคมว่าตนเองติดเชื้อเกรงว่าจะได้รับความรังเกียจจึงไม่รับประทานยาต่อหน้าผู้อื่นส่งผลให้รับประทานยาไม่ตรงเวลาผู้ป่วยบางรายที่มีอาชีพค้าขายเกรงว่าจะขายของไม่ได้หากลูกค้าทราบว่าตนติดเชื้อ

1.3 ปัญหาที่เกิดจากระบบบริการสุขภาพที่จัดให้สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกันอยู่เดิมนั้น ยังขาดการประเมินความรู้และความเข้าใจเดิมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น เหตุผลและความจำเป็นในการรับประทานยาให้ตรงเวลาผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากรับประทานยาไม่ตรงเวลา

2. การร่วมกันกำหนดรูปแบบการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลพระเจริญ ผู้ร่วมการวิจัยได้ร่วมกันกำหนดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ



ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลพระเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เกิดขึ้น การยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีการยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยความมีศักยภาพและมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยกล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างผู้ป่วยญาติ ผู้ดูแลและทีมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
2. การให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสผู้ป่วยบางรายไม่ทราบมาก่อนโดยการดูวีดิทัศน์ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสทักษะในการรับประทานยาต้านไวรัส ดูเวลาเมื่อใส่ยาเข้าปากการจดบันทึกหลังการกินยา ทักษะในการเรียกชื่อยาที่มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเกิดผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ
3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยญาติ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษา ร่วมกันครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคอยช่วยเหลือและแก้ปัญหา ร่วมกันความสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือให้กำลังใจกับผู้ป่วยให้มีความพยายามที่จะจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเกิดผลสำเร็จ
4. ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลออกชุมชนเชิงรุก มุ่งให้ความรู้และแก้ปัญหาเอดส์ โดยทำMOUร่วมกับผู้นำและสมาชิกในชุมชน
5. บุคลากรทีมสุขภาพช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย และได้รับการเอาใจใส่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรจากพยาบาลและทีมสุขภาพ ทำให้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยากมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย

### **อภิปรายผลการวิจัย**

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลพระเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เกิดขึ้นการยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีการยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ความมีศักยภาพ และมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้ผู้ป่วยกล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรพี หาญมนต์, นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล, จิตตาภรณ์ จิตรเชื้อ (2554) ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและพฤติกรรมเสี่ยงลดลงดังนั้นควรนำผลการส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. การให้ความรู้/การสอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสผู้ป่วยบางรายไม่มีความรู้และขาดทักษะในการใช้ยาเมื่อได้รับการสอนประกอบการชมวีดิทัศน์เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้องร่วมฝึกทักษะการรับประทานยาต้านไวรัสได้แก่การดูเวลาเมื่อใส่ยาเข้าปาก การจดบันทึกหลังการกินยาทักษะในการเรียกชื่อยาที่มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ การเรียนรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเหล่านี้ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทียา ไพศาลบรรศรี (2550) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองเพิ่มขึ้น 113.30 คะแนนเป็น 149.75 คะแนน

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่าง ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวและทีมสุขภาพการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกันนั้น ทำให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคอยช่วยเหลือกระตุ้นเตือนในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเข้าใจปัญหา และข้อจำกัดของแต่ละฝ่ายและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือให้กำลังใจกับผู้ป่วยให้มีความพยายามที่จะจัดการตนเอง ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อเกิดประสิทธิผลสูงสุดบุคลากรทีมสุขภาพช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยและได้รับ การเอาใจใส่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรจากพยาบาลและทีมสุขภาพ ทำให้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยากมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉวรรณ ค้ายาดี (2553) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี / ผู้ป่วยเอดส์ ญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง การประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี / ผู้ป่วยเอดส์ ระบบครอบครัวและสังคม ทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

4. การส่งเสริมและกระตุ้นให้ฝึกทักษะกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำและพัฒนาทักษะการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส การปฏิบัติกิจกรรมตามกลวิธี การจัดการตนเอง ได้แก่ ติดตามตนเองประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองและประเมินผลการปฏิบัติ ของตนที่ทำได้จริงเปรียบเทียบกับ การปฏิบัติที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ ผู้ป่วยทราบปัญหาของตนเองโดยใช้แบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสข้อมูลจากการบันทึกจะช่วยประเมินตนเองช่วยให้ทราบผลดีที่บังเกิดกับตนเมื่อรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ/ต่อเนื่องอีกทั้งช่วยสะท้อนผลกระทบเชิงลบที่เกิดกับตนเมื่อไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ/ต่อเนื่องผู้ป่วยเปรียบเทียบ การปฏิบัติกิจกรรมกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ทำให้เกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องแต่หากถ้าผลการปฏิบัติกิจกรรมไม่บรรลุเป้าหมายสมาชิกกลุ่มจะกลับมาทบทวนว่าเป็นเพราะเหตุใดถึงไม่บรรลุเป้าหมายเพื่อการแก้ไข ปัญหาและปรับปรุงในวงรอบต่อไป อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ก้าพายุศย์(2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อากาศหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. การประสานการดูแล และความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้วิจัยทำการประสานการดูแลและการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่พยาบาล เภสัชและนักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการ

ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสให้สม่ำเสมอเพิ่มขึ้น การประสานการดูแลกับทีมสุขภาพช่วยให้เกิดการค้นหาปัญหาความต้องการและคิดค้นแนวทางการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางเพื่อให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งนี้มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัส

## **ข้อเสนอแนะการวิจัย**

### **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล**

1. ควรจัดโครงการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group process and group learning) สำหรับผู้ป่วยเอดส์ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้มีโอกาสพบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง ตลอดจนการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ/มีปัญหาซับซ้อน

2. ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพและ/ทีมสุขภาพต้องประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยก่อนการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดการให้ข้อมูลที่มากเกินไปอาจไม่ช่วยให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้ต้องเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเป็นไปได้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจึงควรใช้นวัตกรรมของการให้ความรู้ที่มี ประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

### **ด้านการบริหารการพยาบาล**

ควรมีนโยบายและสนับสนุนการจัดการระบบบริการเชิงรุก ให้ความสำคัญตระหนักถึงความสำคัญของการออกแบบระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างยิ่งยืนด้วยแนวทางการดูแลที่เป็นเลิศ(Best practice) ควรมีระบบพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดสมรรถนะในการจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งถือว่ามีปัญหาที่ซับซ้อน

### **ด้านการวิจัยทางการพยาบาล**

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาด30 เตียงในจังหวัดบึงกาฬ จึงควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่าง มีการขยายกลุ่มเป้าหมายให้มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งทำการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลที่ยั่งยืนผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) ที่ชัดเจน

## **ประโยชน์จากงานวิจัยสู่การพัฒนางานประจำ**

- คลินิกนภาพมีรูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัสและสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
- ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## **กิตติกรรมประกาศ**

วิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล อาจารย์ประเสริฐ บินตะคุ อาจารย์ที่ปรึกษาผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ ภมร ดรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรเจริญและคุณนิตยา คล่องชยัน ที่ให้คำปรึกษาแนะนำรวมถึงให้ความช่วยเหลือในการประมวลผลข้อมูลการจัดรูปแบบและแนวทางการเขียนวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลพรเจริญ ทีมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน ที่เห็นความสำคัญส่งเสริมให้ผู้วิจัยศึกษาจนสำเร็จ และให้กำลังใจกับผู้วิจัยเสมอมา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุคลากรคณาจารย์ ครอบครัว พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วยติดเชื้อในความสำเร็จครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- จุฬารัตน์ กำพาศุทธิ์. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติ การจัดการตนเองอาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทิรา พุทธิรักษ์. (2551). การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรนรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา. (2552). วิธีการเรียนรู้การดูแลตนเองสู่การจัดการความรู้และเสริมสร้างการเป็นชุมชนนักปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- นันทิยา ไพศาลบวรศรี. (2550). พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- พิชญ์สินี ลลิตานุกรักษ์ สบ. (2554). รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์.
- รจนา ไฉนสิงห์เศรษฐ์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยบูรพา.
- รำไพหาญมนต์, นางเยาว์เกษตร์ภิบาล ,จิตตากรณจิตรีเชื้อ. ( 2554). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.
- วรรณนิภา แสงสุภา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. โครงการอบรมพยาบาลด้านการสอนญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ภาควิชาพยาบาลศาสตรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา สุขวิญญา. (2551). เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตสูง สุวรรณ บัญญัติพรหม, และคณะ. (2552). ศึกษาารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.
- อัจฉวรรณ คำชาติ. (2553). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2561 บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.