

ผลของการให้การศึกษาโดยการสัมผัสภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

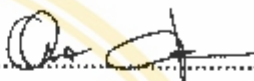
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

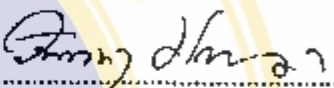
เรื่อง

ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
ต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์



ร.ท.หญิงองค์อร ประจันเขตต์

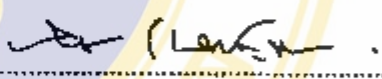
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มลีสรีวงศ์กุล,

DNS. (Primary care)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



พ.อ.นพ.พิชัย แสงชาญชัย,

พ.บ., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ถักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

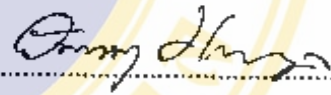


ร.ท.หญิงองค์อร ประจันเจตต์
ผู้วิจัย



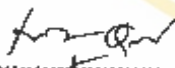
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรณู พุกบุญมี
พย.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
DNS. (Primary care)

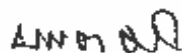
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญพักตร์ อุทิศ

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

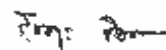
มหาวิทยาลัยมหิดล



พ.อ.นพ.พิชัย แสงชาญชัย

พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ เพราะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ พ.อ.นพ.พิชัย แสงชาญชัย กรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องและให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็น ประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ พ.ท.หญิงฉัตรนาฏ สระอุบล ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของการให้การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ของสถาบันบาราศนราศูรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการให้การศึกษาและเก็บข้อมูลเป็น อย่างดี รวมถึงขอขอบคุณอาจารย์พยาบาล ข้าราชการและลูกจ้างวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกทุก ท่านที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และมิตรไมตรีจิตของเพื่อน ทุกท่าน ที่มอบความรัก ความห่วงใยและให้การสนับสนุนในทุกด้าน คุณประโยชน์ที่เกิดจาก งานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกท่าน

ร้อยโทหญิง องค์กร ประจันเขตต์

ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (THE EFFECT OF COUNSELING USING MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY)

ร้อยโทหญิง องค์กร ประจันเขตต์ 4836271 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, DNS.(Primary Care), พิชัย แสงชาญชัย, พ.บ.

บทคัดย่อ

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นสาเหตุสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ณ แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง และหลังทดลองทันที โดยใช้ Visual Analog Scale ประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการได้รับการปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระยะของการเปลี่ยนแปลง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์หลังได้รับการปรึกษาทำให้ผู้ป่วยได้รับการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีแรงจูงใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการให้การปรึกษานี้จึงสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้การปรึกษา / การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ / การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

215 หน้า

THE EFFECT OF COUNSELING USING MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY

1LT ONG-ON PRAJANKET 4836271 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORS: WANTANA MANEESRIWONGKUL, DNS.(PRIMARY CARE), PICHAI SANGCHANCHAI, M.D.

ABSTRACT

Non-adherence to antiretroviral therapy (ART) is one of the significant causes of treatment failure. This quasi-experimental research was conducted to examine the effect of the counseling program using motivational interviewing on adherence to ART in People Living with HIV/AIDS (PLWHA) at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. The subjects were recruited using purposive sampling, and were randomly assigned into two groups. Each group was composed of 30 subjects. The control group was provided with the usual nursing care while the experimental group was provided with the counseling program. Data collection was carried out twice, before and immediately after the intervention over a four week period. The Visual Analog Scale (VAS) was used to assess medication adherence.

The research findings revealed that the average post-test scores of the experimental group concerning knowledge about HIV/AIDS, health beliefs and adherence to ART were significantly higher than their average pre-test scores. Furthermore, the average post-test scores of the experimental group were significantly greater than those of the control group at the level of .05. This shows that providing these subjects with the counseling program using motivational interviewing improved their adherence to ART with appropriate approach accordingly with their stage of change. Motivational interviewing via telephone counseling follow-up gave positive reinforcement and enhanced adherence to ART. Therefore this counseling program should be used to improve adherence to ART in PLWHA and could potentially used to enhance medication adherence in other chronically-ill patients.

KEY WORD: COUNSELING / MOTIVATIONAL INTERVIEWING /
ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY

215 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
โรคเอดส์	12
ยาต้านไวรัสเอดส์	18
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	30
ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	35
แนวทางการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	41
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	45
และทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แบบการทดลอง	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
สถานที่เก็บข้อมูล	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การดำเนินการทดลอง	65
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัย	72
บทที่ 5 การอภิปรายผล	92
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	110
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	115
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	135
บรรณานุกรม	155
ภาคผนวก	168
ประวัติผู้วิจัย	215

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาในประเทศไทย	21
2. รายละเอียดของกลุ่มยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย	24
3. ค่าเฉลี่ยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	73
4. จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	74
5. การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	78
6. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์ ในภาพรวมและรายด้านก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	81
7. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพรวมและรายด้านก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	82
8. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาด้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	83
9. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง	84
10. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง	85
11. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง	86
12. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง	87
13. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้านหลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	89
15. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวม และรายด้านหลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	90
16. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอดส์ หลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	91

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2. แบบการทดลอง	58
3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	67
4. สรุปรูปแบบและแนวทางการให้การศึกษาตามระยะของการเปลี่ยนแปลง	204

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS = Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV = Human Immunodeficiency Virus) เป็นโรคเรื้อรังและสามารถติดต่อแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว มีระยะปลอดอาการหลายปี จนกระทั่งภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลงจึงเริ่มปรากฏอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ทำให้เกิดอาการผิดปกติมากมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากการรายงานของ Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก ปี 2549 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเฉลี่ยแล้ว 39.5 ล้านคน และเฉพาะในปี 2549 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึง 4.3 ล้านคน เสียชีวิตแล้ว 2.9 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 95 เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง (UNAIDS และ WHO, 2006)

สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 307,114 คน และมีผู้เสียชีวิต 85,459 คน (www.epid.moph.go.th/epi32_aids.html) แม้ว่าการติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงจากการร่วมมือป้องกันโรคเอดส์ของทุกภาคส่วน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งต้องการการดูแลยังคงมีปริมาณมากทุกปี และต้องเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่างๆ ก็จะทวีความรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมทั้งการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและไม่เกิดเชื้อดื้อยา แม้ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จึงเป็นวิธีการเดียวที่สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดำเนินโรคช้าลง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลมีโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือ National Access to Antiretroviral Programs for PHA (NAPHA) ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ หรือ มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm ได้เริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ตามเงื่อนไขของโครงการ และต่อมาได้ครอบคลุมอยู่ในโครงการ 30 บาท และปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการยกเลิกโครงการ 30 บาท แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงสนับสนุนให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ตามแนวทางปฏิบัติเดิมต่อไปในปีงบประมาณ 2550 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและมีจำนวนที่ได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในปี 2549 จำนวน 80,000 ราย และจะขยายเพิ่มขึ้นเป็น 120,000 รายในปี 2550 (<http://www.aidsaccess.com/07/index.php>) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ได้มากขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากยายังไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้ อีกทั้งไวรัสเอชไอวียังมีการเพิ่มจำนวนในร่างกายได้อย่างรวดเร็วโดยมีการเพิ่มปริมาณถึง 109 ตัวต่อวันถ้าไม่ได้รับการรักษา ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นและต้องรับประทานบ่อยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอแม้แต่การขาดยาเพียง 1 ครั้ง ก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกายได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เกิดการดื้อยาได้ง่ายด้วย ซึ่งการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์นี้ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เองเท่านั้น แต่ยังเป็นการเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาโดยหากมีการแพร่เชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดื้อยาก็จะรักษาด้วยยาสูตรนั้นๆ ไม่ได้ผลไปด้วย ทำให้ต้องเปลี่ยนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรที่สูงขึ้น ซึ่งมีราคาแพงขึ้น เป็นปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนมีความยุ่งยากในการรับประทานและมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้นด้วย (Little et al., 2002) ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว

จากการศึกษาของแบงส์เบิร์ก และคณะ (Bangsberg et al., 2001) พบว่า ร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของความถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ลงได้ร้อยละ 21 และผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 95 ขึ้นไปของยาที่รับประทานตามแผนการรักษาจะมีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ (Paterson et al., 2000) ในขณะที่การศึกษาอุบัติการณ์ของความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย พบว่า มีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 100 (Maneesriwongul et al., 2006) และจากการศึกษาของเมเฮอร์ และคณะ (Maher et al., 2001) พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้นที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ สามารถลดปริมาณไวรัสได้ต่ำที่สุดและนานที่สุด

ดังนั้นในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์พยาบาลควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อที่จะได้นำมาใช้ในการประเมินสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ว่ามีความบกพร่องในปัจจัยใดบ้าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการดูแลรักษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; Ickovic & Meade, 2002) สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา คือ ความรู้เรื่องโรคและยา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดรับประทานยาเนื่องจากรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วมีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลง ในทางกลับกันผู้ป่วยบางกลุ่มหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นมาก หรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2539) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Mathew et al., 2002; Roberts et al., 2000; and Wagner et al., 2002)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ถูกต้อง จะมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถที่จะควบคุมตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและขาดแรงจูงใจ (Baker, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของซอร์ริลลาและคณะ (Zorrilla et al., 2004) ที่พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีแรงจูงใจภายในตนมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และ

การเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติ/ผู้ดูแลพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) และในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้น และไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักจะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเท่าที่ควร มีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Frick et al., 1998 & Kastrissios et al., 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ก็พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Chesney, 2000; Kleeberger et al., 2001; Wong et al., 2006)

ส่วนปัจจัยด้านการดูแลรักษาแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้การดูแลรักษา ด้านการรักษา และด้านลักษณะสถานบริการ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; Ickovic & Meade, 2002) ด้านผู้ให้การดูแลรักษา เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่มีเวลาให้ผู้ป่วย มีทักษะทางคลินิกในด้านต่างๆ ทั้งในการประเมินผู้ป่วย ตลอดจนมีการพูดคุยสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ให้ความเชื่อถือและไว้วางใจทีมสุขภาพ ทำให้มีความร่วมมือในการรักษาอย่างยิ่ง ด้านการรักษา เช่น ความยาวนานในการรักษา วิธีการที่เข้าสู่วางกาย จำนวนยา และมือยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพการรักษา อาการข้างเคียงของยา และผลกระทบของการรับประทานต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางเพื่อมารับการรักษา อาจจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง ทำให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ ปัจจัยด้านสุดท้ายคือ ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ การมีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้การปรึกษารูปแบบต่างๆ จากการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

จะเห็นได้ว่าความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ควรมีการประเมินปัจจัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มาใช้บริการให้ครอบคลุมเพื่อที่จะได้นำไปวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้มีความผสมผสานบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล การให้บริการปรึกษา การจัดบริการทางสังคม มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการไปจนถึงที่บ้านและชุมชน มีการสรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุง และพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น (พีระมน นิงสานนท์, 2547) แต่ภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ เทคโนโลยี ความแตกต่างกันของสถานบริการ บุคลากรที่ดูแล และลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร จากการศึกษาของสมจิตร ตุลาทอง (Tulathong, 2004) และ สุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 ใน จ.นนทบุรี มีร้อยละ 80 ภาคใต้มีร้อยละ 83 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ 53) และการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 88 รายจาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังคงมีอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ถึงร้อยละ 48 ที่ดื้อยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่ม NRTIs (Jenwitheesuk et al., 2003; Sutthent et al., 2005)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยังคงต้องมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการให้ความรู้โดยเภสัชกรและพยาบาล การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในรูปแบบการให้การศึกษา (จันทน์ จันทรทำจิน, 2548; Hirandit, 2001; Phonphutachat, 2005) แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมและต้องเกิดจากการจากความพร้อมและการมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตัวของผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Ickovics & Meade, 2002) ดังนั้นการแก้ไขปัญหาความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้ผลอย่างยั่งยืนนั้น ต้องมีการประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาตามความพร้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละคน

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์มีการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามความพร้อมและความเต็มใจ ผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ที่สร้างขึ้นโดยมิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) โดยอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ซึ่งจากการศึกษาของโปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลจะมีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) อย่างมีขั้นตอน และในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจะสามารถกลับไปมาได้เหมือนวงล้อ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมั่นคงจึงต้องเกิดจากความพร้อมและการมีแรงจูงใจของบุคคล การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีขั้นตอน ซึ่งมักนำมาใช้ในรูปแบบของการให้การปรึกษา ดังนั้นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์รับประทายาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและยั่งยืนในการวิจัยครั้งนี้ก็คือ การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

นอกจากการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์แล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาผลของการให้การปรึกษาต่อความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์ด้วย เนื่องจากการศึกษาพบว่าความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Ickovics & Meade, 2002; Kalishman et al., 2005; Trasher et al., 2004) และเพื่อให้การปรึกษามีลำดับขั้นตอนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มาเป็นขั้นตอนของการให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์มีแรงจูงใจในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลงด้วยความพร้อมและด้วยความเต็มใจ สามารถรับประทายาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างยั่งยืนถาวร ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีให้การปรึกษา โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Miller & Rollnick, 1991) มาเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ดังในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ที่สร้างขึ้นโดย

โปรชาสกา และไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วย 5 ระยะของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ระยะลังเลใจ (Contemplation) ระยะตัดสินใจ (Determination) ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งในแต่ละระยะบุคคลจะมีความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมาแตกต่างกัน ถ้าพยาบาลเข้าใจระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และนำเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างเหมาะสมและด้วยความเต็มใจต่อไป

ดังนั้นเพื่อให้การปรึกษาครั้งนี้มีลำดับขั้นตอนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยนำขั้นตอนการให้การศึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) มาใช้เป็นแนวทางในกระบวนการให้การศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการให้การศึกษาทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวมาปรับให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับระยะของการเปลี่ยนแปลงในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

โดยก่อนให้การศึกษาผู้วิจัยจะมีการสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษา และเกิดความไว้วางใจ เมื่อเข้าสู่กระบวนการให้การศึกษา ผู้วิจัยจะประเมินและให้การศึกษาตามระยะของการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน และเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ระยะตัดสินใจ) และมีแนวทางการแก้ปัญหา/อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอไปปฏิบัติที่บ้านซึ่งจะมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ระยะลงมือปฏิบัติ) ในระยะลงมือปฏิบัตินี้ ผู้ป่วยเพียงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่ยังไม่มั่นคงเพียงพอ ดังนั้น 2 สัปดาห์หลังเข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงมีการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา เสริมแรงให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ต่อไป และ

เพื่อนัดหมายกับผู้รับการรักษามาพบกับผู้วิจัยอีกครั้ง ซึ่งจะตรงกับวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ในการพบกันอีกครั้งนี้ จะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายของการให้การศึกษา คือ การยุติการปรึกษา

ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถให้การศึกษาได้เพียงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 4 คือ ระยะลงมือปฏิบัติเท่านั้น แต่ไม่สามารถติดตามให้การศึกษาในระยะที่ 5 คือ ระยะคงสภาพได้ เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่(รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ) นานมากกว่า 6 เดือน ดังนั้นในขั้นตอนการยุติการปรึกษา ผู้วิจัยจึงเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอให้ได้ตลอดไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้นำไปใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการให้การรักษา และวิธีการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

3. **ด้านการวิจัย** สามารถนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการให้การปรึกษา หรือพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

1. **โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์** หมายถึง การให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้การปรึกษาตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ซึ่งมีขั้นตอนการให้การปรึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

- 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การปรึกษา

ในโปรแกรมการให้การปรึกษานี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การปรึกษา โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing:MI) ของมิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ดังในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ที่สร้างขึ้นโดย โปรชาสกา และไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984)

2. **การดูแลแบบปกติ** หมายถึง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยแพทย์และพยาบาล ณ แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบปกติ ได้แก่ การตรวจรักษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา การรับประทานยา การดูแลตนเองทั่วไป การมาตรวจตามนัด หรือการตอบข้อซักถามหรืออธิบายข้อสงสัยในรายที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

3. **ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์** หมายถึง การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ครบเม็ด ตรงเวลา อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มากกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา วัดโดยแบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2546) แบบ Visual Analog Scale เพื่อประเมินร้อยละของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

4. **ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์** หมายถึง ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของ

ยา วัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 38 ข้อ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546)

5. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นโดยศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ดังนี้

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อโอกาสเสี่ยงที่จะตามมาจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการฉ้อยา การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการมีปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกายเพิ่มมากขึ้น

5.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้การดำเนินของโรคเอดส์รุนแรงมากขึ้น เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น และเกิดการฉ้อยาเร็วขึ้น

5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะช่วยลดความรุนแรงของโรคเอดส์ ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และช่วยลดโอกาสการเกิดเชื้อฉ้อยา

5.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกี่ยวกับอุปสรรคที่จะขัดขวางการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา ความยุ่งยากในการรับประทาน จำนวนเม็ดยา วิถีชีวิต การปฏิบัติงาน การเปิดเผยผลเลือด หรือกิจกรรมต่างๆซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเอดส์
2. ยาต้านไวรัสเอดส์
3. ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
5. แนวทางการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
6. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรค ย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสที่ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเป็นไวรัสตระกูล retrovirus เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (CD4) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมซึ่งมิได้มีแต่กำเนิด ทำให้ผู้ติดเชื้อมีร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย โอกาส เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งการเป็นโรคติดเชื้อง่ายโอกาสต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (สุรพล สุวรรณกุล, 2543)

สาเหตุการเกิดโรค

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ค้นพบครั้งแรกในประเทศฝรั่งเศส ปี พ.ศ. 2526 โดย บาร์เร และคณะ (Barre et al., 1983) ให้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ต่อมาในสหรัฐอเมริกาได้ค้นพบเชื้อไวรัสที่เป็นต้นเหตุของโรคนี้ ในปี พ.ศ. 2527 โดยตั้งชื่อว่า Human T-cell lymphotropic virus type III จากการศึกษาพบว่า ไวรัสทั้งสองตัวนี้เป็นตัวเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2529 จึงใช้ชื่อเป็นสากลว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ต่อมาเมื่อพบไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยจากประเทศแอฟริกาตะวันตก ซึ่งมีส่วนคล้ายคลึงกับ HIV เดิมจึงเรียก HIV ตัวใหม่นี้ว่า HIV-2 และเรียก HIV ตัวเดิมว่า HIV-1 ซึ่งพบว่า ระบาดแพร่กระจายทั่วโลก ส่วน HIV-2 พบระบาดอยู่ในทวีปแอฟริกาตะวันตกและพบในผู้ที่ติดเชื้อที่มาจากแอฟริกาตะวันตกเชื้อ HIV-2 มีความรุนแรงในการก่อโรคน้อยกว่า HIV-1 (Essex, 1992)

พยาธิสภาพการติดเชื้อเอชไอวี

ไวรัสเอชไอวีจัดอยู่ใน Family Retroviridae, Subfamily Lentivirinae, Genus Lentivirus เป็นพวก retrovirus ซึ่งมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากไวรัสอื่น คือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cells (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวในระบบภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (cell mediated immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี reverse transcriptase enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัวและเปลี่ยนแปลงเปลือกนอกที่หุ้มอยู่ (envelop) ได้รวดเร็ว นอกจากนี้ส่วนที่เป็นปุ่มๆ รอบนอกของตัวไวรัสที่เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T4 lymphocyte monocyte macrophage glia cell ของระบบประสาท เป็นต้น (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วิจิต พัวประดิษฐ์, 2539)

เมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อโดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ reverse transcriptase enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น และต่อมาจะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตกแล้วกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง จนระยะสุดท้าย เม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดได้ (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วิจิต พัวประดิษฐ์, 2539)

การดำเนินโรค

โรคเอดส์มีการดำเนินโรค ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้
(วรณี กัญฐมาลากุล, 2541; Fauci & Lane, 1998 อ้างใน เกียรติ รัชกรังษรธรรม, 2541)

- การดำเนินโรคแบบรวดเร็ว (rapid progress) เป็นการดำเนินโรคที่ซีดีโฟร์ (CD4) ถูกทำลาย และลดต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร หรือเกิดอาการของเอดส์ขึ้นภายใน 2 ปี หลังการติดเชื้อ และมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี ซึ่งพบได้ร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- การดำเนินโรคปานกลาง (intermediate progress) เป็นรูปแบบที่พบน้อยที่สุดร้อยละ 80-90 โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ย 7 ปี
- การดำเนินโรคแบบช้า หรือคงที่ (long-term progress or non-progress) เป็นลักษณะการดำเนินโรคที่แม้มีการติดเชื้อนานกว่า 7 ปี แล้วผู้ติดเชื้อนั้นยังคงมีจำนวนซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร และไม่มีอาการโรคแทรกซ้อนแต่อย่างใด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาการและอาการแสดง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อเอชไอวี และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นโรคเอดส์จึงสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย, 2540)

1. ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อเอชไอวี

(Primary HIV infection หรือ Acute retroviral syndrome)

ระยะนี้นับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งร่างกายเริ่มสร้างแอนติบอดีใช้เวลาประมาณ 1-6 สัปดาห์หลังติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อมท่อน้ำเหลืองโต บางคนอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว หรือ มีฝ้าขาวในช่องปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอย่างอยู่ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปเอง เนื่องจากอาการคล้ายกับไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ หรือไข้ทั่วไป ผู้ป่วยอาจซื้อยารักษาเอง หรือเมื่อไปพบแพทย์ก็อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะนี้ ผู้ติดเชื้อประมาณ 30-50% อาจไม่มีอาการดังกล่าวเลยก็ได้

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection)

ผู้ติดเชื้อจะแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป โดยไม่ปรากฏอาการของภูมิคุ้มกันเสื่อม แต่การตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวี และแอนติบอดีต่อเชื้อชนิดนี้ (Anti HIV antibody) และสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่า เป็น “พาหะ” (carrier) ของโรค ระยะนี้มักเป็นอยู่นาน 5-10 ปี บางคนอาจนานกว่า 15 ปี

3. ระยะติดเชื้อที่มีอาการ (AIDS Related Complex: ARC)

ในระยะนี้เชื้อเอชไอวีเริ่มทำลายภูมิคุ้มกัน โดยจะตรวจพบ Anti HIV และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบริเวณอวัยวะภายนอก ผู้ติดเชื้อมักจะมีอาการคล้ายโรคอื่น ๆ จนไม่ได้เฉลียวใจ

ว่าเป็นเอดส์ก็ได้ อาจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

- มีไข้เกิน 37.8° ซ. เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกันทุกวัน
- ท้องเดินเรื้อรัง หรืออุจจาระร่วงเรื้อรัง
- น้ำหนักลดเกิน 10% ของน้ำหนักตัว
- ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
- เชื้อราในปาก
- ฝ้าขาว (hairy leukoplakia) ในช่องปากมักอยู่ที่ด้านข้างของลิ้น มีลักษณะเป็นฝ้า คล้ายโรคเชื้อราแต่ขูดไม่ออก
- โรคภูมิต้านทานบกพร่อง

4. ระยะป่วยเป็นเอดส์ (Fullblown AIDS or AIDS)

ระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ เชื้อเอชไอวีทำลายภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสที่อวัยวะภายในซึ่งเกิดจากเชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาก่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำอย่างเฉียบพลัน หรือติดเชื้อชนิดใหม่ หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดวัณโรคปอด ปอดอักเสบ สมออักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร (เจ็บคอ กลืนลำบาก ท้องเดิน) เป็นต้น ผู้ป่วยยังมีโอกาสเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) หรือมะเร็งที่ตามปกติพบ แต่มีความรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า AIDS Dementia Complex (ADC) ทำให้มีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง เป็นต้น บางคนอาจมีอาการแขนขา อัมพาต ชักกระตุกได้

การติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี

เชื้อเอดส์ตรวจพบได้ในเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ตลอดจนพบอยู่ในอวัยวะทั่วร่างกาย เข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกหรือผิวหนังที่มีบาดแผล ดังนั้นการแพร่ของเชื้อเอชไอวีจึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง ดังนี้ (วิชาญ วิทยาศัย และ ประครอง วิทยาศัย, 2540)

1. ทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย โดยพบว่าอัตราการแพร่เชื้อจากชายสู่หญิง ชายสู่ชายสูงกว่าอัตราการแพร่เชื้อจากหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ผู้ที่เปลี่ยนคู่วิถีเพศบ่อย เช่น หญิงและชายที่ขายบริการทางเพศ คู่วิถีเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ชายรักร่วมเพศ นอกจากนี้ โอกาสติดเชื้อยังมีมากขึ้นถ้ามีปัจจัยอื่นๆ ร่วม เช่น การมีบาดแผลที่อวัยวะเพศ การร่วมเพศทางทวารหนัก เป็นต้น

2. ทางกระแสเลือด อาจเกิดจากการได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือด หรือจากการรับอวัยวะจากผู้ที่มีเชื้อ รวมทั้งการใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3. ทางมารดาสู่ทารก พบได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยผ่านทางรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ หรือระยะคลอดโดยผ่านทางมูกเลือด น้ำคร่ำ สารคัดหลั่งต่างๆ จากการคลอด และพบในระยะหลังคลอด โดยผ่านทางน้ำนมของมารดา

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์

จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด โดย Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (UNAIDS และ WHO, 2006) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเฉลี่ยแล้ว 39.5 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 37.2 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นหญิงวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี เกือบร้อยละ 50 และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.3 ล้านคน มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเฉลี่ยมากถึงวันละ 6,000 คน

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2006 ประมาณ 4.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตเฉพาะในปี 2006 จำนวน 2.9 ล้านคน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากที่สุดที่ Sub-Saharan Africa 25-28.2 ล้านคน รองลงมา South & South-East Asia 4.6-8.2 ล้านคน Latin America 1.3-1.9 ล้านคน East Asia & Pacific และ Eastern Europe & Central Asia 1.2-1.8 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 95 เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (UNAIDS และ WHO, 2006)

สำหรับประเทศไทย สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 รวมทั้งสิ้น 307,114 ราย และมีผู้เสียชีวิตแล้ว 85,459 ราย

กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.84) รองลงมาอายุ 25 - 29 ปี 35 - 39 ปี และ 40 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.26 17.31 และ 9.42 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.31) อาชีพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 44.20) รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างงาน ค้าขาย และแม่บ้าน ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis Pulmonary or Extrapulmonary 88,158 ราย (ร้อยละ 28.71) รองลงมาคือรองลงมาคือ Wasting syndrome 67,179 ราย (ร้อยละ 21.87) โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 62,901 ราย (ร้อยละ 20.48) Cryptococcosis 45,691 ราย (ร้อยละ 14.88) Candidiasis 15,826 ราย (ร้อยละ 5.15) (http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html)

แม้ผลของการดำเนินงานเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย จะทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนลดลงจากอดีต แต่ปัญหาสำคัญที่พบในปัจจุบัน คือ กลุ่มอายุของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศหลายด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเมื่อนับรวมกับค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องสูญเสียไปกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้วนับเป็นมูลค่ามากมายมหาศาล ดังนั้นนอกจากการรณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในประชากรทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยง ยังคงต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องแล้ว การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเช่นกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติยาวนานขึ้น ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการเป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้มากขึ้น

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไปตลอดชีวิตและอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อยับยั้งการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีขึ้นส่งผลให้มีอายุยืนยาวเหมือนหรือใกล้เคียงกับคนปกติ และในปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ได้เอง ทั้งแบบยาชนิดเดี่ยวและแบบสูตรผสมยาหลายชนิดที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของยามากขึ้น ทำให้รับประทานง่ายขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่ายลงเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการสำรวจพบว่าในอดีต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาต้านไวรัสเอดส์มารับประทานถึงเดือนละ 25,000-30,000 บาท แต่ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายลดลงเหลือเพียง 1,200 บาทเดือน (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2549) และถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการยกเลิกโครงการ 30 บาท แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงสนับสนุนให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแนวทางปฏิบัติเดิมต่อไปในปีงบประมาณ 2550 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง และมีจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในปี 2549 จำนวน 80,000 ราย และจะขยายเพิ่มขึ้นเป็น 120,000 ราย ในปี 2550 (<http://www.aidsaccss.com/07/index.php>) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะสามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ได้มากขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ยาต้านไวรัสเอดส์

ยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อยุคยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว

การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry) เริ่มมีการผลิตครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2530 ยาต้านไวรัสเอดส์ตัวแรกที่มีจำหน่าย คือ AZT จนถึงปี พ.ศ.2539 เริ่มมีการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์หลายตัวผสมกัน (HAART = High Active Antiretroviral Therapy) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันดีขึ้น และสามารถมีอายุยืนนานขึ้น สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยองค์การเภสัชกรรม และได้เริ่มผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ตัวแรกออกจำหน่าย เมื่อ พ.ศ.2538 คือ AZT capsule 100 mg จนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยจนประสบความสำเร็จในการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ได้เองหลายชนิด ทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาต่ำลง ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น (<http://203.157.19.196/antiaids/antiaids.htm>)

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

(กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิต และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เป้าหมายด้านปริมาณไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุด ($< 50 \text{ copies/mm}^3$) และนานที่สุด เพื่อหยุดการดำเนินโรคและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

เป้าหมายด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันมีมากขึ้นทั้งในด้านของปริมาณ (จำนวน CD4) และด้านคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่างๆ)

เป้าหมายในเชิงควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

เป้าหมายด้านแนวทางการรักษา เพื่อสามารถเลือกสูตรยาที่มีความเหมาะสมกับสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ และไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาบ่อย หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ในปัจจุบันในแต่ละประเทศมีแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แตกต่างกัน แต่การพิจารณาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ระยะของโรค จำนวน CD4 จำนวน HIV-RNA ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในอดีต ปริมาณยาที่ใช้และราคายา ผลข้างเคียงของยา การออกฤทธิ์ต้านกันของยา และที่สำคัญ คือ ความพร้อมและความเต็มใจที่จะรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สำหรับประเทศไทย กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

1. เมื่อจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm^3

2. ป่วย/เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโรคใดโรคหนึ่งที่บ่งชี้ว่าภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เชื้อราในปาก เชื้อราในหลอดอาหาร วัณโรคข้างลิ้น ตุ่มพืพื วัณโรค ปอดอักเสบพืพื เชื้อราในเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

3. ถ้ามีอาการที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เช่น ใช้สูกติดต่อกันหลายวัน ปวดศีรษะเรื้อรังหรืออาการที่เข้าได้กับวัณโรค ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาให้มีอาการคงที่ก่อนเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะบางโรคมีความรุนแรงจนจำเป็นต้องรักษา ก่อน และในขณะเดียวกัน ไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไปพร้อมๆ กับการรักษาโรคนั้นได้ เช่น วัณโรค เชื้อราในเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

4. ความสามารถของตับในการรับยา ถ้าสภาพตับมีปัญหา อาจต้องรอนกว่าตับจะสามารถรับยาได้ สิ่งที่จะช่วยให้ตับทำงานลดลง คือการไม่รับประทานยาเกินความจำเป็น และลดการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

กลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์

ยาต้านไวรัสเอดส์มีหลายตัวที่มีจำหน่ายในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (<http://www.aids-thai.org/com>) ได้แก่

1. กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs)

ได้แก่ Zidovudine (AZT), Didanosine (ddI), Zalcitabine (ddC), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC) และ Tenofovir เป็นยาที่สร้างด้วยการทดแทนหรือเปลี่ยนแปลง side chain ของ nucleosides (thymidine, adenosine, cytidine) การออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ต้องผ่านขบวนการ phosphorylation ภายในเซลล์ให้กลายเป็น mono- di- และ triphosphate compound ในที่สุดจึงจะออกฤทธิ์ได้ กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การแย่งจับกับ HIV-RT (inhibitory competitor) และการหยุดยั้งการเรียงต่อกันของลำดับเบสของ DNA (chain terminator) ในกรณีที่ใช้ยากลุ่มนี้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (monotherapy) จะสามารถลดจำนวนเชื้อในพลาสมาลงได้เพียง 0.3-0.7 log₁₀ หรือ น้อยกว่า 10 เท่า ยกตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีเชื้อ 100,000 ตัวต่อลบ.ชม. การรักษาด้วย nucleoside RTI monotherapy (เช่น AZT หรือ ddI) ณ ประสิทธิภาพสูงสุดของยา ผู้ป่วยรายนี้ก็ยังคงมีจำนวนเชื้ออยู่ในระดับที่มากกว่า 10,000 ตัวต่อลบ.ชม. และอาจเกิดการดื้อยาในที่สุด จึงไม่สามารถลดอัตราการเกิดเอดส์และอัตราการตายได้

2. กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

ได้แก่ Nevirapine (NVP), Efavirenz (EFV) และ Delavirdine (DLV) เป็นยาที่มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกัน แต่มีฤทธิ์แรง (potent) ในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ reverse transcriptase (RT) ของ HIV-1 เท่านั้น ไม่มีผลยับยั้งเอนไซม์ของ HIV-2 hepatitis herpes virus และเอนไซม์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่อย่างใด และกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยา

ในกลุ่ม nucleoside analogue RT inhibitors (NRTIs) หลายประการ เช่น เป็น active compounds ที่ออกฤทธิ์ได้เลย โดยไม่ต้องผ่านขบวนการ phosphorylation หรือ metabolism อื่นใดอีก การออกฤทธิ์ของ NNRTIs เป็นแบบ noncompetitive คือไม่มีการแย่งจับแข่งกับ native nucleotides แต่เป็นการจับ HIV-1 RT ตรงบริเวณล่างลงมา (downstream) จาก catalytic site ยาในกลุ่ม NNRTIs นี้จะถูก metabolize เกือบทั้งสิ้นที่ตับ ข้อดีของยาในกลุ่ม NNRTIs ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้งได้เป็นการง่าย (favorable adherence) แต่ข้อเสียคือเกิดการดื้อยาเร็วมาก โดยเฉพาะเมื่อใช้เดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาในสูตรที่อ่อนหรือล้มเหลวในการรักษามาก่อน และเมื่อเกิดเชื้อดื้อยาจะเกิดการดื้อต่อยาอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีสูตรโครงสร้างทางเคมีที่แตกต่างกันจริงแต่ตำแหน่งที่จับ (binding pocket) กับเอนไซม์ RT เป็นตำแหน่งเดียวกันหมดนั่นเอง

3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors

ได้แก่ Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NLV), Amprenavir (APV), Lopinavir (LPV) และ Atazanavir (ATV) HIV-1 protease เป็น enzyme ของเชื้อ HIV-1 ซึ่งประกอบด้วยโปรตีน 2 สายที่เหมือนกัน (symmetrical isomer) ประกอบด้วยกรดอะมิโน (amino acids) 99 ตัว มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการตัดย่อย gag-pol polypeptide precursor เพื่อให้ immature HIV-1 กลายเป็น mature infectious ภายหลังการประกอบรูปร่างไวรัสแล้วหลายปีที่ผ่านมาจึงมีการพยายามคิดค้นยาเพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ HIV โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง HIV-1 protease เรียกยาในกลุ่มนี้ว่า protease inhibitors (PI) ทั้งโดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง 3 มิติ (3-dimensional structure) ของ HIV-1 protease และการออกแบบโครงสร้าง inhibitor ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (computer modeling) ทำให้มียา protease inhibitors เกิดขึ้นหลายตัว ปัจจุบันยา protease inhibitors รุ่นที่ 2 (second-generation) จะเน้นโครงสร้างเป็น partially peptidic หรือ nonpeptidic ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการดูดซึม (bioavailability) ของยาให้ดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา ได้แก่ Zidovudine (AZT) Didanosine (ddI) Zalcitabine (ddC) Stavudine (d4T) Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC) Nevirapine (NVP) Efavirenz (EFV) Saquinavir (SQV) Indinavir (IDV) Ritonavir (RTV) Nelfinavir (NLV) Lopinavir (LPV) และ Atazanavir (ATV) ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 ชนิด คือ AZT และ ddI ยาด้านไวรัสเอดส์ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถแบ่งได้ตามตารางที่ 1 ดังนี้ (<http://www.aidsthailand.org/com>)

ตารางที่ 1 ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาในประเทศไทย

NRTIs	NNRTIs	PIs
Zidovudine (AZT)	Nevirapine (NVP)	Saquinavir (SQV)
Didanosine (ddI)	Efavirenz (EFV)	Indinavir (IDV)
Zalcitabine (ddC)	Delavirdine (DLV)	Ritonavir (RTV)
Stavudine (d4T)		Nelfinavir (NFV)
Lamivudine (3TC)		Lopinavir (LPV)
Abacavir (ABC)		Atazanavir (ATV)
		Amprenavir (APV)

สูตรยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจุบันมีการนำยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ มาใช้รวมกันอยู่ในเม็ดเดียวเพื่อให้รับประทานได้ง่ายขึ้น และมีราคาถูกลง เป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี เรียกว่า Highly Antiretroviral Therapy (HAART) ประกอบด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป สูตรยาที่นิยมใช้คือยาในกลุ่ม PIs 1 ชนิดร่วมกับยาในกลุ่ม NRTIs 2 ชนิด เนื่องจากสูตรนี้จะทำให้เชื้อแบ่งตัวลดลง และคือต่อยาลดลง และยาต้านไวรัสเอดส์บางตัวไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ เพราะจะทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และทำให้การออกฤทธิ์ไม่มีประสิทธิภาพ หรือเกิดอาการข้างเคียงตามมา สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ 3 ตัวที่องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตได้ เรียกว่า “จีพีโอเวอร์” ในรูปแบบยาเม็ด (<http://www.gpo.or.th/rdi/html/gpovir.html>)

จีพีโอเวอร์ (GPO-VIR)

เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ประกอบด้วย Nevirapine (NVP) Lamivudine (3TC) และ Stavudine (d4T) เมื่อได้รับยาเข้าสู่ร่างกายแล้ว ด้วยยา Lamivudine (3TC) และ Stavudine ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTIs) จะถูกเปลี่ยนแปลงเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ คือ Lamivudine Triphosphate และ Stavudine Triphosphate ออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อ HIV โดยแย่งที่สารธรรมชาติในการจับกับเอนไซม์ reverse transcriptase และยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ของไวรัส โดยทำให้การเชื่อมต่อของสาย DNA หยุดชะงัก ส่วนด้วยยา Nevirapine (NVP) ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่ม nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTIs) จะออกฤทธิ์โดยไปจับกับเอนไซม์ reverse transcriptase โดยตรง และยับยั้งการทำงานของ RNA- และ DNA-dependent DNA polymerase ของเชื้อไวรัส HIV-I โดยทำลาย catalytic site ของเอนไซม์

ขนาดที่จำหน่าย :

จีพีโอเวอร์ เอส 30 (GPO-VIRs 30) ใน 1 เม็ด ประกอบด้วย

Stavudine (30mg) + Lamivudine(150mg)+Nevirapine (200 mg)

จีพีโอเวอร์ เอส 40(GPO-VIRs 40) ใน 1 เม็ด ประกอบด้วย

Stavudine (40mg)+Lamivudine(150mg)+Nevirapine (200 mg)

ข้อบ่งใช้ :

รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ขนาดและวิธีใช้ :

วัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัมขึ้นไป รับประทานยาจีพีโอเวอร์ เอส 40 ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง

วัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม รับประทานยาจีพีโอเวอร์ เอส 30 ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง

เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ใช้ตามคำแนะนำของแพทย์

ข้อแนะนำในการใช้ยา :

เนื่องจากมีรายงานข้อควรระวังเป็นพิเศษของยานีราพิน คือ อาการผื่นที่ผิวหนัง ดังนั้น ข้อแนะนำพิเศษสำหรับยาสูตรผสม คือ ควรเริ่มรับประทานยาแยกเม็ดก่อน ขนาดยาที่แนะนำเริ่มด้วย ยามีดเนวีราพิน 200 มิลลิกรัมวันละ 1 เม็ดใน 14 วันแรก หลังจากนั้นเพิ่มขนาดยา 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด เป็นวันละ 2 ครั้ง อีก 14 วัน (หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดอาการผื่นผิวหนังใน ระยะ 14 วันแรกห้ามปรับเพิ่มขนาดยา ต้องรอจนกว่าผื่นจะหายไปเสียก่อน) โดยรับประทาน ร่วมกับยามีดลามิวูดีน 150 มิลลิกรัม และยามีดสตาเวอูดีน 30 หรือ 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ตั้งแต่วันแรก หลังจากนั้น หากไม่พบอาการแพ้ จึงค่อยเปลี่ยนมารับประทานยาสูตรผสมจีพีโอเวอร์ (<http://www.gpo.or.th/rdi/html/gpovir.html>)

นอกจากนี้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายที่รับประทาน GPO-VIR s30 และ GPO-VIR s40 แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา d4T เช่น ชาปลายมือปลายเท้า แก้มตบ แขนขาลีบ หรือมีภาวะกรดคั่งในเลือด ทางองค์การเภสัชกรรมจึงได้ผลิตยาสูตรผสมขึ้นใหม่เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการใช้ยาในกลุ่มเดียวกันแทน คือ ใช้ AZT 250 mg แทน d4T ซึ่งมีชื่อเรียกว่า GPO-VIR Z 250

GPO-VIR Z 250**ขนาดที่จำหน่าย**

จีพีโอเวอร์ แซด 250 (GPO-VIR Z 250) ใน 1 เม็ด ประกอบด้วย

Zidovudine (250 mg)+ Lamivudine(150mg) + Nevirapine (200 mg)

ข้อบ่งใช้

รักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่พึงประสงค์ของ d4T

ผลข้างเคียงของยา

ดูผลข้างเคียงของ AZT 3TC และ NVP

ยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันมีหลายชนิด ทั้งที่นำเข้าจากต่างประเทศ และที่สามารถผลิตได้เองโดยองค์การเภสัชกรรม ซึ่งได้คิดค้นผลิตยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดใหม่ขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ความยุ่งยากในการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งแต่ละชนิดมีขนาดที่รับประทาน เวลาในการรับประทาน ผลข้างเคียงและข้อพึงระวังแตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2 (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2549;

<http://203.157.19.196/antiaids/antiaids.htm>; <http://www.aidsthai.org/com>

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Azidothymidine (AZT) Zidovudine (ZDV) Antivir [®]	100 mg , 300 mg capsule 50 mg/ 5 ml syrup	- คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีไข้ มีผื่น อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย -กดการทำงานของไขกระดูก อาจเกิดภาวะ ซีด และเม็ดเลือดขาว ต่ำได้ -เล็บมีสีคล้ำ -กล้ามเนื้ออ่อนแรง -ภาวะกรดคั่งในเลือด (lactic acidosis) จะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หอบ เหนื่อย สามารถถึงแก่ ชีวิตได้	-อาหารมีผลต่อการดูดซึมยา เล็กน้อย -ห้ามรับประทานร่วมกับ ddI เพราะจะเกิดปฏิกิริยา ระหว่างยาได้
Didanosine (ddI) Divir [®] , Videx [®]	แบบผง: 115, 167, 285 mg แบบเม็ด: 25, 50, 100, 250 & 400 mg	-ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ มี ผื่น -ปลายประสาท อักเสบ มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า -ตับอ่อนอักเสบ -ภาวะกรดคั่งในเลือด (lactic acidosis)	-อาหารลดระดับยา ddI ลง ร้อยละ 50 ควรรับประทาน ยาขณะท้องว่าง (ก่อน อาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลัง อาหาร 2 ชั่วโมง) -หลีกเลี่ยงการดื่มร่วมกับ เครื่องดื่มที่เป็นกรด/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Zalcitabine(ddc) Hivid [®]	แบบเม็ด: 0.375 mg และ 0.75 mg	-ปลายประสาทอักเสบ -เป็นแผลในปาก (oral ulcer), กระเพาะอักเสบ (stomatitis)	-อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมยา
Stavudine (d4t) Stavir [®]	แบบเม็ด:10, 15, 20, 30 &40mg แบบน้ำ:1 mg/ml	-ปลายประสาทอักเสบ -ภาวะไขมันใต้ผิวหนังลดลง (lipoatrophy) ทำให้ดูแก้มตอบ แขนขาลีบ เห็นกล้ามเนื้อและเส้นเลือดดำใต้ผิวหนังชัดเจนขึ้น -ภาวะกรดคั่งในเลือด (lactic acidosis)	-หลีกเลี่ยงการดื่มร่วมกับเครื่องดื่มที่เป็นกรด/เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ -ห้ามรับประทานร่วมกับ ddI เพราะจะทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดได้
Lamivudine(3TC) Lamivie [®] , Epivir [®]	แบบเม็ด: 150 mg แบบน้ำ: 50 mg/ 5 ml	-แทบไม่พบผลข้างเคียงใดๆ อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ	-อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมยา
Abacavir (ABC) Ziagen [®]	แบบเม็ด: 300 mg แบบน้ำ: 20 mg/ml	-ปฏิกิริยาแพ้แบบรุนแรง (hypersensitivity reaction) -ภาวะกรดคั่งในเลือด (lactic acidosis)	-อาหาร ไม่มีผลต่อการดูดซึมยา -เมื่อเกิดปฏิกิริยาแพ้แบบรุนแรงขึ้นแล้ว ห้ามใช้ยานี้อีกเป็นอันขาด

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Nevirapine(NVP) Neravir [®] , Viramune [®]	แบบเม็ด: 200 mg ควรรับประทาน OD 14 วันแรก หลังจาก นั้น 200 mg bid แบบน้ำ: 10 mg/ ml	-ผื่น ส่วนใหญ่ไม่ รุนแรงและหายไปได้ เอง แต่ต้องระวังผื่น ชนิดรุนแรงแบบ Steven-Johnson Syndrome จะมีอาการ แสบตา ตาแดง มีแผล ในปาก รวมถึงอวัยวะ เพศ -ตับอักเสบ	-อาหารไม่มีผลต่อการดูด ซึม
Efavirenz (EFV) Stocrin [®] , Sustiva [®]	แบบเม็ด: 200 & 600 mg	-ด้านระบบประสาท มีอาการมึนงง เวียน หัว ปวดหัว นอนไม่ หลับ ฝันประหลาด กระวนกระวาย ซึมเศร้า จะดีขึ้น ในช่วง 2-4 สัปดาห์ แรก -ทำให้เกิดความพิการ ของทารกในครรภ์ -ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดขึ้นสูง	-ควรรับประทานก่อนนอน และไม่ควรขับรถ -ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ไตรมาสแรกและผู้ที่ใช้ยา คุมกำเนิด -หลีกเลี่ยงการรับประทาน ร่วมกับอาหารไขมันสูง เนื่องจากสามารถเพิ่ม ระดับ EFV ได้ร้อยละ 50 -ผงยาใน capsules นำมา ละลายน้ำผลไม้ดื่มได้เพื่อ รสชาติที่ดีขึ้น

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Saquinavir (SQV) soft gel capsule Fortovase®	แบบเม็ดเจลนิ่ม: 200 mg	- คลื่นไส้ ท้อง ปั่นป่วน ถ่ายเหลว - น้ำตาลในเลือดสูง - ไขมันใต้ผิวหนัง สะสมบริเวณหน้าท้อง ต้นคอและหลัง ส่วนบน (lipohypertrophy) - การทำงานของตับ ผิดปกติ	- รับประทานร่วมกับ อาหารที่มีไขมันสูงจะช่วย เพิ่มความสามารถในการ ดูดซึมยา - สามารถเก็บในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8°C หรือที่ อุณหภูมิห้อง (เก็บได้นาน ถึง 3 เดือน)
Indinavir (IDV) Crixivan®	แบบเม็ดแคปซูล: 200 & 400mg	- คลื่นไส้ ท้อง ปั่นป่วน ถ่ายเหลว - ผิวแห้ง ปากแห้ง ตา แห้ง ผมร่วง ขนร่วง เล็บขบ - นิ้วในทางเดิน ปัสสาวะ - ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ใน เลือดขึ้นสูง - ระดับน้ำตาลในเลือด สูง - ไขมันใต้ผิวหนัง สะสมบริเวณหน้าท้อง ต้นคอและหลัง ส่วนบน (lipohypertrophy)	- หากกินพร้อม RTV: ไม่มี - หากไม่ได้กินพร้อม RTV: ควรกินขณะท้อง ว่าง (ก่อนอาหาร 1 ชม. หรือหลังอาหาร 2 ชม.) - หากต้องกิน buffered ddI ร่วมด้วย: ควรกินห่างกัน 1-2 ชม. - ควรดื่มน้ำตามมากๆ อย่าง น้อยวันละ 1.5 ลิตร

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Ritronavir (RTV) Norvir®	แบบเม็ดเจลินี่ม: 100 mg	- คลื่นไส้ ถ่ายเหลว - ชาลิ้น ขารอบปาก และปลายมือปลายเท้า - ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดขึ้นสูง - น้ำตาลในเลือดสูง - ไขมันใต้ผิวหนัง สะสมบริเวณหน้าท้อง ต้นคอและหลัง - ส่วนบน (lipohypertrophy) - การทำงานของตับผิดปกติ - อาจทำให้เลือดออกในผู้ป่วย hemophilia	- ควรรับประทานพร้อมอาหาร สามารถรับประทานร่วมกับนมเพื่อบรรเทาอาการของยาได้ - ควรเก็บในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8°C แต่หากเปิดใช้แล้วสามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้นาน 4 สัปดาห์
Nelfinavir (NFV) Nefivir®, Viracept®	แบบเม็ด: 250 mg	- คลื่นไส้ ท้องปั่นป่วน ถ่ายเหลว - ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดขึ้นสูง - น้ำตาลในเลือดสูง - ไขมันใต้ผิวหนัง สะสมบริเวณหน้าท้อง ต้นคอและหลัง - ส่วนบน (lipohypertrophy)	- ควรรับประทานพร้อมอาหารที่มีไขมัน - สามารถเก็บในตู้เย็น หรือที่อุณหภูมิห้อง (เก็บได้นาน 2 เดือน)

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

ตารางที่ 2 รายละเอียดของกลุ่มยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	อาการข้างเคียง	ข้อควรระวังและคำเตือน
Lopinavir (LPV) Kaletra [®] (LPV + RTV)	แบบเม็ด: LPV 133.3 mg + RTV 33.3 mg	- คลื่นไส้ ถ่ายเหลว - ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ใน เลือดสูงขึ้นสูง - น้ำตาลในเลือดสูง - ไขมันสะสมได้ (lipohypertrophy) - การทำงานของตับ ผิดปกติ ตรวจพบ ระดับเอนไซม์ SGOT/SGPT ขึ้นสูง ได้	- ควรรับประทานพร้อม อาหาร - ควรเก็บในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8°C แต่หากเปิดใช้แล้ว สามารถเก็บที่อุณหภูมิห้อง ได้นาน 8 สัปดาห์ - หากกินร่วมกับ ddI: ควร กิน ddI 1 ชม.ก่อน หรือ 2 ชม. หลังจากกิน Kaletra
Atazanavir (ATV) Reyataz [®]	แบบเม็ดแคปซูล: 150 &200mg	- ระดับ indirect bilirubin ในเลือดสูง จนอาจทำให้ตัวเหลือง ได้ - คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง - น้ำตาลในเลือดสูง - ไขมันสะสมได้ ผิวหนัง (lipohypertrophy) - ระดับเอนไซม์ SGOT/SGPT ขึ้นสูง	- ควรรับประทานพร้อม อาหาร - หากต้องกิน buffered ddI ร่วมด้วย: ควรกิน ATV พร้อมอาหาร 2 ชม.ก่อน หรือ 1 ชม.หลังจากกิน ddI

® = เครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนแล้ว

3. ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Medication Adherence)

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการรักษา ทั้งโรคแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เพราะถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอแล้ว ไม่เพียงแต่จะไม่หายจากโรค การมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อน ตามมาแล้ว ยังทำให้สิ้นเปลืองทั้งบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขที่ต้อง นามาแก้ไขผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดจากการการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมออีกด้วย

ความหมายของคำว่า “Adherence”

ก่อนที่จะกล่าวถึงความหมายของคำว่า “ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา” (Medication Adherence) ขอกล่าวถึงคำว่า Adherence ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

AIDS Institute New York State Department of Health (1998) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตลอดระยะเวลาของการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการติดต่อระหว่าง บุคลากรทีมสุขภาพ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้ยา การเข้าถึงความจำเป็นใน การให้การสนับสนุนการบริการ การติดตามการนัดหมาย และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ไม่ได้หมายความว่าให้ยาเพียงอย่างเดียว แต่ติดตามถึงปริมาณยาที่รับประทานยา ตารางการ รับประทานยา การเก็บ และการจัดการตามความต้องการที่จำเป็น และคงไว้ซึ่งประโยชน์ในการ รักษา

เฮนส์ (Haynes, 1997) และ แรนด์ (Rand, 1993) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และ/หรือการปรับเปลี่ยน แบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า เป็น พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการให้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ เรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นคำว่า Medication Adherence จึงหมายถึง ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาของผู้ป่วย โดยเกิดจากความเต็มใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้วยตนเอง ไม่ใช่การทำตามคำสั่งของบุคลากรทีมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าโรคเอดส์จะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มียาต้านไวรัสเอดส์ที่จะ ช่วยชะลอการดำเนินของโรค และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีอายุยืน

ยาวขึ้น แต่เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วน ตรงเวลาและสม่ำเสมอ เพื่อให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุดและต่ำในระยะเวลาอันยาวนาน ช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้นเป็นระยะเวลานาน (มีจำนวน CD4 เพิ่มขึ้น) และเพื่อไม่ให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเกิดการดื้อยาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

จากการศึกษาของแพทเทอร์สัน และคณะ (Paterson et al., 2000) ที่ศึกษาความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ชื่อว่า Medication event monitoring system (MEMS) พบความสัมพันธ์ในทางผกผันระหว่างระดับของ viral load ที่เพิ่มขึ้นกับร้อยละของความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยา ที่ลดลง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าร้อยละ 95 ล้มเหลวในการรักษา สามารถตรวจพบปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ร้อยละ 22 ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 80-94.9 มีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งต่างจากการรักษาด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวาน ที่ต้องการความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 80 (Cantwel & Mames, 2002) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาว (DHHS, 2004) ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวี การเพิ่มระดับและคุณภาพของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ตลอดจนคงไว้ซึ่งการรักษาให้ได้ผลอย่างยาวนาน ทั้งหมดนี้ก็เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) แต่จากการศึกษาของเชสเน่ และคณะ (Chesney et al., 2000) พบว่ามากกว่าร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ล้มรับประทานยา 1 มื้อหรือมากกว่านั้นในวันที่จำยา และมากกว่าร้อยละ 33 ล้มรับประทานยาในช่วง 2-4 สัปดาห์ และยังมีการสำรวจพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Melbourne, 1999)

ผลของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษา

ลัมเหลว (Maher et al., 2001 และ Vanhove et al., 2000) เพราะทำให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพได้ ทำให้การทำลายภูมิคุ้มกัน (CD4) ยังดำเนินต่อไป ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง การดำเนินของโรคเอดส์เร็วมากขึ้น และยังทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่ายด้วย ซึ่งการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ไม่เพียงจะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่านั้น ปัญหาสำคัญ คือ การดื้อยาดังกล่าวอาจมีมากถึงระดับที่เกิดการดื้อยาข้ามชนิด (cross-resistance) คือ ดื้อยาอีกตัวหนึ่งซึ่งยังไม่เคยรับประทาน ยิ่งไปกว่านั้นยังก่อให้เกิดเชื้อไวรัสเอชไอวีสายพันธุ์ที่ทนทานต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ที่เคยได้รับ และถ้าหากเกิดการแพร่เชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ก็จะทำให้ผู้ที่ได้รับเชือดื้อยานั้นรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์สูตรนั้นไม่ได้ผลไปด้วย ทำให้ต้องเปลี่ยนการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์สูตรที่สูงขึ้น ซึ่งมีราคาแพงขึ้น มีความยุ่งยากในการรับประทานมากขึ้น และยังทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาในลำดับต่อไปลดลงด้วย (Little et al., 2002)

ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ เพื่อที่จะได้นำไปวางแผนการรักษา และการให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถแก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่สามารถรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

วิธีประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์

การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์นั้นมีหลายวิธีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ดังนี้

1. การนับหรือวัดปริมาณยาที่เหลือ (pill count) วิธีนี้วัดได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปรียบเทียบกับจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง หากนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาไม่ครบหรือเกินได้ ข้อดีของวิธีนี้ คือ สะดวกรวดเร็ว และประหยัด และยังสามารถตรวจสอบการเก็บรักษาว่าถูกต้องหรือไม่ ยาที่นำกลับมา มีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพเพียงใด แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อเสียเพราะอาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน ทั้งยา หรือให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย หรือรับประทานในกรณีที่เป็นยาน้ำ และอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกถูกจับผิดได้ นอกจากนี้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่นำยามา ก็ไม่สามารถประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้ (Sigh et al., 1999)

2. การบอกเล่าจากผู้ป่วย (Self-report) เป็นการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการบอกเล่าของผู้ป่วยซึ่งเป็นการทบทวนเวลาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ทบทวนการรับประทานยาในช่วงที่ 4 วันที่ผ่านมา 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเมื่อเร็วๆ นี้ที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา การประเมินนี้สามารถได้มาซึ่งข้อมูลจากผู้ป่วยหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การให้ผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาของตนเองโดยใช้ Visual Analog Scale การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการใช้ยา วิธีนี้มีความสะดวกในการปฏิบัติและมีค่าใช้จ่ายน้อย (Heller,1993; The Stanford Nutrition Action Program, 1997) และจากการศึกษาพบว่า การบอกเล่าจากผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่มีอยู่จริงเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี และไว้วางใจบุคลากรในทีมสุขภาพ แต่ข้อเสียอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเฝ้าประเมินมากไป หรือขาดความแม่นยำและผลการประเมินที่ได้จากผู้ป่วยนั้นสูงเกินความเป็นจริง (Alissa et al., 2004; Singh et al., 1999)

3. การใช้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices) ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขวดยาที่ฝังแผ่นบันทึกวัน เวลา จำนวนครั้งการเปิด-ปิด ขวดยา แล้วนำไปเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามประมวลผลการรับประทานยาของผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่าการใช้ MEMS มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่อาจขาดความถูกต้องแม่นยำ ถ้าผู้ป่วยหยิบยามากกว่า 1 ครั้ง, ลืมปิดฝาขวด หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน และมีราคาแพง ไม่สะดวกต่อการพกพา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547)

4. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง แต่วิธีนี้มีข้อเสียเพราะหากผู้ป่วยต้องรับประทานยวันละหลายครั้ง ทำให้ต้องเสียเวลา และสิ้นเปลืองเนื่องจากต้องเดินทางมายังสถานที่ที่รับประทานยา นอกจากนี้ยังต้องสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องมาทำหน้าที่ให้ยาและสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วย หรือต้องออกไปตามในกรณี que ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา(Gray et al., 2003) ดังนั้นวิธีการนี้จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สามารถดูแลการรับประทานยาได้ทุกมือ เช่น ผู้ป่วยในคุกหรือในสถานพยาบาล (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) หรือใช้วิธีการตรวจสอบการรับประทานยาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแล

5. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมและใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด แต่ผลที่ได้ก็ยังไม่สามารถยืนยันถึงความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาทั้งหมดได้ เนื่องจากวิธีนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ เช่น ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกๆ 2 ชั่วโมง แต่

ความเป็นจริงผู้ป่วยอาจรับประทานยาในช่วงห่าง 10 ชั่วโมงก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจหยุดใช้ยา 1-2 สัปดาห์ จากนั้นก็กลับมาใช้ยาอีก 1-2 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือดก็จะได้ผลการตรวจที่อยู่ในระดับการรักษาก็ได้ วิธีนี้ยังมีความจำเพาะสำหรับการตรวจวัดสำหรับยาแต่ละตัว และมีค่าใช้จ่ายสูงในการตรวจวัดอีกด้วย (Sigh, et al. 1999)

6. การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load assay) การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือดเป็นข้อบ่งชี้สำคัญถึงประสิทธิภาพในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นหากการรักษาสัมฤทธิ์ผล การวัดปริมาณไวรัสในเลือดก็น่าจะวัดไม่พบ แต่วิธีนี้มีราคาแพง และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อค่า viral load เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจได้รับเชื้อดื้อยาตั้งแต่เริ่มรักษา หรืออาจเกิดจากความผิดพลาดจากการวัดปริมาณไวรัสในเลือด เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดภาวะเจ็บป่วยระหว่างตรวจวัด มีการติดเชื้อซ้ำไม่ดี หรือการตรวจวัดด้วยเครื่องมือต่างชนิดกัน (Sigh et al., 1999; Farley, Hines, Musk, Ferrus & Tepper, 2003)

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีวิธีการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลากหลายวิธี ไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ดีที่สุด แต่ละวิธีมีข้อดี/ข้อเสียแตกต่างกัน (Osterberg & Blaschke, 2006) บุคลากรทีมสุขภาพควรเลือกใช้หรือผสมผสานแต่ละวิธีให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและความสะดวกในการประเมิน เพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาแล้ว บุคลากรทีมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยในด้านต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอด้วย จะทำให้การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทำได้ครอบคลุมในทุกมิติของปัญหาและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ประเมินการรับประทานยาของตนเอง โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Visual Analog Scale (VAS) เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่สามารถทำได้สะดวก และเป็น การประเมินโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นจึงลดการลำเอียงที่เกิดจากผู้วัดได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะมีการอธิบายถึงวิธีการประเมิน ความหมายของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกราย จากการศึกษาของวอลซ์ และคณะ (Walsh et al., 2002) ได้นำแบบประเมินรูปแบบนี้ (VAS) ไปใช้วัดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวน viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ วิลเลียมส์ (2547) ที่นำมาวัดความต่อเนื่องสม่ำเสมอใน

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวน viral load อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยโดยอิกโควิก และมิค Ickovics & Meade (2002) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

4.1.1 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งเป็นความแตกต่างของบุคคลที่ส่งผลต่อเขavnปัญญา และความคิด จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล แต่ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Gray et al., 2003; Mehta et al., 1999) แต่มีแนวโน้มว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงอายุ และเป็นเพศหญิงจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อายุน้อยกว่าและเป็นเพศชาย (วันทนา มณีสรีวงศ์กุล และคณะ, 2547) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไม่ควรคาดการณ์ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละรายล่วงหน้า เช่น คิดว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยซึ่งไม่จริงเสมอไป เพราะการคาดการณ์ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยล่วงหน้าอาจเกิดการเอนเอียง จนประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยในการรับประทานยาไม่ตรงกับความเป็นจริง

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษพบว่า สารเสพติดทำให้ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง โดยอธิบายว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ทำที่สุดจะขาดความใส่ใจตนเอง ทำให้ไม่มารับการรักษาตามนัด และใช้ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในที่สุด (Mannheimer et al., 2002) เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Bonolo et al., 2004; Dole et al., 2004) และจากการศึกษาของวันทนา มณีสรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

4.1.3 แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีกว่า (Ickovics & Meade, 2002)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สามารถรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติ/ผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลยังสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย (Gray et al., 2003)

4.1.4 จิตสังคม ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ หรือทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ฟิปปี้ ลอง และวูด (Phipps, Long & Wood, 1983) กล่าวว่า “ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา บุคคลที่เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้วอาจเกิด ความรุนแรง หรือมีผลต่อการดำเนินชีวิต บุคคลนั้นก็จะมีความวิตกกังวลที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิด ความรุนแรงของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้หายจากโรคนั้นๆ หรือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย” จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละคน ดังนี้

- **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility)** คือ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพเมื่อมีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งในส่วนของการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการดื้อยา การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการมีปริมาณไวรัสในร่างกายเพิ่มมากขึ้นหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของโมสทาชารี และคณะ (Mostashari et al., 1998) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อาการของโรคแย่ลง มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หญิงที่ถูกคุมขังอยู่ในคุกจำนวน 102 ราย

- **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)** คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งอาจเป็นการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น การรับรู้ความรุนแรงของการดำเนินโรคเอดส์ เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ บางรายอาจรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้โรคเอดส์มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น แต่ในบางรายอาจรับรู้ว่า แม้จะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็จะไม่ผลต่อความรุนแรงของโรค เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่

สามารถรักษาให้หายขาดอยู่แล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

- **การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (perceived benefit)** เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาต่อภาวะสุขภาพของตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ สมทรง (Somsong, 2002) พบว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และร้อยละ 89.6 มีทัศนคติที่ดีต่อขนาดเม็ดยา สโตน และคณะ (Stone, 1998) พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เชื่อว่ายากุ่ม Protease Inhibitor จะทำให้อาการดีขึ้น และช่วยยืดชีวิตได้ จะสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

- **การรับรู้อุปสรรคของการรักษา (perceived barrier)** คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องรับประทานให้ตรงเวลาทุกมื้อยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ไม่อยากจะรับประทานยาอีก ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่สามารถแก้ไขอุปสรรคของการรับประทานยาได้ ก็จะทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการให้การศึกษาต่อความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

4.1.5 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกรับประทานยาแล้ว

อาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลงโดยไม่เข้าใจว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้นมากหรือไม่มีการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบความจำเป็นของการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (อรณพ หิรัญดิษฐ์, 2539) จากการศึกษาของโรเบิร์ต (Robert, 2000) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับต่ำ เป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และจากการศึกษาของเอลเดรด (Eldred, 1998) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ (HAART) สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ แมทธิว และคณะ (Mathews et al., 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถทำให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายลดลง และสามารถเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับสูงนั้นสามารถทำนวยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Wagner et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส และคณะ (Davis et al., 1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการท้องเสีย ที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถคงไว้ซึ่งการรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาและมีจำนวนไวรัสเอชไอวีในร่างกายลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ได้ จะมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์โดยคำนึงถึงระดับความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละคน และให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่มีประสิทธิภาพต่อไป

นอกจากปัจจัยด้านผู้ป่วยแล้ว การศึกษาวิจัยโดยอิกโควิก และมิด(Ickovics & Meade, 2002) ยังพบว่าปัจจัยอีก 4 ประการที่มีผลความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้

4.2 ปัจจัยด้านลักษณะอาการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาวและมีอาการไม่รุนแรงมักจะรับประทายาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากเป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษานานหรืออาจตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หดงำลังใจ เกิดความเบื่อหน่าย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงก็มักจะรับประทายาไม่สม่ำเสมอเท่าที่ควร มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะรับประทายาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Frick et al., 1998 และ Kastrissios et al., 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคที่มักจะไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่ามีอาการจำเป็นที่จะต้องรับประทายา (Kynge, 2000)

4.3 ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพกับผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และไม่แสดงอาการตำหนิหรือรังเกียจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และให้ความร่วมมือในการรักษารวมทั้งรับประทายาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของเกร และคณะ (Gray et al., 2003) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นปัจจัยบวกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของอัลทิส และคณะ (Altice et al., 2001) และ วาลด์ และทีโมชอก (Wald & Temoshok., 2004) พบว่าความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.4 ปัจจัยด้านยา

ปัจจัยด้านยามีผลต่อการรับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้

4.4.1 ความซับซ้อนของสูตรยาที่ได้รับ (regimen complex) ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นยาที่มีข้อจำกัดมากมาย เช่น จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิด ทำให้ต้องรับประทายาครั้งละหลายเม็ด และต้องรับประทายาให้ตรงเวลา ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรับประทายาร่วมกับอาหารและเครื่องดื่มต่างๆ เช่นต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงหรือไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นกรด (Guideline for the use of antiretroviral agents, 2003) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นข้อจำกัดทางยาที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความสับสนในการใช้ยา หรือลืมรับประทายา มีการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทายาต้านไวรัสเอดส์

ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ ลืมรับประทานยา หรือติดธุระ ร้อยละ 34-52 ต้องออกจากบ้านร้อยละ 27-42 (Chesney, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า สาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ลืม (ร้อยละ 36) ติดธุระนอกบ้าน (ร้อยละ 33) ไม่กล้ารับประทานยาต่อหน้าผู้อื่น (ร้อยละ 24) นอนหลับเลยเวลารับประทานยา (ร้อยละ 20) มีงานยุ่ง (ร้อยละ 16) และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 9) (Maneesriwongul et al., 2006)

4.4.2 อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction) ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นยาที่มีอาการไม่พึงไม่ประสงค์มากมายทั้งแบบชั่วคราว เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และแบบระยะยาว เช่น ผื่นแพ้ยาแบบ Steven Johnson Syndrome หรือ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) อาการตับอักเสบ, Lactic acidosis, อาการไขมันย้วยที่ (Lipodystrophy) และตับอ่อนอักเสบ (A Service of the U.S.Department of Health and Human Service & Henry Kaiser Family, 2003) เป็นต้น และจากผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 37 ปฏิเสธการใช้ยาเนื่องจากเกิดอาการไขมันย้วยที่ (Lipodystrophy) จากการใช้ยากุ่ม Protease Inhibitor (PI)

4.5 ปัจจัยด้านสถานบริการ

ปัจจัยด้านสถานบริการ ได้แก่ ระยะเวลา การเดินทางมาใช้บริการ ความสะดวกของการมาใช้บริการ สภาพสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ ความเป็นส่วนตัว มีคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้การปรึกษาเรื่องต่างๆ ที่สนองตอบความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีอิทธิพลต่อการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของเฮย์น (Haynes, 2003) พบว่า การพัฒนาระบบบริการให้เป็นแบบ One stop service หรือแยกสถานที่ตรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ออกจากจุดตรวจอื่นๆ การเพิ่มความสะดวกในระบบบริการจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ และจากการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รักษาในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

จะเห็นได้ว่าการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอนั้น ต้องประกอบไปด้วยปัจจัยหลายประการ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรมีการประเมินปัจจัยเหล่านี้ก่อนให้บริการ เพื่อที่จะได้ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และที่สำคัญในการปฏิบัติงานควรมีการศึกษาและค้นหาแนวทางการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอใน

การรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการดูแลในสถานบริการ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

5. แนวทางการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์

การส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ลงได้ร้อยละ 21 และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่สามารถรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bansberg et al., 2001) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถึงแม้การจัดให้บริการเพื่อส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เพิ่มขึ้นตอนและใช้เวลาในการให้บริการมากขึ้น แต่ก็เป็นการให้บริการที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับหลายฝ่าย เพราะนอกจากผลดีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะได้รับ คือ การมีสุขภาพดีขึ้น การดำเนินโรคช้าลง และลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเชื้อดื้อยาและการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว ยังทำให้ประเทศชาติลดต้นทุนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ตามมา ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น ดังนั้นการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์จึงนับว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและได้ผลระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ 4 วิธีการในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้

(Roter et al., 1998; Simoni et al., 2003 อ้างใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547)

1. Cognitive and behavioral strategies
2. Behavioral strategies only
3. Modified DOT strategies
4. Affective strategies

1. Cognitive and behavioral strategies คือ การใช้วิธีการด้านการรู้คิดและพฤติกรรมร่วมกัน มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์

(รายบุคคล, รายกลุ่ม)

- การเสริมแรงโดยเสริมสร้างทัศนคติด้านบวก
- การฝึกบริหารจัดการมือด้วยตนเอง
- การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม มักใช้ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
- การให้การปรึกษารายบุคคล
- การติดตามสนับสนุนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทางโทรศัพท์

ด้านไวรัสเอดส์

- การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ด้านไวรัสเอดส์

2. Behavioral strategies only คือ การใช้วิธีการเฉพาะด้านพฤติกรรม มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (รายบุคคล, รายกลุ่ม)
- การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี ทุก 2 เดือน หรือ 6 เดือน
- การแจ้งผลการติดตามความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทุกสัปดาห์ จากผลการติดตามโดยใช้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ (MEMs cap)
- การใช้ pager เพื่อเตือนการรับประทานยา หรือส่งข้อความให้ความรู้ และให้กำลังใจ
- การมีบุคคลที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมาเป็นแบบอย่าง
- การใช้สิ่งกระตุ้นเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบเห็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน เป็นสิ่งเตือนใจ เพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น รายการโทรทัศน์ การวางขวดยาไว้บนตู้เย็นหรือโต๊ะอาหาร
- การให้รางวัลเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. Directly Observe Therapy Strategies (DOT strategies) คือ วิธีการด้านพฤติกรรมที่ใช้การประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จากเจ้าหน้าที่โดยตรง ซึ่งมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- การใช้ DOT strategies มักใช้วิธีการนี้ได้โดยตรงเฉพาะในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อยู่ในสถานที่

ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สามารถดูแลการรับประทานยาได้ทุกมือ เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในที่ชุมชน หรือในสถานพยาบาล

- การประยุกต์ใช้ DOT strategies ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องมารับยาที่สถานบำบัดยาเสพติด (เจ้าหน้าที่สามารถดูแลการรับประทานยามื้อเช้าทุกวันราชการ และการใช้โทรศัพท์เตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยามื้ออื่นๆ ด้วยตนเองที่บ้าน)

- การประยุกต์ใช้ DOT strategies ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือใช้ยาที่มีความซับซ้อน (มีการใช้เจ้าหน้าที่ outreach workers ไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการรับประทานยามื้อเช้าทุกวันราชการ และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มืออื่นๆ ด้วยตนเองที่บ้าน)

4. Affective strategies คือ การใช้วิธีการเพื่อประทับประคองด้านอารมณ์ ความรู้สึก มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- การค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ
- การประยุกต์ใช้การเสริมแรงจากกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน
- การให้การปรึกษา และให้กำลังใจ
- การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือความหวังเกี่ยวกับสิ่งดีๆ ที่อยากจะทำให้เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต

จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์ทั้ง 4 วิธีการมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรศึกษาวิธีปฏิบัติ หรือค้นคว้าผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้อยู่เสมอเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและความสะดวกในการให้บริการในสถานบริการ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไว้มากมาย ดังนี้

กัวจาร์ด และคณะ (Goujard et al., 2003) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา (Treatment Education Program: TEP) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์แบบสูตรผสม HAART จำนวน 365 ราย ในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนเวลารับประทานยา (beeper pillbox) ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 57 ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 copies/ml และร้อยละ 46 รายงานว่ามีระดับของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโนเบล (Knobel, 1999) ที่ใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้

ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยา AZT / 3TC / IDV จำนวน 170 ราย พบว่ากลุ่มทดลองสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์และความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยมักจะใช้กลยุทธ์อื่นร่วมด้วยเสมอ เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลารับประทานยา การค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ (Caprio et al., 2002; Goujard et al., 2003) รวมไปถึงการผสมผสานการให้ความรู้ และกลยุทธ์ต่างๆดังกล่าวไว้ในกระบวนการให้การปรึกษา เนื่องจากการให้การปรึกษาเป็นวิธีการที่ผู้รับการปรึกษาสามารถมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการให้บริการทางสุขภาพ ผู้ให้การปรึกษาสามารถประเมินความรู้ ความเชื่อ ความต้องการของผู้รับการปรึกษา และให้บริการในด้านต่างๆตามความต้องการของผู้รับการปรึกษาได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด ทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและด้วยความเต็มใจของผู้รับการปรึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้วิจัยจะมีเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ในการให้การปรึกษา เช่น เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) การติดตามการแก้ปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ให้กำลังใจและเสริมแรง (Molassiotis et al., 2003; Pradier et al., 2003; Roca et al., 2004; Safren et al., 2001) คาปรีโอ และคณะ (Caprio et al., 2002) ใช้กลยุทธ์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลารับประทานยา และติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 รายที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67 ก่อนเริ่มทดลองเป็นร้อยละ 90-100 หลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 และ 8 สัปดาห์ และถึงแม้ว่าบางการศึกษาจะพบว่าการให้การปรึกษาไม่สามารถเพิ่มระดับของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษารู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับและต้องการที่จะรับการรักษามากขึ้นจากทีมสุขภาพต่อไป (Dilorio et al., 2003)

จากตัวอย่างงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นั้นจะต้องใช้กลยุทธ์หลายประเภทร่วมกัน และเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อให้การบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลให้เกิดการรับประทานยาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป (Kibangou, 2004; Roter, 1998; Schroeder, 2004) หรือถ้าไม่สามารถเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก็รู้สึกพึงพอใจกับการบริการที่ได้รับซึ่งเป็นพื้นฐาน

สำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาและมีแรงจูงใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไปในอนาคต

ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรม และต้องเกิดการจากพร้อมและการมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตัวของผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Ickovics & Meade, 2002) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) มาเป็นแนวทางในการให้การปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจและตามความพร้อมของตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอนดังในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) (Prochaska & Diclemente, 1984) ส่งผลให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนี้ได้อย่างถาวร

6. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้รับการคิดค้นโดย มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) โดยอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของโปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้สารเสพติด ต่อมาได้รับความนิยมนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วย หรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพในสถานบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางเพราะเข้าใจง่าย มีทิศทางและเป็นวิธีการที่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dilorio et al., 2003; Resnicow et al., 2000; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997)

หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีหลักการที่สำคัญอยู่ 5 ประการ (DARES) ดังนี้ (Miller & Rollnick, 1991)

1. **ช่วยให้ผู้รับบริการเห็นความขัดแย้ง (Develop Discrepancy)** คือการช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเขา โดยทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันของเขากับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการบรรลุ เช่น พฤติกรรมการกินยาไม่ตรง

เวลา กับเป้าหมายที่จะมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ผู้รับการปรึกษาควรจะเป็นผู้ที่นำเสนอความคิดว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง

2. หลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid Argumentation) การถกเถียงเพื่อจะเอาชนะผู้รับการปรึกษา เป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ ยิ่งผู้ให้การปรึกษายืนยันความคิดของตนเองเท่าไร ผู้รับการปรึกษาก็จะยิ่งพยายามยืนยันความคิดของเขามากขึ้นเท่านั้น การที่ผู้รับการปรึกษาแสดงอาการเช่นนี้เป็นสัญญาณบอกว่า ผู้ให้การปรึกษาควรจะเปลี่ยนแปลงวิธีการในการให้การปรึกษาได้แล้ว

3. โน้มน้าวตามแรงต้านทาน (Roll with Resistance) ใช้การเคลื่อนไหวของผู้รับการปรึกษาเอง (เช่น ทิศทางของการถกเถียง) เพื่อเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับการปรึกษาเพียงเล็กน้อย เพื่อว่าในที่สุดเขาจะไปจบลงตรงที่ซึ่งต่างจากที่คิดไว้แต่ต้น ซึ่งอาจทำได้โดยการตีความคำพูดของผู้รับบริการในแง่มุมใหม่ แต่ไม่ได้บังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้รับบริการเห็นคล้อยตามพยายามให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มากกว่าที่จะพยายามเสนอทางแก้ปัญหาให้เสียเอง

4. แสดงความเข้าใจผู้รับการปรึกษา (Express Empathy) โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และยอมรับผู้รับการปรึกษา โดยไม่ตัดสิน ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ การทำเช่นนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความกังวลของผู้รับการปรึกษาได้ และมีผลในการเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาต้องตระหนักเสมอว่า การลังเลใจเป็นสิ่งปกติสำหรับผู้รับการปรึกษา

5. สนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้รับการปรึกษา (Support Self-Efficacy) สื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่า “คุณสามารถทำได้ คุณสามารถประสบความสำเร็จได้” เพราะความเชื่อว่าตนเองจะทำได้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่ง ผู้รับการปรึกษาอาจได้ความหวังจากการทดลองใช้วิธีการต่างๆ ที่มีอยู่ หากวิธีหนึ่งไม่ได้ผลก็หันไปลองอีกวิธีหนึ่ง และอาจจะใช้ความสำเร็จที่ผู้รับการปรึกษา เคยประสบเป็นจุดเริ่มต้น หรือความสำเร็จของคนอื่นๆ ที่ผู้รับการปรึกษารู้จักก็ได้

กลยุทธ์สำคัญในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ ให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดและพูดออกมาเอง จูงใจตัวเอง ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง ให้เขาคิดว่าเป็นปัญหา และเกิดความต้องการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคของการให้การปรึกษา เทคนิคที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ **OARS** ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก (พิชัย แสงชาญชัย, 2549; Craig et al., 2005)

- **การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended question)**

บรรยากาศของความไว้วางใจและการยอมรับจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถ

เปิดเผยและทำความเข้าใจปัญหาของตนได้ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ และสนับสนุน รวมทั้งจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาพูดเป็นส่วนใหญ่ คำถามปลายเปิดจะทำให้ผู้รับการปรึกษาต้องตอบยาวๆ ผู้รับการปรึกษาจะสามารถทราบคำตอบอย่างละเอียด รวมทั้งความรู้สึกรับการปรึกษาด้วย ในผู้รับการปรึกษาที่ยังคงมีความลังเลมาก หากผู้ให้การปรึกษาจะถามถึงประโยชน์และโทษของการเปลี่ยนแปลง ให้ถามในลักษณะที่เป็นกลาง ไม่ลำเอียง

● การยืนยันรับรอง (Affirmation)

การสร้างเชื่อมั่นในสิ่งที่ถูกต้องเป็นเทคนิคที่สามารถทำได้ โดยพูดประโยคที่บ่งถึงความเข้าใจ และซาบซึ้งในการกระทำหรือความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา

หลักการง่ายๆ ของการยืนยันความมั่นใจ ได้แก่

- แสดงออกถึงความจริงใจ ประทับใจ ไม่เสแสร้ง ในจังหวะที่เหมาะสม
- ควรกล่าวแสดงความชื่นชมในสถานการณ์ที่แม้ว่าจะยากลำบาก แต่ผู้รับการปรึกษาได้พยายามทำจนสำเร็จ
- ควรกล่าวเมื่อผู้รับการปรึกษาใช้ความพยายามอย่างมาก ทุ่มเต็มที่ ถึงแม้ยังไม่ปรากฏผลสำเร็จก็ตาม

● การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective Listening)

การฟัง คือ การสนใจสิ่งที่คู่สนทนาพูดโดยตั้งใจ แต่การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ คือการที่ผู้ให้การปรึกษาคอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด โดยตอบสนองในลักษณะของการคาดเดาว่าผู้รับการปรึกษาหมายความว่าอย่างไรกับสิ่งที่เขาพูด เนื่องจากก่อนที่จะพูด เขามีความคิดบางอย่างที่ต้องการที่จะสื่อออกมา สิ่งที่จะสื่อออกมา เป็นภาษาพูดที่ไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของผู้ฟังคือ การได้ยินสิ่งที่เขาพูดออกมาทุกคำ และถอดรหัสตีความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดนั้น ผู้ฟังจะวางสมมติฐานที่สมเหตุสมผลและถอดรหัสสิ่งที่ได้ยินเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงทั้งหมด และนำเสนอการคาดเดาของตนออกมาในรูปประโยคบอกเล่า (หลีกเลี่ยงประโยคคำถาม เพราะอาจก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน)

การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความควรใช้ และให้ความสำคัญในช่วงแรกของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยสามารถใช้เพื่อเสริมเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาพูด หรือใช้เพื่อเปลี่ยนความหมายให้ชัดเจนขึ้น และหากเป็นไปได้ ควรได้ยินผู้รับการปรึกษาคอบสนองด้วยประโยคที่แสดงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

● การสรุปความ (Summarization)

การสรุปความมีประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน ในการช่วยให้ผู้รับบริการกล่าวถึงแรงจูงใจของตัวเอง ผู้ให้การปรึกษาควรสรุปความเป็นระยะเป็นการช่วย

ให้ผู้รับการปรึกษาได้ย่นสิ่งที่เขาพูดเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง

การสรุปความยังมีประโยชน์ในการแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในตัวของผู้รับการปรึกษา และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจทั้งด้านลบ และด้านบวกของการเปลี่ยนแปลงพร้อมๆ กันไป ข้อมูลเกี่ยวกับประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองจากแหล่งอื่น เช่น ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือจากครอบครัว สามารถนำมาใช้ในการสรุปความร่วมกับข้อมูลที่เป็นประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองเล่าออกมา

สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาต้องการให้ผู้รับการปรึกษากล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทาง MI คือ ประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ Self-Motivational Statement (SMS) โดยกระบวนการของ MI ผู้ให้การปรึกษาจะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวข้อความ SMS จากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะกล่าวยืนยันรับรอง (Affirmation) ในข้อความที่ดังาม และสะท้อนความให้ผู้รับการปรึกษารับทราบในสิ่งที่ตนเองพูดหรือกำลังคิดอยู่ เมื่อเวลาการให้การปรึกษาผ่านไป SMS จากผู้รับการปรึกษาจะออกมามากขึ้น ในขณะเดียวกันแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็มากขึ้นตามไปด้วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2548)

ประเภทของ Self-Motivational Statement (SMS) แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ตระหนักถึงปัญหา (Problem Recognition) เป็น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา เช่น
 - “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้”
 - “ผมเพิ่งรู้ว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำคัญมากจริงๆ”
2. แสดงความกังวลใจต่อสถานการณ์ (Concern) เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น
 - “ผมกังวลว่าการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยา”
 - “ผมกังวลกับมันจริงๆ”
3. แสดงเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น
 - “การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ช่วยให้ผมมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น”
 - “ผมต้องทำอะไรซักอย่าง”
4. แสดงความหวังหรือการมองโลกในแง่ดีของการเปลี่ยนแปลง (Optimism for change) เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น
 - “ผมมั่นใจว่าผมจะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

ทั้ง 4 ประเภทของประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองข้างต้นสะท้อนถึง มิติทางความคิด (การตระหนักถึงปัญหา การมองโลกในแง่ดี) มิติทางอารมณ์ (ความกล้า) และมิติทางพฤติกรรม (ความตั้งใจ เจตนา) ซึ่งผู้ให้การศึกษาสามารถใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ ได้ดังนี้

กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ (SMS)

วิธีการของ MI เน้นให้ผู้รับการปรึกษาพูดข้อความที่จูงใจตนเอง หรือ Self-Motivational Statements กลยุทธ์ที่สำคัญในแนวทางของ MI มีดังต่อไปนี้
(พิชัย แสงชาญชัย, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2548)

1. Evocative Questions

เป็นกลยุทธ์ถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด SMS ผู้ให้การศึกษาควรมองว่าผู้รับการปรึกษามีความกล้าใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือไม่ แม้ว่าผู้รับการปรึกษาจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม คือ สมมติว่าผู้รับการปรึกษามีแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 2 คือ กล้าใจ ผู้ให้การศึกษาควรถามผู้รับการปรึกษาว่า “คุณห่วงกังวลกับการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างไร” มากกว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือไม่” การถามก็เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาพูด SMS คำถามที่กระตุ้นผู้ SMS ชนิดต่างๆมีดังต่อไปนี้

- คำถามที่กระตุ้นผู้ SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา (Problem Recognition) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คิดว่าการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัญหา”
- “การรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีผลกระทบต่อกันหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”
- “มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง”
- “คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”

- คำถามที่กระตุ้นผู้ SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Concern) เช่น

- “คุณเป็นห่วงกังวลในเรื่องการรับประทานของตนเองอย่างไรบ้าง”
- “อะไรที่ทำให้ครอบครัวของคุณเป็นห่วง”
- “คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไรหากคุณยังคงรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป”

- คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Intention to change) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คุณอยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”
- “สมมติว่าคุณรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ชีวิตจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”
- “อะไรเป็นข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Optimism for change) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้สำเร็จ”
- “อะไรที่ทำให้คุณมีความเชื่อมั่น”
- “อะไรที่เป็นตัวช่วย หากคุณคิดจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

2. Exploring Pros and Cons

เป็นกลยุทธ์ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ข้อสำคัญคือ การเปิดโอกาสได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำทึของผู้ให้การศึกษาไม่อคติ ครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ โดยปกติผู้ให้การศึกษา มักเน้นแต่ข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและข้อเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผู้ให้การศึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาค้นคว้าตรวจสอบทุกๆ ด้าน เพราะผู้รับการศึกษาค้นคว้าได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจเอง ทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้ให้การศึกษาฝ่ายเดียว คือ

- ข้อดีของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ข้อเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ข้อเสียของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. Elaboration

เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ เมื่อผู้รับการศึกษามีโอกาสพูดได้มาก ผู้รับการศึกษาค้นคว้าจะพูด SMS มากขึ้น ผู้ให้การศึกษาทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุป ทำให้ผู้รับการศึกษามีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจริงของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะเพิ่มขึ้นตาม

4. Imagining

เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมติ โดยผู้ให้การปรึกษามองถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกรื้อให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. Looking Forward

เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยผู้ให้การปรึกษามองถึงความคาดหวังในอนาคต อาจถามว่า “อะไรจะดีขึ้น หากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”
“สุขภาพจะเปลี่ยนไปอย่างไร หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

6. Looking Back

เป็นกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต โคนเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะรับประทานยากับปัจจุบันที่รับประทานยาว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้ให้การปรึกษาอาจจะถามว่า
“สุขภาพของคุณปัจจุบันเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับในอดีตก่อนที่จะรับประทานยา”

7. Exploring Goals

เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้การปรึกษาอาจถามผู้รับการปรึกษาว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรที่เขาเป็นห่วงเป็นใย อะไรที่เป็นสิ่งมีค่าในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้รับการปรึกษาก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขพฤติกรรมในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8. Paradoxical Challenge

เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น

“ดูแล้วคุณยังมีอุปสรรคหลายด้าน คงจะรับประทานยาได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

แต่กลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้งควรกระทำต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษาเห็นว่าหมดหนทางที่จะให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาแล้ว ไม่ควรนำมาใช้หากไม่จำเป็น เพราะอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการที่จะรับการปรึกษา หรือไม่มารับปรึกษาอีก ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านตามมา

จะเห็นได้ว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะสามารถช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมที่จะ

เปลี่ยนแปลง มีการใช้ทักษะทางการปรึกษาและเทคนิคต่างๆเพื่อเพิ่มแรงจูงใจซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง ดังในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory)

ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกพัฒนาขึ้นในปี 1979 โดย โพรชาสกา และ ไดคลีเมนต์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน พื้นฐานของทฤษฎีมาจากการผสมผสานของแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยามากกว่า 300 ทฤษฎี จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่ พบว่า การที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้นั้นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน มีแบบแผนและระยะเวลา นอกจากนี้ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังได้นำไปใช้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางสุขภาพมากมาย เช่น ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด หรือการกระตุ้นให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งรูปแบบของการนำมาใช้ในคลินิกส่วนมากจะเป็นรูปแบบของการให้การปรึกษา

โพรชาสกา และ ไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ได้กำหนดแนวคิดหลักของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 4 แนวคิด ดังนี้

1. ระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ประกอบด้วยระยะการเปลี่ยนแปลง 5 ระยะ ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ระยะลังเลใจ (Contemplation) ระยะตัดสินใจ (Determination) ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Cassidy, 1997; DiClemente & Prochaska, 1998)

1.1 ระยะเพิกเฉย (Precontemplation)

บุคคลไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ภายใน 6 เดือนข้างหน้า เพราะยังไม่ตระหนักว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหา

1.2 ระยะลังเลใจ (Contemplation)

บุคคลยอมรับว่าพฤติกรรมของเขาเป็นปัญหาทางสุขภาพ และเชื่อว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 6 เดือนข้างหน้า จะก่อให้เกิดผลดีตามมา แต่ยังคงเล็งถึงผลเสียหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นจึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะนี้

1.3 ระยะตัดสินใจ (Determination)

บุคคลตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง จึงมีความตั้งใจแน่วแน่และเริ่มวางแผนการเปลี่ยนแปลงภายใน 30 วันข้างหน้า แต่ยังไม่ทราบชัดเจนถึงแนวทางปฏิบัติ

1.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (Action)

บุคคลมีการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นาน 30 วันขึ้นไป แต่พฤติกรรมยังไม่มั่นคงเพียงพอ

1.5 ระยะคงสภาพ (Maintenance)

บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ได้นานมากกว่า 6 เดือน สามารถบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายเบื้องต้น และสามารถจัดปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจเกิดการหวนกลับไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Recurrence/Relapse) ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ และเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติธรรมดา

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ (Process of Change) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า การรับรู้ และการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลซึ่งแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง

กระบวนการเปลี่ยนแปลง เป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ช่วยให้เข้าใจว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละระยะได้อย่างไร ซึ่งมี 10 ประการ แบ่งเป็นกระบวนการที่เป็นความรู้สึนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึนึกภายในที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (ข้อ1-5) และ กระบวนการที่แสดงออกทางพฤติกรรมให้เห็นได้ (ข้อ6-10) ได้แก่

2.1 การปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) คือ การที่บุคคลแสวงหาข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจและย้อนกลับไปพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) คือ การที่บุคคลปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกจากประสบการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการแก้ไขปัญหที่สำคัญ

2.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental Reevaluation) คือ การที่บุคคลพิจารณาหรือประเมินผลกระทบของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ

2.4 การประเมินตนเอง (Self- Reevaluation) คือ การที่บุคคลสามารถประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง โดยการทบทวนถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

2.5 การปลดปล่อยให้เป็นอิสระจากสังคม (Social Liberation) คือ การที่บุคคลได้รับโอกาสหรือแรงสนับสนุนจากสังคมและมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.6 การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) คือ การที่บุคคลได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่จะสามารถนำมาปฏิบัติแทนที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.7 การสร้างสัมพันธภาพแบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) คือ การที่บุคคลได้รับความไว้วางใจ และแรงสนับสนุนจากผู้อื่นในขณะที่ตนเองกำลังพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.8 การเสริมแรง (Reinforcement management) คือ การที่บุคคลได้รับการเสริมแรงทั้งทางบวกและลบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.9 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) คือ การที่บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์และสาเหตุที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

2.10 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-Liberation) คือ การที่บุคคลมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง และมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง รับรู้และเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 ประการนี้จะป็นสิ่งที่ผู้ให้การศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางของการสร้างกลยุทธ์หรือวิธีการเพื่อให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงบุคคลจะมีความรู้สึนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า การรับรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออกมาแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ให้การศึกษาควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์

ระหว่างระยะของการเปลี่ยนแปลงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 ประการ เพราะในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงต้องการกลยุทธ์หรือเครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) เป็นระยะที่ผู้ให้การศึกษายังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกต่อต้าน ผู้ให้การศึกษาควรให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึก (Dramatic relief) แทนที่จะไปบังคับให้ต้องเปลี่ยนแปลง และควรมีการฟังผู้รับการปรึกษาอย่างตั้งใจ หรือในระยะตัดสินใจ (Determination) ที่ผู้รับการปรึกษาต้องการได้รับความเชื่อใจและแรงสนับสนุนจากสังคม (Helping relationship) ผู้ให้การศึกษาควรให้กำลังใจ หรือค้นหาแหล่งสนับสนุนของผู้ให้การศึกษา เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมที่ปรารถนา และควรใช้วิธีแก้ปัญหาที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง มีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง และไม่หวนกลับไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอีก

3. ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) ความสมดุลของการตัดสินใจเป็นสิ่งที่บุคคลจะชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์หรือข้อดีที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลง (pros) เช่น จะทำให้มีสุขภาพดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคได้ เป็นต้น และผลเสียของการเปลี่ยนแปลง (cons) เช่น

ยุ่งยาก ลื่นไถล หรือมีความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ในระยะของการเปลี่ยนแปลงระยะแรก บุคคลจะคิดว่าการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ในระยะต่อมา บุคคลจะเริ่มเห็นผลดีของการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเรื่อยๆ และจะมากกว่าผลเสียในระยะตัดสินใจถึงระยะลงมือปฏิบัติ และถ้าหากบุคคลนั้นรับรู้ถึงผลดีของการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและคงที่ จะสามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่นั้นได้อย่างถาวร (Prochaska et al., 1994)

4. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลง และ ความสามารถในการเผชิญกับสิ่งล่อใจหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้หวนกลับไปมีพฤติกรรมดั้งเดิม ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะแรก สิ่งล่อใจต่างๆ จะมีมากกว่าความเชื่อมั่นในตนเอง แต่จะเปลี่ยนแปลงในทางตรงข้ามในระยะลงมือปฏิบัติ และระยะคงสภาพ (Prochaska & DiClemente, 1992)

ทั้งนี้รูปแบบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้าหรือถอยหลังก็ได้ และด้วยอัตราความเร็วที่แตกต่างกัน บางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้เร็ว บางคนก็อาจเปลี่ยนแปลงได้ช้า บางคนอาจมีความก้าวหน้าในช่วงแรก แต่กลับล้มเลิกในตอนท้ายของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปพบว่า ระยะเพิกเฉย และระยะลังเลใจ ทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างยากลำบาก นอกจากนี้ การหวนกลับไปสู่จุดเดิมถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย จนกว่าบุคคลจะสามารถคงการเปลี่ยนแปลงให้ถาวรได้

จะเห็นได้ว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีให้การปรึกษาที่มีความเหมาะสมในการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้จะต้องมาจากเจ้าของพฤติกรรมนั้นมีแรงจูงใจที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงเอง ไม่ใช่มาจากการบังคับหรือโน้มน้าวใจจากผู้ให้การปรึกษา ซึ่งแนวคิดนี้เป็นหลักสำคัญของ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมั่นคงและยั่งยืน

ทั้งนี้ในการให้การปรึกษา ผู้วิจัยไม่สามารถให้การปรึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการให้การปรึกษาในครั้งเดียวได้ เนื่องจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ (Action) จะต้องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่นาน 30 วันขึ้นไป (Prochaska & DiClemente, 1984) ดังนั้นหลังจากได้แนวทางการแก้ไขปัญหามาจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยจะให้ผู้รับการปรึกษานำแนวทางแก้ไขปัญหานั้นไปปฏิบัติที่บ้านหรือภายใต้สภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษาแต่ละคนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยไม่สามารถ

ติดตามผลของการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ หรือติดตามให้การศึกษาเพิ่มเติมหากผู้ป่วยพบปัญหา และอุปสรรคเกิดขึ้นใหม่ได้ในผู้ป่วยทุกราย ผู้วิจัยจึงสร้างแบบบันทึกการรับประทานยาแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปลงชื่อยา เวลาที่รับประทานยา และเหตุผลของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในแต่ละครั้งในระหว่างการรับประทานยาที่บ้าน

การให้แบบบันทึกการรับประทานยา จึงเปรียบเสมือนผู้วิจัยได้คอยกระตุ้น เตือนใจให้ผู้ป่วยมีระเบียบวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Wong และคณะ (Wong et al., 2006) พบว่า วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ การบันทึกการรับประทานยา ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของตารางบันทึกการรับประทานยา ปฏิทินการรับประทานยา หรือสมุดบันทึกการรับประทานยา เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยเตือนความจำ และป้องกันความคลาดเคลื่อน สืบสวนต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบให้โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ มีการติดตามให้การศึกษาทางโทรศัพท์ในช่วงกลางของการเข้าสู่ระยะปฏิบัติ คือ 2 สัปดาห์หลังให้การศึกษาครั้งแรกอีกด้วย การให้การศึกษาทางโทรศัพท์ จึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการติดตามให้การศึกษาทางโทรศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนี้

การติดตามให้การศึกษาทางโทรศัพท์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้สะดวก ประหยัดทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเวลาในการให้บริการของทีมสุขภาพ และยังสามารถเพิ่มระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับอีกด้วย (พัชริ ลักษณะวงศ์ศรี, 2544; Osterberg, 2006)

สำหรับการส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามีการศึกษาพบว่า การให้การศึกษาทางโทรศัพท์โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพตามมา เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Bernadine et al., 2002) การตรวจมะเร็งเต้านม (Carney et al., 2005) รวมไปถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Cook et al., 2007 & Guthrie, 2001)

จะเห็นได้จากการศึกษาของไซอุ และคณะ (Chiou et al., 2004) ซึ่งพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นรายบุคคลร่วมกับการติดตาม

ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังการทดลองผู้เข้าร่วมการวิจัยมีระดับของความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ วิลเลียมส์ และคณะ (Williams et al., 1997) พบว่า การติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ฟังพอใจส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจูดีส โนเบล ซาเฟรน และคณะ (Judith, 2005; Knobel, 1999 & Safren et al., 2001) ที่ใช้วิธีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และมีค่าเฉลี่ยของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น และเมื่อติดตามหลังสิ้นสุดการให้การปรึกษา 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับของ CD4 เพิ่มขึ้น

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากจะเป็นการติดตามผลของการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และให้การปรึกษาเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นใหม่แล้ว ยังเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ต่อไปอีกด้วย (Holzemer et al., 2006; Tuldra et al., 2000) ทั้งนี้การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ ควรปฏิบัติควบคู่ไปกับการให้การปรึกษากับผู้ป่วยแบบรายบุคคล เพื่อช่วยในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการปรึกษามากยิ่งขึ้น และหลังจากให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แล้ว ควรมีการจดบันทึกการปรึกษาอย่างเป็นระบบทุกครั้ง เพื่อนำผลของการให้การปรึกษาประกอบการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่อไป

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลร่วมกับการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาตามระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ตามความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และด้วยความเต็มใจ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหา/อุปสรรคของการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test design with a comparison group) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



- O_1 = การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- O_2 = การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ หลังทดลองในกลุ่มทดลอง
- O_3 = การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลอง ในกลุ่มควบคุม
- O_4 = การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ หลังทดลองในกลุ่มควบคุม
- X_1 = ให้การศึกษาครั้งที่ 1
- X_2 = ให้การศึกษาทางโทรศัพท์ หลังจบการให้การศึกษาครั้งที่ 1 ไปแล้ว 2 สัปดาห์
- X_3 = ให้การศึกษาครั้งที่ 2 หลังจบการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ไปแล้ว 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบทางสถิติ .8 และ effect size .7 ซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้ผลการวิจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ซึ่งต้องมีเกณฑ์ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 เดือนและมารักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน
3. มีการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในระดับต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยวัดจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ(2546)
4. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. หญิงตั้งครรภ์
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องเข้ารับการรักษามารหว่างการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ซึ่งได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับสลากวันที่จะดำเนินการวิจัย คือ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ รวม 5 สลาก หลังจากนั้นจะสุ่มหยิบสลากโดยกำหนดให้ 4 วันแรกที่จับได้จะเป็นวันที่ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง และอีก 1 วันจะดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่มีโอกาสพบกัน เนื่องจากเก็บข้อมูลกันคนละวัน

2. หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลทันที โดยไม่แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มใด และนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูล ที่ แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) ซึ่งตั้งอยู่ที่ตึก 7 ชั้น 1 ของสถาบันบำราศนราดูร เป็นแผนกที่แยกออกมาจากแผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการเฉพาะ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่านั้น มีการให้บริการตรวจรักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับรายละเอียดของ โรค ยาที่รับประทาน ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา รวมถึงการมาตรวจตามนัด ซึ่งจะให้บริการในเวลา ราชการ โดยมีแพทย์ประจำออกตรวจ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และ พนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการประมาณ 15 ถึง 25 ราย โดยเฉลี่ย 20 รายต่อวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด คือ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นแบบสอบถามที่มี ลักษณะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 22 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา (Visual Analog Scale: VAS) ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2546) โดยประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยถามผู้ป่วยว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาสม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ป่วยขีด เครื่องหมายบนเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้น ด้านซ้ายสุด) ซึ่งหมายถึงไม่เคยรับประทานยาตามแผนการรักษาเลย 100 คะแนน (ปลายเส้นขวา สุด) ซึ่งหมายถึงการรับประทานยาตรงเวลา ครบเม็ด ต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกครั้ง โดยไม่เคยขาดยา แม้แต่ครั้งเดียว วอลซ์ และคณะ (Walsh et al., 2002) ได้นำแบบประเมินรูปแบบนี้ (VAS) ไปใช้วัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่ามีความสัมพันธ์ ทางลบกับจำนวน viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ วิลเลียมส์ (2547) ที่นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวน viral load อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การแปลผล แปลผลตามระยะห่างที่วัดได้เป็นมิลลิเมตรจากจุดเริ่มต้นของเส้น (ด้านซ้าย สุด) ถึงจุดตัดของเครื่องหมาย X บนเส้นตรงนี้ เช่น 100 มิลลิเมตร = 100 คะแนน หรือ 50 มิลลิเมตร = 50 คะแนน บอกระดับความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา 100 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่ครั้งเดียว)

75-99 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ (เคยขาดยาบ้าง แต่ยังกินยาได้มากกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์)

51-74 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์

50 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์

25-29 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์ (เคยขาดยามากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ยังกินยาได้มากกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามการรักษา)

1-24 คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามการรักษา

0 คะแนน หมายถึง การกินยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์เลยแม้แต่เม็ดเดียว)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 38 ข้อ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคจำนวน 13 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 12 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 13 ข้อ ซึ่งถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลประจำคณะพยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่ทำหน้าที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เฉพาะทาง 2 ท่าน โดยไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส HAART จำนวน 48 ราย และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 19 ราย รวมทั้งสิ้น 67 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำราศนราดูร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับตามรายด้านและในภาพรวม ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ .73 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ .68 ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ .79 และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม .86

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์จำนวน 38 ข้อ ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับตามรายด้านและในภาพรวม ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค .68 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ .78 ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ .81 และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม .90

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความทางลบ 18 ข้อ คือ

- ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ข้อ 1, 4, 12, 13
- ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12
- ด้านความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ข้อ 8, 9, 11, 13

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม

ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

- ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของผู้ตอบ
- ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของผู้ตอบ
- ไม่รู้ หมายถึง ผู้ตอบไม่ทราบว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่

คำตอบที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดและตอบว่า “ไม่รู้” จะได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินโดยรวม มีดังนี้

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน คะแนนด้านผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยามีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 38 คะแนน

นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็มทั้งในภาพรวมและรายด้านดังที่ได้กล่าวข้างต้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 28 ข้อ สร้างขึ้นโดย สุกรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้านซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 8 ข้อ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 10 ข้อ ซึ่งถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ

เกี่ยวกับพฤติกรรม/ทฤษฎี 1 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ 4 ใน 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ (content validity) .81 และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 200 คน ที่โรงพยาบาลศิริกิติ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับแอลฟาตามรายด้าน และในภาพรวม ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .68 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .79 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .82 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .85 และความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม .80

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 28 ข้อ ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับแอลฟาตามรายด้าน และในภาพรวม ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .71 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .73 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .83 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .81 และความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม .82

เนื่องจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับแอลฟาของแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ทำในกลุ่มตัวอย่างเพียง 60 ราย จึงอาจส่งผลให้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับแอลฟาของแบบสอบถามบางด้านลดลงจากเดิม

ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของผู้ตอบ	ได้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มั่นใจ	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบ	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง	ได้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินรวมมีดังนี้

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้จากแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน คะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน คะแนนด้าน

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน และคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมรวมมีคะแนนสูงสุด 140 คะแนน

สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจะกลับคะแนน แล้วจึงนำคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็มทั้งในภาพรวมและรายด้านดังที่ได้กล่าวข้างต้น

การแปลผลจะเป็นดังนี้

- คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง รับรู้อุปสรรคของการรักษาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่ำ
- คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง รับรู้อุปสรรคของการรักษาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนการให้การปรึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การปรึกษา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาเป็นแนวทางในการให้การปรึกษา (Miller & Rollnick, 1991) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามระยะของการเปลี่ยนแปลง ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ โปรชาสกา และ ไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984)

2.2 การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ จะดำเนินการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ณ 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา และเสริมแรงให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

2.3 แผ่นภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) ประกอบด้วยหัวข้อการสอน ดังนี้

- วงจรของเชื้อไวรัสเอชไอวี
- การดำเนินโรคเอดส์ถ้าไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

- ผลของการไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- สูตรยาต้านไวรัสเอดส์และอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัสเอดส์
- ความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.4 แบบบันทึกการรับประทานยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจะให้กับกลุ่มทดลองหลังให้การศึกษาครั้งที่ 1 เพื่อนำไปบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา การจัดลำดับขั้นตอนการให้การศึกษา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละขั้นตอนของการให้การศึกษา
2. ทดสอบความเหมาะสมของโปรแกรมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับขั้นตอนการให้การศึกษา และระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการให้การศึกษา

การดำเนินการทดลอง

แบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นตอนการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัยโดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัยและการเป็นผู้ให้การศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าร่วมอบรมและศึกษาจากวิดีโอที่เกี่ยวกับการให้การศึกษาโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้

- อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Voluntary Counseling and testing for HIV/AIDS ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย วันที่ 17-18 และ 24-25 สิงหาคม 2549
- อบรมเรื่อง กลยุทธ์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดย พท.นพ.พิชัย แสงชาญชัย ณ โรงแรมทีเค พาเลซ วันที่ 31 มกราคม 2550

- อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ณ สถาบันกัลยาธนาครินทร์ จ.นครปฐม วันที่ 21 กุมภาพันธ์ และ 16 มีนาคม 2550
- ศึกษาวิธีทศน์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549)
- ศึกษาวิธีทศน์การให้การปรึกษาเรื่อง Transtheoretical Model: Stages of Change และเรื่อง Transtheoretical Model: Application to Medication Adherence ของ University at Buffalo State University of New York (UB School of Nursing) (Deborah, 2003)

2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยเตรียมและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ที่ใช้ในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าแผนกฟื้นฟูสุขภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รวมทั้งขอความร่วมมือในการจัดเตรียม สถานที่ในการดำเนินการวิจัยและแจ้งวันเวลาของขั้นตอนการให้การปรึกษา

3. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลประจำแผนกจะเป็นผู้ติดต่อ และขออนุญาตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก่อนที่จะมาพบกับผู้วิจัยในการเข้าร่วมการวิจัย และส่งต่อมายังผู้วิจัย เมื่อได้รับความสมัครใจจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นรายบุคคล แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการให้การปรึกษา พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ และถ้าพบว่าผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์รายใดมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและประเมินผลพบว่า รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จะถูกคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองขึ้นอยู่กับกำกับการสุ่มวันที่ดำเนินการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยจะพบกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (30 นาที)

1. รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง
2. ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพจากแบบสอบถาม (ครั้งที่ 1)
3. นัดพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่แพทย์นัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (30 นาที)

1. ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ (ครั้งที่ 2)

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง ดังนี้

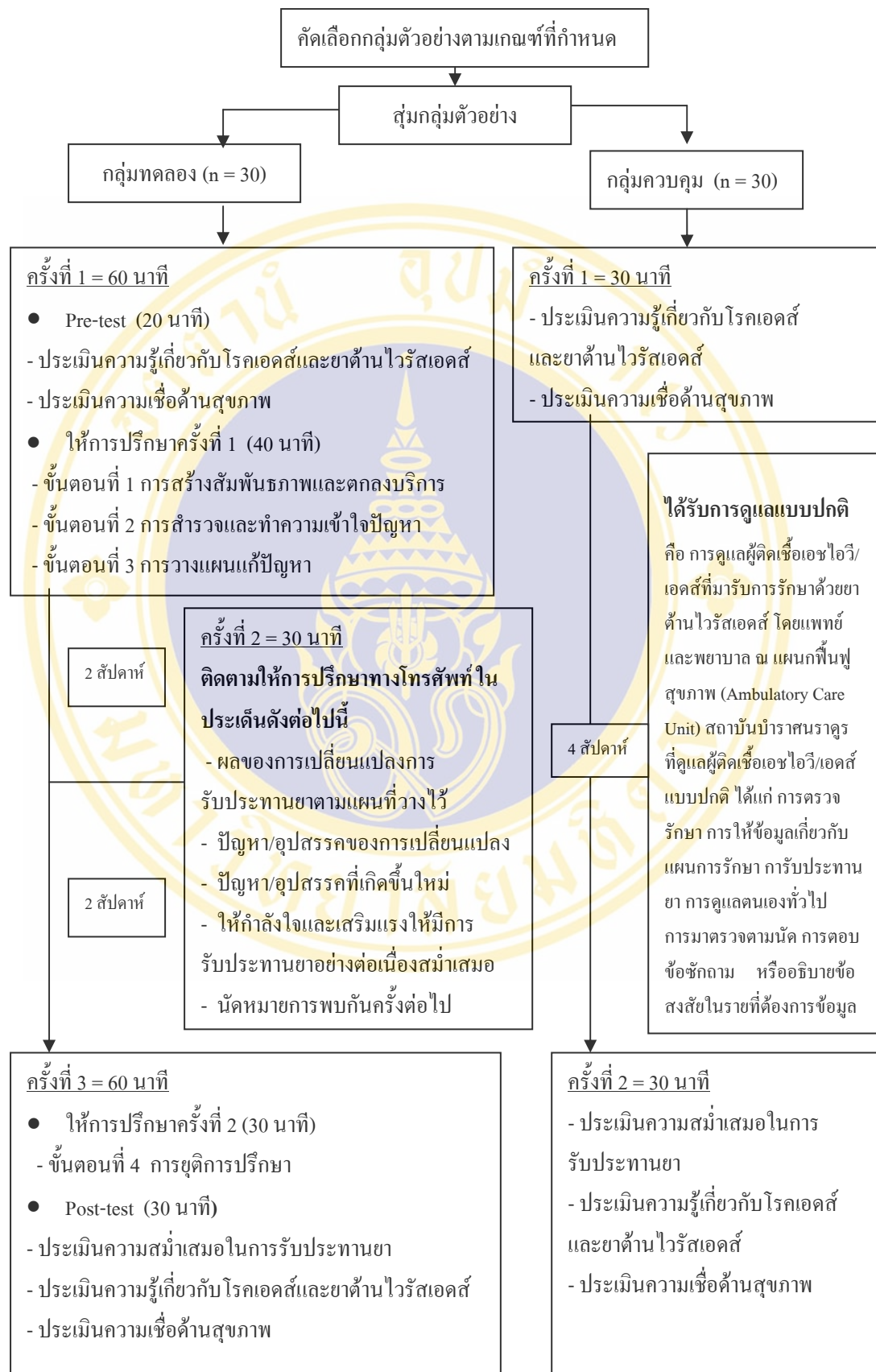
ครั้งที่ 1 (60 นาที)

1. รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ใช้ จากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง
2. ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพจากแบบสอบถาม (pre-test)
3. เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมให้การปรึกษาครั้งที่ 1 ตามขั้นตอนดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ
 - ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา ทำความเข้าใจปัญหา
 - ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา
4. นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์
5. บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคลลงในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 2 (30 นาที)

1. ทบทวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจากแบบบันทึกการปรึกษาก่อนเริ่มให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

2. ติดตามให้การศึกษาทางโทรศัพท์ (2 สัปดาห์หลังให้การศึกษาครั้งที่ 1)ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามแผนที่วางไว้
 - ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา
 - ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่
 - ให้กำลังใจและเสริมแรงให้มีการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. นัดหมายการมาพบครั้งต่อไป
4. บันทึกการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ลงในแบบบันทึกการให้การศึกษาครั้งที่ 3 (60 นาที)
 1. ทบทวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจากแบบบันทึกการศึกษา
 2. ให้การศึกษาครั้งที่ 2
 3. ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ (ดูรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลในภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้ผู้ดำเนินการ และคณะกรรมการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูรพิจารณาให้ดำเนินการวิจัย หลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกในการดำเนินการวิจัย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลที่ได้อาจถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง และใช้นามสมมติในการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ การตัดสินใจเข้าหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับบริการแต่อย่างใด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะถูกขอให้ลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ดูภาคผนวก ข)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 ดังนี้

สถิติบรรยาย

1. แจกแจงความถี่ และหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. หาพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. หาพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถิติอ้างอิง

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองกับหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวม และ

รายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองกับหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ดังนั้นจึงทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) เกี่ยวกับการแจกแจงของข้อมูลที่ศึกษาโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ, 2543; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ซึ่งผลการทดสอบพบว่า

ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการกระจายตัวของข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปร ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือน (บาท) ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ (เดือน) ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน) คะแนนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านแบบปกติ (Normal Distribution) ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบสถิติค่าที

บทที่ 4

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 60 ราย ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 - แสดงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 - แสดงผลการทดสอบสมมติฐาน มี 2 ข้อ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 แสดงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)				
	Range	Median	Mode	Mean	S.D.
อายุ (ปี)	22-67	38	38	39.65	8.62
รายได้ต่อเดือน (บาท)	1000-70000	10,000	10,000	11,720	10377.7
จำนวนบทบาท	1 -2	1	1	1.23	.430
ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ (เดือน)	9-192	72	120	82	52.04
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส (เดือน)	1-120	48	48	45	27.42

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มีอายุเฉลี่ย 39.65 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี และมากที่สุด 67 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,720 บาท มีจำนวนบทบาทในครอบครัวเฉลี่ยตั้งแต่ 1-2 บทบาท ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อเฉลี่ย 82 เดือน และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 45 เดือน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	73.3
หญิง	16	26.7
สถานภาพสมรส		
โสด	27	45
คู่	19	31.7
หม้าย	9	15
หย่า	3	5
แยก	2	3.3
ระดับการศึกษา		
จำนวนปีที่ศึกษา 0-6 ปี		
- ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.7
- ประถมศึกษา	9	15
จำนวนปีที่ศึกษา 9-12 ปี		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	17	28.3
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	21.7
- ปวช.	4	6.7
- ปวศ.	4	6.7
จำนวนปีที่ศึกษา ≥ 14 ปี		
- อนุปริญญา	2	3.3
- ปริญญาตรี	9	15
- ปริญญาโท	1	1.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
อาชีพที่ทำงานเป็นเวลา		
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	20
- พนักงานบริษัท	11	18.3
- นักเรียน/นักศึกษา	1	1.7
อาชีพที่ไม่ทำงานเป็นเวลา		
- ค้าขาย	17	28.3
- รับจ้าง	13	21.7
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6	10
สิทธิการรักษา		
เบิกได้		
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	21.7
- ประกันสังคม	17	28.3
- โครงการ NAPHA	10	16.7
- โครงการ 30 บาท	2	3.3
เบิกไม่ได้		
- จ่ายเองทั้งหมด	15	25
- จ่ายเองบางส่วน	3	5
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้		
- พอใช้มีเงินเก็บ	11	18.3
- พอใช้ไม่มีเงินเก็บ	37	61.7
ไม่พอใช้		
- ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน	2	3.3
- ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	10	16.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ
การเปิดเผยผลเลือด		
ไม่เปิดเผย	5	8.3
เปิดเผย	55	91.7
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน		
GPO-VIR (30) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.	16	26.7
GPO-VIR (40) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.	7	11.7
GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.	25	41.6
ยาสูตรอื่นๆ	20	20
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบัน		
ไม่มี	14	23.3
มีอย่างน้อย 1 อาการ	46	76.7
ลักษณะของอาการข้างเคียง (มีได้ ≥ 1 อาการ)		
ไขมันย้ายที่	21	35
ผิวแห้ง	18	30
ผมร่วง	13	21.7
นอนไม่หลับ	12	20
ท้องอืด	12	20
ชาปลายมือปลายเท้า	12	20
หลงลืม	11	18.3
ปวดศีรษะ	10	16.7
มีนงง	10	16.7
ไวต่อแสงกระตุ้น	8	13.3
เห็นภาพมัว	6	10
คลื่นไส้	6	10
ท้องเสีย	5	8.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของอาการข้างเคียง (มีได้ ≥ 1 อาการ)		
สมาธิสั้น	4	6.7
ผิวและเล็บอักเสบ	4	6.7
ซึด	4	6.7
เบื่ออาหาร	4	6.7
น้ำหนักลด	4	6.7
รับรู้รสเปลี่ยน	3	5
เล็บมีสีคล้ำ	3	5
ผื่นผิวหนัง	2	3.3
อาเจียน	2	3.3
ฝันร้าย	1	1.7
ปวดท้อง	1	1.7

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.3 เป็นเพศชาย (จำนวน 44 คน) และร้อยละ 26.7 เป็นเพศหญิง (จำนวน 16 คน) ร้อยละ 45 มีสถานภาพโสด (จำนวน 27 คน) และจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 21.7) มีอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.7) และร้อยละ 70 เบิกค่ารักษาได้ โดยใช้สิทธิประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) รองลงมาเบิกค่ารักษาจากสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 21.7) และเปิดเผยผลเลือดมากกว่าไม่เปิดเผยคิดเป็นร้อยละ 91.7 และ 8.3 ตามลำดับ

สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันมากที่สุด คือ GPO VIR Z 250 mg (ร้อยละ 41.6) รองลงมาคือ GPO VIR 30 mg (ร้อยละ 26.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบัน (ร้อยละ 76.7) ลักษณะของอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ไขมันย่ำที่ 21 คน รองลงมา คือ ผื่นแพ้ และผมร่วง ตามลำดับ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			t	p-value
	Range	Mean	S.D.	Range	Mean	S.D.		
อายุ (ปี)	22-67	39.3	9.5	23-52	40	7.7	3.12	.756
รายได้ต่อเดือน	1,000-70,000	12100	13078.9	3,000-40,000	11341	6910.2	.28	.780
จำนวนบทบาท	1-2	1.2	0.4	1-2	1.2	.4	.00	1
ระยะเวลาที่ทราบโรคเชื้อ (เดือน)	9-180	74	49.2	12-192	90.3	54.6	1.26	.229
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน)	1-120	40.3	29.7	9-120	49	24.7	1.20	.224

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกแยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของอายุรายได้/เดือน จำนวนบทบาท ระยะเวลาที่ทราบโรคเชื้อ และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (40 ปี และ 39.3 ปี ตามลำดับ) และมีระยะเวลาที่ทราบโรคเชื้อ กับระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มานานกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีรายได้/เดือนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนจำนวนบทบาททั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	22	73.3	22	73.3	1
หญิง	8	26.7	8	26.7	
สถานภาพสมรส					
โสด	14	46.7	13	43.3	1
คู่	12	40	7	23.3	
หม้าย/ หย่า/ แยก	4	13.3	10	33.4	
ระดับการศึกษา					
จำนวนปีที่ศึกษา 0-6 ปี	7	23.3	3	10	.231
จำนวนปีที่ศึกษา 9-12 ปี	19	63.3	19	63.3	
จำนวนปีที่ศึกษา ≥ 14 ปี	4	13.3	8	13.3	
อาชีพ					
อาชีพที่ทำงานเป็นเวลา	12	40	12	40	1
อาชีพที่ทำงานไม่เป็นเวลา	18	60	18	60	
สิทธิการรักษา					
เบิกได้	21	70	21	70	1
เบิกไม่ได้	9	30	9	30	
ความเพียงพอของรายได้					
พอใช้	24	80	24	80	1
ไม่พอใช้	6	20	6	20	
การรับประทานยาชนิดอื่น					
ไม่รับประทาน	26	86.7	24	80	.731
รับประทาน	4	13.3	6	20	
การเปิดเผยผลเลือด					
ไม่เปิดเผย	3	10	2	6.7	1
เปิดเผย	27	90	28	93.3	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน					
GPO VIR (30, 40) 1เม็ด q 12 ชม.	12	40	11	36.7	.959
GPO-VIR (Z) 1 เม็ด q 12 ชม.	12	40	13	43.3	
ยาสูตรอื่นๆ	6	20	6	20	
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบัน					
ไม่มี	9	30	5	16.7	.360
มีอย่างน้อย 1 อาการ	21	70	25	83.3	

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ การรับประทานยาชนิดอื่น การเปิดเผยผลเลือด สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 แสดงผลการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมและรายด้านก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	0-38	11-36	26.9	7.1	1.97	.054
กลุ่มทดลอง	0-38	11-37	30.2	5.6		
ความรู้รายด้าน						
- เกี่ยวกับโรคเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-13	2-13	9.9	2.6	1.96	.056
กลุ่มทดลอง	0-13	8-13	11.0	1.5		
- เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-12	0-11	7.9	2.9	1.19	.240
กลุ่มทดลอง	0-12	2-12	8.7	2.5		
- เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
กลุ่มควบคุม	0-13	1-13	9.0	3.1	1.80	.076
กลุ่มทดลอง	0-13	3-13	10.4	2.7		

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมและรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และด้านเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม 26.9 คะแนน กลุ่มทดลองมี 30.2 คะแนน ส่วนความรู้ด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ กลุ่มควบคุมมี 9.9 คะแนน กลุ่มทดลองมี 11.0 คะแนน ด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มควบคุมมี 7.9 คะแนน กลุ่มทดลองมี 8.7 คะแนน และด้านเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยากกลุ่มควบคุมมี 9.0 คะแนน กลุ่มทดลองมี 10.4 คะแนน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้าน
ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติ

Independent t-test						
ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความเชื่อสุขภาพในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	28-140	84-130	106.8	10.3	1.76	.084
กลุ่มทดลอง	28-140	92-127	111.9	12.1		
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน						
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	14-25	20.5	2.6	57.99	.070
กลุ่มทดลอง	5-25	17-25	21.8	2.6		
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	15-25	19.9	3.1	.95	.348
กลุ่มทดลอง	5-25	16-25	20.5	1.9		
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	8-40	27-40	33.1	3.6	57.93	.079
กลุ่มทดลอง	8-40	29-40	34.8	3.7		
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	10-50	16-48	33.3	6.5	.14	.890
กลุ่มทดลอง	10-50	19-41	33.1	6.5		

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มควบคุมมีความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม 106.8 คะแนน และกลุ่มทดลองมี 111.9 คะแนน

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ

Independent t-test (N = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Range	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	50-94	86.9	9.8	.49	.624
กลุ่มทดลอง	30	43-94	85.6	11.68		

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่ากลุ่มทดลอง คือ 86.9 คะแนน และ 85.6 คะแนนตามลำดับ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ของกลุ่มควบคุม (n = 30) ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม						
ก่อนทดลอง	0-38	11-36	26.9	7.1	2.30	.029
หลังทดลอง	0-38	16-37	28.1	6.6		
ความรู้รายด้าน						
- เกี่ยวกับโรคเอดส์						
ก่อนทดลอง	0-13	2-13	9.9	2.6	.70	.489
หลังทดลอง	0-13	4-13	10.1	2.6		
- เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส						
ก่อนทดลอง	0-12	0-11	7.9	2.9	2.18	.037
หลังทดลอง	0-12	3-11	8.7	2.3		
- เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
ก่อนทดลอง	0-13	1-13	9.0	3.1	1.39	.174
หลังทดลอง	0-13	2-13	9.3	3.0		

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนทดลองกับหลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม ก่อนทดลอง = 26.9 คะแนน หลังทดลอง = 28.1 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส ก่อนทดลอง = 7.9 คะแนน หลังทดลอง = 8.7 คะแนน

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ และเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ ก่อนทดลอง = 9.9 คะแนน หลังทดลอง = 10.1 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาก่อนทดลอง = 9.0 คะแนน หลังทดลอง = 9.3 คะแนน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ของกลุ่มทดลอง (n = 30) ระหว่างก่อนทดลองกับหลัง
ทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ในภาพรวม						
ก่อนทดลอง	0-38	17-37	30.2	5.6	7.47	.000
หลังทดลอง	0-38	31-38	35.9	1.8		
ความรู้รายด้าน						
- เกี่ยวกับโรคเอดส์						
ก่อนทดลอง	0-13	8-13	11.0	1.5	7.53	.000
หลังทดลอง	0-13	11-13	12.7	0.5		
- เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส						
ก่อนทดลอง	0-12	2-12	8.7	2.5	6.19	.000
หลังทดลอง	0-12	9-12	11.0	0.9		
- เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
ก่อนทดลอง	0-13	3-13	10.4	2.7	4.47	.000
หลังทดลอง	0-13	10-13	12.2	0.9		

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนทดลองกับหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และด้านเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมก่อนทดลอง = 30.2 คะแนน หลังทดลอง = 35.9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ ก่อนทดลอง = 11.0 คะแนน หลังทดลอง = 12.7 คะแนน ด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลอง = 8.7 คะแนน หลังทดลอง = 11.0 คะแนน และด้านเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ก่อนทดลอง = 10.4 คะแนน หลังทดลอง = 12.2 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส ระหว่างก่อนทดลองกับหลัง

ทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p = .000$) ($t = 2.87, p = .006$) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุม ($n = 30$) ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การเปรียบเทียบ Paired t-test						
ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม						
ก่อนทดลอง	28-140	84-130	106.8	10.3	.21	.839
หลังทดลอง	28-140	84-128	107.1	9.9		
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน						
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	5-25	14-25	20.5	2.6	.09	.926
หลังทดลอง	5-25	14-25	20.6	2.7		
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	5-25	15-25	19.9	3.1	.27	.790
หลังทดลอง	5-25	15-25	19.8	2.9		
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	8-40	27-40	33.1	3.6	.40	.689
หลังทดลอง	8-40	26-40	33.2	3.8		
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	10-50	16-48	33.3	6.5	.23	.822
หลังทดลอง	10-50	14-46	33.5	7.1		

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมและความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก่อนทดลองกับหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน
ของกลุ่มทดลอง (n = 30) ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม						
ก่อนทดลอง	28-140	92-127	111.2	11.4	7.37	.000
หลังทดลอง	28-140	108-137	121.4	7.9		
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน						
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	5-25	17-25	21.8	2.6	4.19	.000
หลังทดลอง	5-25	19-25	22.9	1.9		
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	5-25	16-25	20.5	1.9	6.29	.000
หลังทดลอง	5-25	19-25	22.9	2.0		
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	8-40	29-40	34.8	3.7	3.77	.000
หลังทดลอง	8-40	30-40	36.1	3.2		
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
ก่อนทดลอง	10-50	19-41	33.1	6.5	5.43	.000
หลังทดลอง	10-50	32-50	39.5	3.7		

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม และความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก่อนทดลองกับหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ของกลุ่มควบคุม ($n = 30$) และกลุ่มทดลอง ($n = 30$) ระหว่างก่อนทดลอง กับหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

กลุ่ม/การวัด	ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์			Paired t-test	p-value
	Range	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	50-94	86.9	9.8	2.35	.026
หลังทดลอง	69-97	89.8	5.6		
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	43-94	85.6	11.6	5.44	.000
หลังทดลอง	90-100	97.1	3.3		

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า มีมากกว่าการเปลี่ยนแปลง ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.5, p = .001$)

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
ทั้งในภาพรวมและรายด้าน หลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ

Independent t-test						
ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์						
และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	0-38	16-37	28.1	6.6	6.04	.000
กลุ่มทดลอง	0-38	31-38	35.9	1.8		
ความรู้รายด้าน						
- เกี่ยวกับโรคเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-13	4-13	10.1	2.6	5.43	.000
กลุ่มทดลอง	0-13	11-13	12.7	0.5		
- เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-12	3-11	8.7	2.3	5.23	.000
กลุ่มทดลอง	0-12	9-12	11	0.9		
- เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
กลุ่มควบคุม	0-13	2-13	9.3	3.0	5.08	.000
กลุ่มทดลอง	0-13	10-13	12.2	0.9		

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน หลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน
หลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	28-140	84-128	107.1	9.9	55.23	.000
กลุ่มทดลอง	28-140	108-137	121.4	7.9		
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน						
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	14-25	20.6	2.8	52.82	.000
กลุ่มทดลอง	5-25	19-25	22.9	1.9		
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	15-25	19.8	2.9	51.78	.000
กลุ่มทดลอง	5-25	19-25	22.9	2.0		
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	8-40	26-40	32.2	3.8	56.63	.002
กลุ่มทดลอง	8-40	30-40	36.1	3.2		
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	10-50	14-46	33.5	7.1	43.39	.000
กลุ่มทดลอง	10-50	32-50	39.5	3.7		

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลังทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ

Independent t-test (N = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Range	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	69-97	89.8	5.6	6.08	.000
กลุ่มทดลอง	30	90-100	97.1	3.3		

จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 97.1 คะแนน และ 89.8 คะแนน ตามลำดับ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test design with a comparison group) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ 2) เปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในบทนี้จะเป็นการอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการทดสอบสมมติฐาน
3. บริบทของการให้การศึกษาและวิถีชีวิตของผู้รับการศึกษาคือความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย 39.65 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2550 ของสำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 20-39 ปี (www.epid.moph.go.th) และสอดคล้องกับการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 77 และมีอายุระหว่าง 35-44 ปีมากที่สุด

(San Francisco AIDS Foundation, 2007)

จากข้อมูลด้านเพศ และอายุดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในด้านต่างๆ รวมทั้งยังเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลครอบครัว โดยเฉพาะเพศชายที่ส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งถ้าบุคคลเหล่านี้มีความรู้ ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถทำงานและช่วยกันพัฒนาประเทศชาติได้ต่อไป

นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 46.7 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงยังไม่ได้แต่งงาน และการเป็นโสดอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามได้หลายคน ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีอันดับหนึ่งของประเทศไทย (ร้อยละ 83.88) (www.epid.moph.go.th) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาตามเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐาน คือ 9-12 ปี (ร้อยละ 63.3) และส่วนใหญ่มีงานทำ โดยมีอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (www.epid.moph.go.th) และการศึกษาของรวิวรรณ พงศ์พุทธานติ (Phonphuthachat, 2005) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีงานทำ และพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 61.7) มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ มีถึงร้อยละ 30 เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ มีต้องจ่ายเองบางส่วน 3 ราย (ร้อยละ 5) และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมดถึง 15 ราย (ร้อยละ 25) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ จันทระทำจัน (2548) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ถึงร้อยละ 47.5 ที่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ สาเหตุนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย และบางครั้งมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะหากหยุดงานจะทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong et al., (2006) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา และการเดินทางมายังโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่สำคัญของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

สำหรับการเปิดเผยผลเลือด พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเปิดเผยผลเลือด ซึ่งมักจะเป็นบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร ตุลาทอง (Tulathong, 2004) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปิดเผยผลเลือดมากถึงร้อยละ 94.1 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเปิดเผยผลเลือดหรือการเปิดเผยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นปัจจัยหนึ่งของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพราะถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ปิดบังการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตน เมื่อถึงเวลารับประทานยา ก็ไม่ต้องกลัวว่าจะมีบุคคลอื่นทราบว่าคุณกำลังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้รับประทานยาได้อย่างตรงเวลา อีกทั้งบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน อาจมีส่วนในการเตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาเมื่อถึงเวลารับประทานยา และยังเป็นแหล่งสนับสนุนในด้านอื่นๆ ที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านจิตใจ (Wong et al. 2006)

ในส่วนของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่เข้าด้านไวรัสเอดส์มานาน 45 เดือน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มานานกว่า 3 ปี ทำให้ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 1 อาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร์ ตูลาทอง (Tulathong, 2004) ที่พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 59.9 มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อย 1 อาการ ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสบการณ์การมีอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547; Ammassari et al., 2001; Bonolo et al., 2004; Simoni et al., 2002) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือไขมันผิดปกติ ได้แก่ การมีแก้มตอบ ไขมันใต้ผิวหนังของแขน ขาตลอด แต่มาพอกที่หน้าอก ต้นคอ และลงพุง ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยเฉพาะยา Stavudine (d4T) มาเป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2547, 2550)

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรขึ้นพื้นฐานข้างต้น พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ถึงแม้ว่าจะใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แต่ผู้วิจัยต้องการให้การศึกษานี้มีความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากผลการทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญทางสถิติ (Type I error) น้อยที่สุด (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) และได้ผลการวิจัยที่ตรงตามข้อเท็จจริง น่าเชื่อถือและมีความตรงทั้งภายในและภายนอกให้มากที่สุด ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อลดความลำเอียง และให้มีความเท่าเทียมกันในด้านตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล (Attribute Variables) ตั้งแต่ก่อนเริ่มให้การปรึกษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจึงมีลักษณะข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพียงอย่างเดียว ปราศจากอิทธิพลจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ

2. อภิปรายผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อ 1 คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากโปรแกรมการให้การศึกษา มีรูปแบบของการให้การศึกษาเป็นรายบุคคล เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ มีการประเมินระดับของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การศึกษา ตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของโพรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984)

เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ต้องเกิดจากการพร้อมและความเต็มใจที่จะปฏิบัติของตัวผู้ป่วยเอง และยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Ickovics & Meade, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะส่งผลดีอย่างไรกับตัวเองบ้าง เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยตัวเอง โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเต็มใจ (Bonnie, 2005; Catley et al., 2006; DiIorio, et al., 2003; Golin et al., 2006)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ยังทำให้การปรึกษาเป็นไปอย่างมีทิศทาง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจผลที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มองเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบัน คือ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ กับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ และเป็นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ (SMS) เมื่อผู้ป่วยได้ยิน ได้รับทราบประโยคดังกล่าวซ้ำๆ จะทำให้มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2548) สอดคล้องกับ

การศึกษาของแกนส์ (Gance, 2005) และ คาลิชแมน และคณะ (Kalichman, 2001) ที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อติดตามหลังให้การปรึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและระดับของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น และถึงแม้ว่าการศึกษาของไดลอเรีย และคณะ (Dilorio et al., 2003) จะพบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะไม่สามารถเพิ่มระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรึกษารู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับและต้องการที่จะรับการรักษาจากทีมสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้ การประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์และความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Baker, 1990) ลักษณะของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จากการประเมินด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มให้การปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนที่จะให้การปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้ และปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ตรงกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และยังทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละคนได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตกลงบริการ มีการบอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการให้การปรึกษา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การปรึกษา และกระทำการอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่พบกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น

การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในการวิจัยครั้งนี้ จะประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละคนจากการทำแบบสอบถามก่อนที่จะให้ความรู้ และใช้คำถามปลายเปิดตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระหว่างการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้ทั้งรายละเอียดของข้อมูล เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย การประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้การปรึกษา ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับลักษณะปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากมีแนวคิดว่าการที่ผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่รู้

(พิชัย แสงชาญชัย, 2549) แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อดี/ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การมีระดับของการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่เพิ่มมากขึ้นดังในผลการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทูดรา และคณะ (Tuldra et al., 2000) และ พราดิเยร์ และคณะ (Pradier et al., 2003) ที่พบว่า วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงลักษณะและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยสามารถเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้แผ่นพลิกประกอบการสอนเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ที่มีรูปภาพประกอบคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกการติดเชื้อเอชไอวี หน้าที่ของ CD4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผลของการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสแต่ละชนิด และข้อดีของการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเป็นสื่อการสอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ การทำหน้าที่ของ CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับการใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมและได้มาตรฐานประกอบการให้ความรู้ สามารถส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้มากขึ้น

(Flank et al., 2005; Joyce et al., 2003; Wong et al., 2006)

สำหรับประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในส่วนของการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านในผู้กลุ่มทดลองได้นั้น อภิปรายได้จากการที่ผู้วิจัยได้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านก่อนให้การปรึกษา และในระหว่างให้การพูดคุยให้การปรึกษา ก็จะประเมินความเชื่อในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไปด้วย โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยโดยการฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนคำพูด ความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยจะไม่แสดงความขัดแย้ง วิจารณ์หรือ คำหาผู้ป่วย นอกจากนี้ จะให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น จำนวนเชื้อไวรัสในร่างกาย จำนวน CD4 ของผู้ป่วย โดยเน้นข้อเท็จจริงไม่คำหา เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มองเห็นสถานการณ์ของความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ รู้สึกกังวลกับปัญหา และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้รับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ต่อไป สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ริกสบี (Rigsby, 2003) ที่ใช้วิธีการให้การปรึกษาร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลตรวจจำนวน HIV-RNA และ CD4 แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีทัศนคติต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ดีขึ้น และมีระดับของความต่อเนื่องสม่ำเสมอการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะมีการใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อดีของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงความสำเร็จในชีวิตเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการถามผู้ป่วยว่ามีใครคอยช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาบ้าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับความช่วยเหลือที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของอิกโควิก และ มีด (Ickovics & Meade, 2002) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จากการให้การปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีญาติผู้ดูแลคอยเตือนให้รับประทานยา และช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย การพามาตรวจตามนัด ผู้ป่วยรู้สึกดีที่มีผู้ดูแลคอยเตือนการรับประทานยา และรู้สึกว่าคุณต้องดูแลตัวเองให้ดี ผู้ดูแลจะได้ไม่เหนื่อย

นอกจากนี้ การมีอุปกรณ์ช่วยเตือนการรับประทานยา ก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งของแรงสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการวิจัยครั้งนี้ หากผู้ป่วยต้องการที่จะใช้สิ่งเตือนใจในการรับประทานยา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี/ข้อเสียของเครื่องช่วยเตือน หรือสิ่งเตือนใจในรูปแบบต่างๆแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีที่ช่วยไม่ให้รับประทานยาคลาดเคลื่อนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกัวจาร์ด และคณะ (Goujard et al., 2003) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา (Treatment Education Program: TEP) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 365 ราย ในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนเวลารับประทานยา (beeper pillbox) ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 57 ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 copies/ml และร้อยละ 46 รายงานว่ามีระดับของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

การประเมินการรับรู้ด้านอุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญ โดยจะให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิถีชีวิตของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องและเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการรับประทานยาของเขา จะทำให้เขามองเห็น

ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับตนเองได้ต่อไป และถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไข ปัญหาของเขาได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะไม่เสนอแนะวิธีแก้ปัญหาโดยตรง แต่จะให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อใน ความสามารถของตัวเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขปัญหา/อุปสรรคของ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้สำเร็จ

ในการทดลองครั้งนี้ นอกจากให้การรักษาแล้ว ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกการรับประทาน ยาแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปลงชื่อยา เวลาที่รับประทานยา และเหตุผลของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอในแต่ละครั้ง ในระหว่างการรับประทานยาที่บ้าน เนื่องจากหลังให้การรักษาผู้วิจัยไม่ สามารถติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกคนได้ การให้แบบบันทึกการรับประทานยา จึง เปรียบเสมือนผู้วิจัยได้คอยกระตุ้นเตือนใจให้ผู้ป่วยมีระเบียบวินัยในการรับประทานยาในระหว่างที่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่มั่นคงพอ จากการศึกษาของวอง และคณะ (Wong et al., 2006) พบว่า วิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ การบันทึก การรับประทานยา ไม่ว่าจะเป็นอยู่ในรูปแบบของตารางบันทึกการรับประทานยา ปฏิทินการ รับประทานยา หรือสมุดบันทึกการรับประทานยา เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อน ลับสนต่อการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องรับประทาน ยาครั้งละหลายเม็ด หรือวันละหลายเวลา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยความ ซื่อสัตย์เที่ยงตรง แม้ว่าจะไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้ทราบ สาเหตุ ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้นเมื่อกลับมาพบกับผู้วิจัยตามนัดอีกครั้ง ทำให้ปัญหาของการรับประทานยาได้รับการแก้ไข อย่างถูกต้องและยั่งยืน

เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ มีความเชื่อที่ถูกต้อง และมีวิธีการที่จะนำไปแก้ไขอุปสรรคของการ รับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยตนเองที่บ้านแล้ว อีกกลยุทธ์หนึ่งที่ทำให้โปรแกรมการให้ การรักษาคครั้งนี้ประสบความสำเร็จ คือ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพราะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วย ให้ผู้วิจัยได้ติดตามผลของการให้การปรึกษา การแก้ไขปัญหของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเสริมแรง สามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มิให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังที่จะต่อสู้กับปัญหา และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป จาก การศึกษาของไชอู และคณะ (Chiou et al., 2004) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้าน ไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นรายบุคคล ร่วมกับการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังการทดลองผู้เข้าร่วมการวิจัยมีระดับของความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความ ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของจูดีธ โนเบล ซาเฟรนและคณะ (Judith, 2005; Knobel, 1999 and Safren et al., 2001) ที่ใช้วิธีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และมีค่าเฉลี่ยของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น และเมื่อติดตามต่อหลังสิ้นสุดการให้การปรึกษา 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับของ CD4 เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของวิลเลียมส์ และคณะ (Williams et al., 1997) พบว่า การติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พึงพอใจ ส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

จะเห็นได้ว่า ในโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มีการประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มเข้าสู่โปรแกรม และให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลความรู้ ปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และให้ความสำคัญที่จะให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยคำนึงถึงแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยให้มากที่สุด จากการศึกษาของโนเบล (Knobel, 1999) และโฮลสเมอร์ และคณะ (Holzemer et al., 2006) ที่ใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า กลุ่มทดลองรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับตัวเอง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง มีการให้กำลังใจ เสริมแรงเมื่อผู้ป่วยเลือกทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพราะการเสริมแรงที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (Holzemer et al., 2006; Tuldra et al., 2000) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า 4 สัปดาห์หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ก่อนทดลองกับหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนในความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ และด้านผลข้างเคียงของยาและ

การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองนั้น อภิปรายได้ว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมได้ทำแบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Visual Analog Scale) ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมได้ประเมินตนเอง และสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเอง ซึ่งอาจมีผลให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น จึงใส่ใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น ส่วนการได้ทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์นั้นจะทำให้ได้ความรู้จากข้อคำถามในแบบสอบถาม และเกิดความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง หรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในส่วนที่คิดว่าตนยังไม่รู้หรือไม่แน่ใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเมื่อทำแบบประเมินและแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง ซึ่งในทางระเบียบวิธีการวิจัย เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “ผลจากการทดสอบ” (Testing Effect) (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547)

นอกจากนี้แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร ที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นสถาบันที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการด้านโรคติดต่อทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ บุคลากรของสถาบันมีการค้นคว้าวิจัยองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง สามารถให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ มีระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p = .000$) และ

($t = 2.87, p = .006$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.57, p = .001$)

สมมติฐานข้อ 2 คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านด้านหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านด้านหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 แสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้กับกลุ่มทดลอง สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ดีกว่าการให้การดูแลแบบปกติในกลุ่มควบคุม เพราะบางครั้งการดูแลปกติ แม้ว่าจะมีการสอนหรือให้ข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก และมีจำนวนของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง การให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อน จึงใช้เนื้อหาการสอนเหมือนกันกับผู้ป่วยทุกราย เนื้อหาส่วนใหญ่มักจะเป็นภาพรวม และมักจะทำให้ความรู้เป็นกลุ่ม มีการสื่อสารแบบทางเดียวเพื่อความสะดวกในการดูแล ทำให้การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ข้อมูลบางส่วนอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทราบแล้ว จึงไม่สนใจที่จะรับฟัง หรือในบางครั้งมีการใช้เนื้อหาที่เข้าใจยากและมีรายละเอียดมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่สนใจที่จะรับฟังข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ในความเป็นจริงเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะไม่ได้คำนึงถึงถึงปัจจัยดังกล่าว โดยมุ่งที่จะสอนหรือให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการนั้น มีที่มาภูมิหลังแตกต่างกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคมที่แตกต่างกันทั้งทางด้านความคิด ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลให้มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน การให้ข้อมูลความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของไซ และคณะ (Tsai et al., 2002) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะประเมินความเชื่อได้ไม่ตรงกับความเชื่อที่แท้จริงของผู้ป่วย และมองว่าปัญหาต่างๆที่

เกิดขึ้น เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ไม่มีการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพราะไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

นอกจากนี้ในโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่กลุ่มทดลองได้รับ ยังมีแบบบันทึกการรับประทานยา ที่เปรียบเสมือนตัวแทนของผู้วิจัยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระเบียบวินัยในการรับประทานยา ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา และมีการติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยจากการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งในขณะการดูแลแบบปกติ จะให้ดูแลเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น และมีการนำระบบการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้ในปัจจุบันยังมีค่อนข้างน้อย

ดังนั้นก่อนที่จะมีการให้ความรู้ หรือคำแนะนำในเรื่องต่างๆ นอกจากต้องประเมินความรู้ของผู้ป่วยแล้ว บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลด้วย แม้ว่าจะเป็นการเพิ่มภาระในการให้บริการ แต่จะทำให้เข้าใจเหตุผลและอุปสรรคของการที่รับประทานยาได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ตระหนักเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

3. บริบทของการให้การปรึกษาและวิถีชีวิตของผู้ป่วยต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในการวิจัยครั้งนี้ ได้สร้างขึ้นโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1991) เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาตามระยะการเปลี่ยนแปลง(Stage of Change) ของแต่ละบุคคล ดังในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของโปรชาสกา และ ไดคิเมนต (Prochaska & Diclemente, 1984) สำหรับขั้นตอนของการให้การปรึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การปรึกษา (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546)

ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้การปรึกษา จะมีการสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และไว้วางใจที่จะบอกเล่าข้อมูล เข้าใจขั้นตอนและให้ความ

ร่วมมือในการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การปรึกษาสัมฤทธิ์ผล (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546; Whillock et al., 2002) หลังจากการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที จะเข้าสู่ขั้นตอนการสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา โดยจะเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามแบบแผนของแต่ละคน และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น

“คุณรู้สึกอย่างไรกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของคุณ”

เพื่อประเมินความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละคนที่เข้ารับการปรึกษาอยู่ในระยะใดตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะลังเลใจ (Contemplation) คือ ระยะที่ผู้ป่วยยอมรับและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ยังไม่รู้สึกว่าจะต้องรีบแก้ไขปัญห หรือลังเลไม่มั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขปัญหได้ รองลงมา คือ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ผู้ป่วยในระยะนี้จะไม่รู้สึกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของตนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข (Prochaska & Diclemente, 1984)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะทั้ง 2 ดังกล่าว ผู้ให้การปรึกษาควรให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา รู้สึกกังวลกับปัญหาของตนเอง(ในผู้ป่วยระยะเพิกเฉย) และลดความลังเลใจ เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ในผู้ป่วยระยะลังเลใจ) (พิชัย แสงชาญชัย, 2549; Prochaska & Diclemente, 1984) ดังนั้นเพื่อที่จะทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ และผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จากการทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ที่ให้ทำก่อนเริ่มให้การปรึกษา และสำรวจความรู้เพิ่มเติมในระหว่างการให้การปรึกษาอีกครั้ง เช่น ความหมายและความสำคัญของ CD4 จำนวนไวรัสในร่างกาย(viral load) ถ้าพบว่ามีค่าผิดปกติ ผู้วิจัยจะไม่ตำหนิ แต่จะให้ข้อมูลชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด และแสดงความเข้าใจความรู้สึก โดยไม่แสดงความขัดแย้งกับผู้ป่วย

เช่นในผู้ป่วยรายหนึ่ง ที่ประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระยะเพิกเฉย

(Precontemplation) เนื่องจากผู้ป่วยจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามเวลาการรับประทานอาหารเช้าและเย็น ทำให้ไม่ได้รับประทานยาในแต่ละมื้อห่างกัน 12 ชั่วโมงตามแผนการรักษา

“เป็นโรคกระเพาะอยู่แล้ว กลัวว่ายาจะกัดกระเพาะ จะกินยาหลังอาหารเข้ากับเย็นทันที มีอ
เข่าก็ปวดเมื่อยบ้าง แก้วเมี่ยงบ้าง ตอนเย็นส่วนใหญ่จะห้าโมงบางทีก็สองทุ่มเพราะต้องรอสามีด้วย”

จากการพูดคุยผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะต้องรับประทานยาห่างกัน 12 ชั่วโมง จึงไม่รู้สึกรว่า
การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเป็นปัญหา ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา
ต้านไวรัสเอดส์ที่ถูกต้องเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยรายนี้ ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยแจ้งผลตรวจ CD4
ของผู้ป่วยครั้งล่าสุดซึ่งมีค่าค่อนข้างต่ำ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือ 193 cumm^3
เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสัมพันธ์ของการรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลา ต่อเนื่อง
สม่ำเสมอกับระดับ CD4 สอดคล้องกับการศึกษาของริกสบี้ (Rigsby, 2003) ที่ใช้วิธีการให้การ
ปรึกษาร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับแจ้งผลตรวจจำนวน HIV-RNA และ CD4 แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีระดับของการความต่อเนื่องสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลังเลใจ (Contemplation) ก็ยอมรับว่าการรับประทานยาต้าน
ไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของตนเป็นปัญหา แต่ยังลังเลใจเกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
หากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่พร้อมและไม่มั่นใจว่าตนเองจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
เช่น ในผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีอาชีพขายเสื้อผ้า จะต้องเดินทางไปขายของตามตลาดนัดในที่ต่างๆ เป็น
ประจำ กล่าวว่า

“บางครั้งเมื่อถึงเวลากินยา ก็มีลูกค้าเข้ามาในร้านมาก ก็ต้องขายของก่อน และไม่กล้าที่จะ
กินยาต่อหน้าคนอื่น ต้องแอบไปกินยาหลังร้าน ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา”

จากการพูดคุย ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา
แต่ไม่ทราบว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างไร ผู้วิจัยจึงให้การปรึกษา โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณา
ถึงข้อดี/ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สำนวณเป้าหมายหรือสิ่งที่มี
ความหมายในชีวิต เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น และใน
การให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการสรุปความเป็นระยะๆ เพื่อสำรวจความถูกต้องของข้อมูล
และเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้สำรวจถึง
ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง มีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถข้ามผ่านระยะลังเลใจแล้ว จะเข้าสู่ระยะตัดสินใจ
(Determination) โดยการประเมินจากท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงถึงความมั่นใจ มีการกล่าวประโยค
ที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ เช่น ในรายที่ขายเสื้อผ้า หลังจากได้ให้การปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ได้พูดว่า

“คงต้องพยายามดูแลตัวเองให้ดี ไม่งั้นจะไม่มีใครอยู่กับลูก”

ในระยะตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 3 ของการให้การปรึกษา(การวางแผนแก้ปัญหา) ผู้ป่วยจะมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังไม่ทราบว่าเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวประโยคคำพูดที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจของตนเองออกมา ให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่ช่วยให้รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างอิสระ ไม่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยหรือบอกวิธีแก้ปัญหาโดยตรง แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางเลือกต่างๆด้วยตนเอง โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ ซึ่งจะพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องใด เพื่อที่จะได้ให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ทราบว่าไม่ควรดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น ในผู้ป่วยรายหนึ่งรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ผล CD4 ในการตรวจทุก 6 เดือนค่อนข้างคงที่ ครั้งล่าสุดตรวจได้ 236 cumm³ ผู้ป่วยบอกว่า

“ผมก็กินยาตรงเวลาทุกครั้ง แต่ทำไมผล CD4 ไม่ดีขึ้นเลย”

ในกรณีนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับผลของการดื่มสุราต่อการดูดซึมยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มเติม และเกิดความรู้สึกตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุราต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่ตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาของตนเองโดยปรับเปลี่ยนเวลาการรับประทานยาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตมากยิ่งขึ้น แต่รู้สึกไม่มีความเชื่อมั่นกับอาการข้างเคียงของยา กล่าวว่า

“พอกินยาแล้วรู้สึกว่แก้มตอบ ผิวดำคล้ำ ไม่รู้ว่ากินไปนานๆ จะเป็นมากกว่านี้หรือเปล่า ”

ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจและบอกว่าไม่ใช่อาการข้างเคียงที่รุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่าอาการดังกล่าวได้ เช่น การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเกิดเชื้อดื้อยาที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกังวลและมีกำลังใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

นอกจากนี้ยังพบว่า อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งจากการให้การปรึกษา คือ ผู้ป่วยหลายรายไม่กล้าที่จะรับประทานยาต่อหน้าผู้อื่นหรือในที่ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของจอยส์ และคณะ (Joyce et al., 2003) ที่พบว่า การไม่เปิดเผยผลเลือดกับบุคคลอื่นเพราะกลัวว่าจะเป็นตราบาป กลัวตกงาน เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

“ไม่ได้บอกที่ทำงานว่าติดเชื้อ เพราะกลัวว่าจะถูกรังเกียจ และตกงาน เวลากินยาแต่ละครั้งจึงต้องหลบๆซ่อนๆ ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา”

หลังจากได้รับการปรึกษา ผู้ป่วยต้องการที่จะปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต คือ จะเลือกรับประทานยาในช่วงเวลาที่อยู่ที่บ้านเท่านั้น และเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์วันละ 2 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง หากมีการปรับเปลี่ยนเวลา ผู้วิจัยจะเน้นย้ำถึงเวลาการรับประทานยาต้องตรงเวลา ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะตัดสินใจ ผู้วิจัยจะมีการประเมินและแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น

“อะไรจะเป็นตัวช่วย หากคุณคิดจะกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะญาติผู้ดูแลเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทั้งในด้านจิตใจและการช่วยเตือนให้รับประทานยา และมีบางรายที่เลือกใช้อุปกรณ์ในการช่วยเตือนเวลารับประทานยา มีผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า

“ปกติจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่บ้าน แต่มีบางครั้งที่ต้องออกไปทำธุระแล้วกลับมาไม่ทันเวลารับประทานยา ก็จะกินยาได้ไม่ตรงเวลา”

หลังจากให้การปรึกษา ผู้ป่วยรายนี้เลือกที่จะแก้ปัญหาโดยการจดยาสารองไว้ในกล่องเก็บยาและใส่ไว้ในกระเป๋าคือ เพื่อป้องกันการขาดยาเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน

หลังจากผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหาก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเข้าสู่ **ระยะลงมือปฏิบัติ (Action)** โดยผู้ป่วยจะกลับไปปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 2 หลังให้การปรึกษา จะมีการโทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง และจะต้องได้รับการเสริมแรงในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป เวลาที่ใช้ในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 15 นาที/คน และผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี มีการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า

“นอนหลับเลยเวลากินยาไปประมาณ 30 นาที จะเป็นอะไรไหมคะ”

ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับยาในเลือด และเหตุผลที่ต้องรับประทานยาให้ตรงเวลา ต่อเนื่องและสม่ำเสมออีกครั้ง

สำหรับในรายที่สามารถปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ได้สำเร็จ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า

“พอเปลี่ยนมากินยาที่บ้าน ไม่ต้องกังวลว่าใครจะมาเห็น ทำให้กินยาได้ตรงเวลาทุกครั้ง”

ในกรณีนี้ ผู้วิจัยจะกล่าวชมเชย ให้ผู้ป่วยมองเห็นความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้สำเร็จ เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป และในรายที่รับประทาน

ขาดตรงเวลา แต่ดื่มสุราเป็นประจำทำให้ผล CD4 ก่อนข้างคงที่ เมื่อกลับมาพบกับผู้วิจัยหลังจากได้รับการรักษาไป 1 เดือน ผู้ป่วยบอกว่า

“หลังจากได้รับการรักษา ดื่มสุราลดลงมาก แต่มีบางครั้งก็อดใจไม่ไหว”

ผู้วิจัยจึงกล่าวชื่นชมในความพยายามที่จะเลิกดื่มสุรา และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรายนี้เลิกดื่มสุราให้สำเร็จต่อไป เพื่อที่จะได้มีสุขภาพแข็งแรงมากยิ่งขึ้น

หลังจากผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตามแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้นเป็นเวลา 1 เดือน และกลับมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและพบกับผู้วิจัยเพื่อยุติการให้การรักษา ในขั้นตอนนี้จะมีการสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลงว่ารับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจะกล่าวแสดงความชื่นชม เพื่อเป็นการเสริมแรง และถ้าผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ เช่น สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ผู้วิจัยจะกล่าวส่งเสริมความมั่นใจ (Affirmation) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป ซึ่งในภาพรวมพบว่าเมื่อสรุปผลของการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป ผู้วิจัยจึงได้กล่าวชื่นชมและยินดี เพื่อเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเข้าสู่ระยะคงสภาพ (Maintenance) คือ สามารถคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องสม่ำเสมอการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างยั่งยืนนานมากกว่า 6 เดือน

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้การรักษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเชื้อดื้อยา โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และอุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผ่านกระบวนการให้การรักษาที่ผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีขั้นตอนตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังในกรอบแนวคิดการวิจัย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้การรักษาที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเอง ร่วมกับการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้การรักษา ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้การรักษาได้อย่าง

มั่นใจ มีการสร้างสัมพันธภาพ เน้นการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้รับการปรึกษามากที่สุด มีการทวนความ ตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับตามข้อเท็จจริง เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ การเกิดเชื้อดื้อยา จำนวน CD4 และเชื้อไวรัส ในกระแสเลือดเพื่อให้ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา มีการสรุปความเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกันกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ผิด หรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง จะไม่ตำหนิ หลีกเลี่ยงการขัดแย้ง แต่จะแสดงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ให้กำลังใจและเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยกล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความแน่วแน่ที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และถึงแม้ผู้วิจัยจะไม่สามารถให้การปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่การให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาทุกวันเป็นระยะเวลา 1 เดือน และติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ในช่วง 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษา ทำให้ระหว่างการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ

เทคนิคการให้การปรึกษาดังกล่าวจะทำให้ผู้รับการปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ให้ความร่วมมือในการวิจัย มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เชื่อในความสามารถของตนเอง สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนและวิธีการที่จะนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหา/อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่พวกเขาเผชิญก่อนที่จะได้รับการปรึกษา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ได้เกิดจากการบังคับ แต่เกิดจากความพร้อมและเต็มใจที่จะปฏิบัติของตัวผู้ป่วย ทำให้สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีสุขภาพที่ดีตามมา

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test design with a comparison group) มุ่งศึกษาผลของของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550

ในบทนี้จะนำเสนอสรุปผลการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และข้อเสนอแนะ สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ และสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบทบาท ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ(เดือน) การเปิดเผยผลเลือด การรับประทายาชนิดอื่น ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์(เดือน) สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์

2.1 ก่อนทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 หลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่ามีมากกว่าการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.57, p = .001$)

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์

3.1 ก่อนทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 หลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้านมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และรายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และรายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p = .000$) และ ($t = 2.87, p = .006$) ตามลำดับ

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ

4.1 ก่อนทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 หลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้ ติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามการคงสภาพของต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยได้ เพราะการคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายความว่า ผู้ป่วยต้องมีการคงสภาพของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ดังนั้น การให้การศึกษาในขั้นตอนสุดท้าย คือ ขั้นตอนที่ 4 การยุติการศึกษา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เช่น การกลับไปดื่มสุรา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงระยะยาวจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้น และประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยแสดงความไม่แน่ใจว่าจะสามารถแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจ เพื่อให้มองเห็นความสำเร็จของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น การพูดถึงวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของชีวิต ข้อดีของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเสริมแรงให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะคงสภาพของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของการให้การศึกษาในด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 และจำนวน viral load

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อให้รับประทายาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีอายุยืนยาวขึ้น ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละคนก่อน เพื่อนำมาวิเคราะห์ความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้รับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ต้องประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลก่อนที่จะให้คำแนะนำหรือปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ถูกต้อง ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจและค้นหาแหล่งสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับสถานภาพและบริบทของผู้ป่วย

ทั้งนี้พยาบาลควรมีการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในมิติต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์หรือวิธีการอื่นๆ และการฟื้นฟูสุขภาพหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างเหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ เพราะในปัจจุบันวิทยาการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความก้าวหน้า และมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล

2.1 สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการให้การพยาบาล และวิธีการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษาในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การตรวจเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี การบอกผลเลือด และกลยุทธ์ในการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ อันจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทาง และทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์

สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษา เรื่องยาหรือพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ มากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่กำลังตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือมีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่สถานบริการอื่นๆ
2. ควรมีการติดตามผลของการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามการคงสภาพของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ควรมีการประยุกต์รูปแบบของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น และควรมีการประเมินแรงจูงใจโดยใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น แบบสอบถาม หรือแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ได้ผลเป็นเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น
4. ในการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายา ควรใช้เครื่องมือในการประเมินหลายวิธีร่วมกัน เช่น การนับจำนวนเม็ดยา การให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Visual Analog Scale) เพื่อให้ผลการประเมินใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด และควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น จำนวน CD4 ปริมาณ HIV-RNA ควบคู่ไปกับเครื่องมือ Visual Analog Scale เพื่อให้เห็นผลของการวิจัยที่เป็นเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น

ผลของการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ร้อยโทหญิง องค์กร ประจันเขตต์ 4836271 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, DNS. (Primary care),
พิชัย แสงชาญชัย, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นโรคเรื้อรังและสามารถติดต่อแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว มีระยะปลอดอาการหลายปี จนกระทั่งภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลงจึงเริ่มปรากฏอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส เชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ทำให้เกิดอาการผิดปกติมากมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 307,114 คน และมีผู้เสียชีวิต 85,459 คน (www.epid.moph.go.th/epi32_aids.html) ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำเป็นต้องได้รับการทางการแพทย์ที่เหมาะสมทั้งการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและไม่เกิดเชื้อดื้อยา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดำเนินโรคเอดส์ช้าลง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มียาค่าครึ่งชีวิตสั้นและต้องรับประทานบ่อยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอแม้แต่การขาดยาเพียง 1 ครั้ง ก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เกิดการดื้อยาได้ง่ายด้วย ซึ่งการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์นี้ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียไปสู่ผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดื้อยาก็คงรักษาด้วยยาสูตรนั้นๆ ไม่ได้ผลไปด้วย

ทำให้มีความยุ่งยากในการรับประทานและมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้นด้วย (Little et al., 2002) ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว

จากการศึกษาของแพทเทอร์สัน และคณะ (Paterson et al., 2000) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 95 ขึ้นไปของยาที่รับประทานตามแผนการรักษามีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่การศึกษาด้านการปฏิบัติการณ์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้นที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ สามารถลดปริมาณไวรัสได้ต่ำที่สุดและนานที่สุด (Maher et al., 2001)

สำหรับการศึกษาด้านการปฏิบัติการณ์ของอัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของประเทศไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 ใน จ.นนทบุรี มีร้อยละ 80 ภาคใต้มีร้อยละ 83 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ 53)

(สุกรินทร์ หาญวงศ์, 2548; Tulathong, 2004) และ การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 88 รายจาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังคงมีอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ถึงร้อยละ 48 ที่ดื้อยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่ม NRTIs (Jenwitheesuk et al., 2003; Sutthent et al., 2005)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยังคงต้องมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีนักวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการให้ความรู้โดยเภสัชกรและพยาบาล การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในรูปแบบการให้การศึกษา (จันทน์ จันทราทำจัน, 2548; Hirandit, 2001; Phonphutachat, 2005) แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมและต้องเกิดการจากพร้อมและการมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตัวของผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Ickovics & Meade, 2002) ดังนั้นการแก้ไขปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่ถูกต้องและได้ผลอย่างยั่งยืนนั้น ต้องมีการประเมินปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาตามความพร้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละคน

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์มีการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามความพร้อมและความเต็มใจ ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ที่สร้างขึ้นโดยมิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) โดยอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ โปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ซึ่งจากการศึกษาของโปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลจะมีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change model) อย่างมีขั้นตอน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมั่นคงจึงต้องเกิดจากความพร้อมและการมีแรงจูงใจของบุคคล ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีขั้นตอนดังกล่าว มักนำมาใช้ในรูปแบบของการให้การปรึกษา ดังนั้นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์รับประทายาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและยั่งยืนในการวิจัยครั้งนี้คือ การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

นอกจากการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาผลของการให้การปรึกษาต่อความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์ด้วย เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Ickovics & Meade, 2002; Kalishman et al., 2005; Trasher et al., 2004) และเพื่อให้การปรึกษามีกระบวนการและลำดับขั้นตอนเพื่อความสะดวกต่อการนำไปใช้ ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มาใช้ในการให้การปรึกษารั้งนี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์ มีแรงจูงใจในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง ด้วยความพร้อมและด้วยความเต็มใจ สามารถรับประทายาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างยั่งยืนถาวร ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีให้การปรึกษา โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Miller & Rollnick, 1991) มาเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของโปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นประกอบด้วย 5 ระยะของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ระยะลังเลใจ

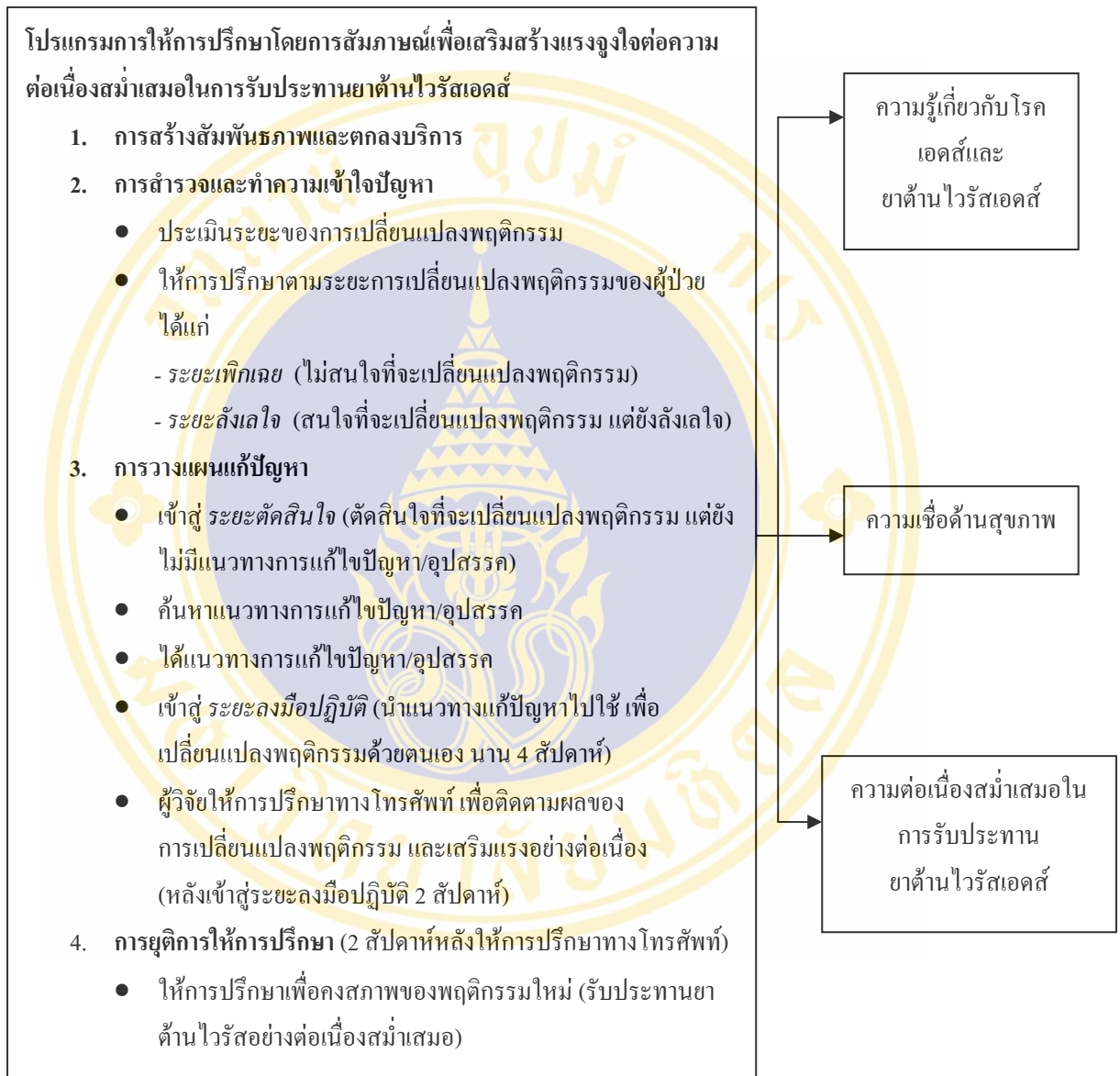
(Contemplation) ระยะตัดสินใจ (Determination) ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งในแต่ละระยะบุคคลจะมีความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมาแตกต่างกัน ถ้าพยาบาลเข้าใจระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างเหมาะสมและด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยต่อไป

ดังนั้นเพื่อให้การปรึกษาครั้งนี้มีลำดับขั้นตอนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการให้การปรึกษา โดยนำขั้นตอนการให้การปรึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) มาใช้ในกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการให้การปรึกษาทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวมาปรับให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

โดยก่อนให้การปรึกษาผู้วิจัยจะมีการสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา และเกิดความไว้วางใจ เมื่อเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษา ผู้วิจัยจะประเมินและให้การปรึกษามตามระยะการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน และเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ระยะตัดสินใจ) และมีการแนวทางการแก้ปัญหา/อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอไปปฏิบัติที่บ้านซึ่งจะมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ระยะลงมือปฏิบัติ) ในระยะลงมือปฏิบัตินี้ผู้ป่วยยังคงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่ยังไม่มั่นคงเพียงพอ ดังนั้น 2 สัปดาห์หลังเข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงมีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา และเสริมแรงให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ต่อไป และเพื่อนัดหมายกับผู้รับการปรึกษามาพบกับผู้วิจัยอีกครั้ง ซึ่งจะเป็นวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ในการพบกันอีกครั้งนี้ จะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายของการให้การปรึกษา คือ การยุติการปรึกษา

ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถให้การปรึกษาได้เพียงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 4 คือ ระยะลงมือปฏิบัติเท่านั้น แต่ไม่สามารถติดตามให้การปรึกษาในระยะที่ 5 ระยะสุดท้ายของการเปลี่ยนแปลง คือ ระยะคงสภาพได้เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้รับการปรึกษาต้องมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่

เปลี่ยนแปลงใหม่นานมากกว่า 6 เดือน ดังนั้นในขั้นตอนการยุติการปรึกษา ผู้วิจัยจึงเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลงไว้ซึ่งการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอให้ได้ตลอดไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสมำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองในภายหลังสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2550

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องอายุระหว่าง 20-59 ปี รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 เดือนและมารักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สมำเสมอในระดับต่ำกว่าร้อยละ 95 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด คือ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 22 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสมำเสมอในการกินยา (Visual Analog Scale: VAS) ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2546) โดยประเมินความสมำเสมอในการกินยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยถามผู้ป่วยว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาสมำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ป่วยขีด

เครื่องมือแบบเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) ซึ่งหมายถึงไม่เคยรับประทานยาตามแผนการรักษาเลย 100 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) ซึ่งหมายถึงการรับประทานยาตรงเวลา ครบเม็ด ต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกครั้ง โดยไม่เคยขาดยาแม้แต่ครั้งเดียว วอลซ์ และคณะ (Walsh et al., 2002) ได้นำแบบประเมินรูปแบบนี้ (VAS) ไปใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวน viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ วิลเลียมส์ (2547) ที่นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวน viral load อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์ จำนวน 38 ข้อ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคจำนวน 13 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ 12 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 13 ข้อ ซึ่งถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลประจำคณะพยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่ทำหน้าที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เฉพาะทาง 2 ท่าน โดยไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัส HAART จำนวน 48 ราย และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 19 ราย รวมทั้งสิ้น 67 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำราศนราดูร มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาตามรายด้านและในภาพรวม ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ .73 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ .68 ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ .79 และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 28 ข้อ สร้างขึ้นโดย ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้านซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 8 ข้อ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษาของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 10 ข้อ ซึ่งถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรม/ทฤษฎี 1 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ 4 ใน 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ (content validity) .81 และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 200 คน ที่โรงพยาบาลสิริกิติ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาตามรายด้าน และในภาพรวม ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาส

เสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .68 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ .79 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .82 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ .85 และความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนการให้การปรึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การยุติการให้การปรึกษา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาเป็นแนวทางในการให้การปรึกษา (Miller & Rollnick, 1991) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกา และ ไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984)

2.1 การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ จะดำเนินการให้การปรึกษา 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยา และเสริมแรงให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ วิธีการให้การปรึกษาจะรวมอยู่ในโปรแกรมการให้การปรึกษา

2.3 แผ่นภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547)

2.4 แบบบันทึกการรับประทานยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยจะให้กับกลุ่มทดลองหลังให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เพื่อนำไปบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน

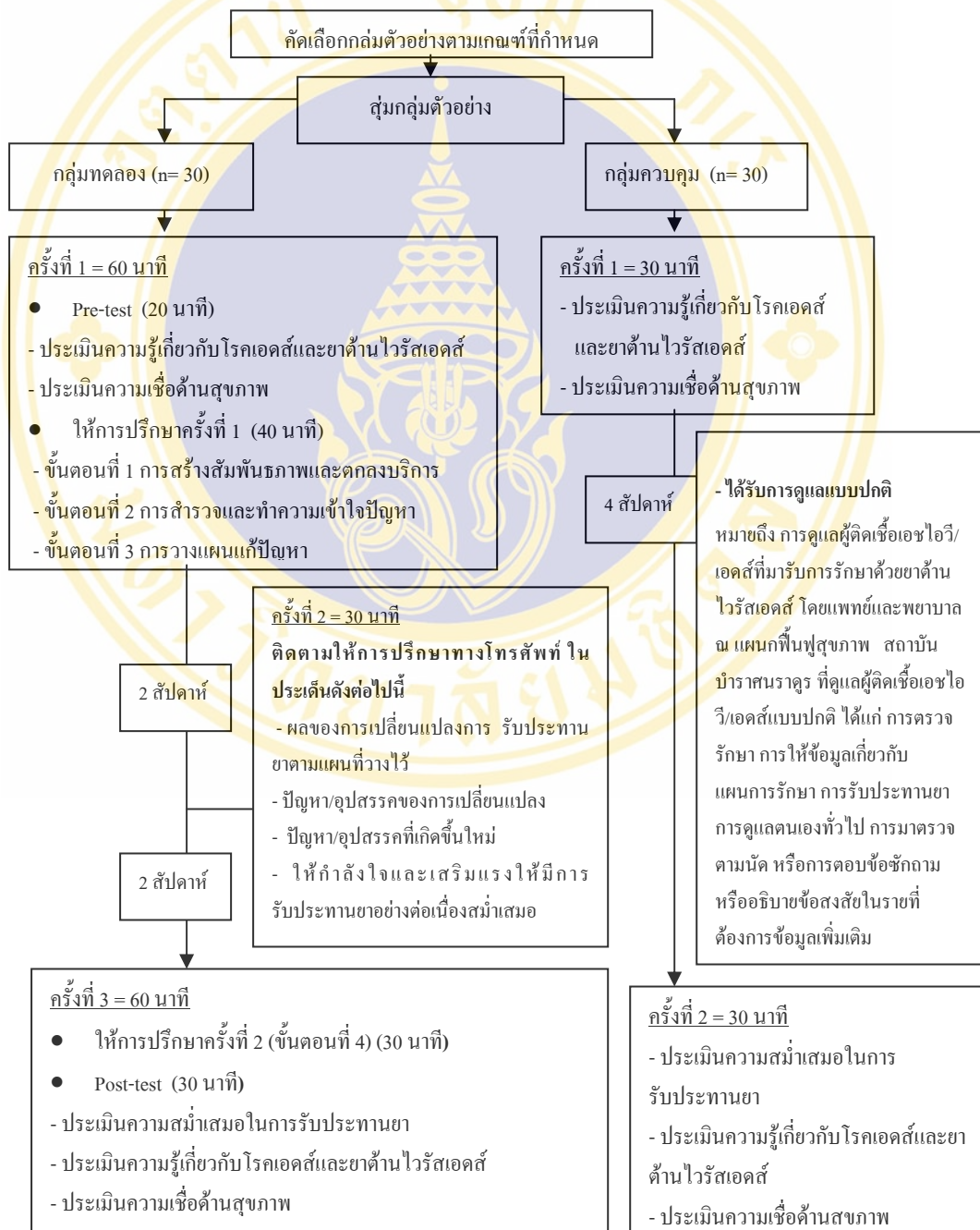
การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. นำโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา การจัดลำดับขั้นตอนการให้การปรึกษา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละขั้นตอนของการให้การปรึกษา

2. นำโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่อง
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 10 ราย
เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับขั้นตอนการให้การศึกษา และระยะเวลา
ในแต่ละขั้นตอนของการให้การศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีผลการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มีอายุเฉลี่ย 39.65 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี และมากที่สุด 67 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,720 บาท มีจำนวนบทบาทในครอบครัวตั้งแต่ 1-2 บทบาท ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเฉลี่ย 82 เดือน และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 45 เดือน ร้อยละ 73.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 45 มีสถานภาพโสด และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) มีอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 28.3) และร้อยละ 70 เบิกค่ารักษาได้ และเปิดเผยผลเลือดมากกว่าไม่เปิดเผยคิดเป็นร้อยละ 91.7 และ 8.3 ตามลำดับ สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบันมากที่สุดคือ GPO VIR Z 250 mg (ร้อยละ 41.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสปัจจุบัน (ร้อยละ 76.7) ลักษณะของอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ไขมันย่ำที่ 21 คน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้/เดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบทบาท ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การเปิดเผยผลเลือด การรับประทานยาชนิดอื่น ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสปัจจุบันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบก่อนทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบก่อนทดลองกับหลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ และเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสระหว่างก่อน

ทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p = .000$) และ ($t = 2.87, p = .006$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.57, p = .001$)

เมื่อเปรียบเทียบหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางตามลำดับ

ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Range	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	69-97	89.8	5.6	6.08	.000
กลุ่มทดลอง	30	90-100	97.1	3.3		

ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน หลังทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
ความรู้ในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	0-38	16-37	28.1	6.6	6.04	.000
กลุ่มทดลอง	0-38	31-38	35.9	1.8		
ความรู้รายด้าน						
- เกี่ยวกับโรคเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-13	4-13	10.1	2.6	5.43	.000
กลุ่มทดลอง	0-13	11-13	12.7	0.5		
- เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์						
กลุ่มควบคุม	0-12	3-11	8.7	2.3	5.23	.000
กลุ่มทดลอง	0-12	9-12	11.0	0.9		
- เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา						
กลุ่มควบคุม	0-13	2-13	9.3	3	5.08	.000
กลุ่มทดลอง	0-13	10-13	12.2	0.9		

ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้านหลังทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร / กลุ่มตัวอย่าง	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้				
การรับรู้สุขภาพในภาพรวม						
กลุ่มควบคุม	28-140	84-128	107.1	9.9	55.23	.000
กลุ่มทดลอง	28-140	108-137	121.4	7.9		
การรับรู้สุขภาพรายด้าน						
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	14-25	20.6	2.8	52.82	.000
กลุ่มทดลอง	5-25	19-25	22.9	1.9		
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	5-25	15-25	19.8	2.9	51.78	.000
กลุ่มทดลอง	5-25	19-25	22.9	2.0		
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	8-40	26-40	32.2	3.8	56.63	.002
กลุ่มทดลอง	8-40	30-40	36.1	3.2		
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ						
กลุ่มควบคุม	10-50	14-46	33.5	7.1	43.39	.000
กลุ่มทดลอง	10-50	32-50	39.5	3.7		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากโปรแกรมการให้การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบของการให้การศึกษาเป็นรายบุคคล เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ มีการประเมินระดับของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การศึกษา ตามแนวคิดของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (Transtheoretical model) ของโปรชาสกา และ ไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) และเนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ต้องเกิดจากการพร้อมและความเต็มใจที่จะปฏิบัติของตัวผู้ป่วยเอง และยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Ickovics & Meade, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะส่งผลดีอย่างไรกับตัวเองบ้าง เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยตัวเอง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเต็มใจ (Bonnie, 2005; Catley et al., 2006; DiIorio, et al., 2003; Golin et al., 2006)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ยังทำให้การปรึกษาเป็นไปอย่างมีทิศทาง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจผลที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มองเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบัน คือ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ กับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ และเป็นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ (SMS) เมื่อผู้ป่วยได้ยิน ได้รับทราบประโยคดังกล่าวซ้ำๆ จะทำให้มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2549; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของแกนส์ (Gance, 2005) และ คาลิชแมน และคณะ (Kalichman, 2001) ที่ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและระดับของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ การประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์, ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์และความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Baker, 1990) ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจากการประเมินด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มให้การปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนที่จะให้การปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้ และปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ตรงกับ

ลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และยังทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละคนได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตกลงบริการ มีการบอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการให้การปรึกษา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การปรึกษา และกระทำการอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่พบกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น

การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในการวิจัยครั้งนี้ จะประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละคนจากการทำแบบสอบถามก่อนที่จะให้ความรู้ และใช้คำถามปลายเปิดตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในระหว่างการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้ทั้งรายละเอียดของข้อมูล ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย การประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้การปรึกษา ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับลักษณะปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากมีแนวคิดว่าการที่ผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่รู้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และการให้ข้อมูลที่เหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อดี/ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การมีระดับของการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่เพิ่มมากขึ้นดังในผลการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทูดรา และคณะ (Tuldra et al., 2000) และ พราดิเยร์ และคณะ (Pradier et al., 2003) พบว่า วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงลักษณะและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยสามารถเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้แผ่นพลิกประกอบการสอนเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) เพื่อเป็นสื่อการสอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ การทำหน้าที่ของ CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับการใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมและได้มาตรฐานประกอบการให้ความรู้ สามารถส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้มากขึ้น (Flank et al., 2005; Wong et al., 2006; Joyce et al., 2003)

สำหรับประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาฯ ในส่วนของการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านในผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้นั้น อภิปรายได้จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ทั้ง 4 ด้านก่อนให้การปรึกษา และในระหว่างให้การ

พูดคุยให้การปรึกษา ก็จะประเมินความเชื่อในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ไปด้วยโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยโดยการฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนคำพูด ความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง หรือการรับรู้ความรุนแรงของการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยจะไม่แสดงความขัดแย้ง วิจารณ์หรือ ตำหนิผู้ป่วย นอกจากนี้จะให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น จำนวนเชื้อไวรัสในร่างกาย จำนวน CD4 ของผู้ป่วย โดยเน้นข้อเท็จจริง ไม่ตำหนิ เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มองเห็นสถานการณ์ของความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการรับประทายาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ รู้สึกกังวลกับปัญหา อันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ริคสบี (Rigsby, 2003) ที่ใช้วิธีการให้การปรึกษาร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลตรวจจำนวน HIV-RNA และ CD4 แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีทัศนคติต่อการรับประทายาต้านไวรัสดีขึ้น และมีระดับของการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะมีการใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อดีของการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงความสำเร็จในชีวิตเมื่อรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการถามผู้ป่วยว่ามีใครคอยช่วยเหลือเรื่องการรับประทายาบ้าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับความช่วยเหลือที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทายา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของอิกโควิก และ มีด (Ickovics & Meade, 2002) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการทดลองครั้งนี้ นอกจากให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้ว ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกการรับประทายาแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปลงชื่อยาเวลาที่รับประทายา และเหตุผลของการรับประทายาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในแต่ละครั้ง ในระหว่างการรับประทายาที่บ้าน เนื่องจากหลังให้การปรึกษาผู้วิจัยไม่สามารถติดตามการรับประทายาของผู้ป่วยทุกคนได้ การให้แบบบันทึกการรับประทายา จึงเปรียบเสมือนผู้วิจัยได้คอยกระตุ้น เตือนใจให้ผู้ป่วยมีระเบียบวินัยในการรับประทายาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของวอง และคณะ (Wong et al., 2006) พบว่า วิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ การบันทึกการรับประทายา เพราะจะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อน สืบสวนต่อการรับประทายา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยความ

ข้อสัถย์ที่ยังตรง แม้ว่าไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับมาพบกับผู้วิจัยตามนัดอีกครั้ง

เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ มีความเชื่อที่ถูกต้อง และมีวิธีการที่จะนำไปแก้ไขอุปสรรคของการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยตนเองที่บ้านแล้ว อีกกลยุทธ์หนึ่งที่ทำให้โปรแกรมการให้การปรึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ คือ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพราะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้ติดตามผลของการให้การปรึกษา การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเสริมแรงสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มิให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ที่จะต่อสู้กับปัญหา และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป จากการศึกษาของไซอู และคณะ (Chiou et al., 2004) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นรายบุคคล ร่วมกับการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังการทดลองผู้เข้าร่วมการวิจัยมีระดับของความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจูดิธ, โนเบล, ซาเฟรนและคณะ (Judith, 2005; Knobel, 1999 and Safren et al., 2001) ที่ใช้วิธีการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และมีค่าเฉลี่ยของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น และเมื่อติดตามต่อหลังสิ้นสุดการให้การปรึกษา 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับของ CD4 เพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าในโปรแกรมการให้การปรึกษา ที่มีการประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มเข้าสู่โปรแกรม และให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลความรู้ ปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และให้ความสำคัญที่จะให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยคำนึงถึงแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยให้มากที่สุด จากการศึกษาของโนเบล (Knobel, 1999) และโฮลซเมอร์ และคณะ (Holzemer et al., 2006) ที่ใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า กลุ่มทดลองสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับตัวเอง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง มีการให้กำลังใจ เสริมแรงเมื่อผู้ป่วยเลือกทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพราะการเสริมแรงที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (Holzemer et al., 2006; Tuldra et al., 2000) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า 1 เดือน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์, ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ก่อนทดลองกับหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม, ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสและความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนในความรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคเอดส์ และผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองนั้น อภิปรายได้ว่า ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมได้ทำแบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Visual analog scale) ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมได้ประเมินตนเอง และสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจมีผลให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น จึงใส่ใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น ส่วนการได้ทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์นั้นจะทำให้ได้ความรู้จากข้อคำถามในแบบสอบถาม และเกิดความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง หรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในส่วนที่คิดว่าตนยังไม่รู้หรือไม่แน่ใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเมื่อทำแบบประเมินและแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง ซึ่งในทางระเบียบวิธีการวิจัย เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “ผลจากการทดสอบ” (Testing Effect) (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547)

นอกจากนี้การบริการของแผนกฟื้นฟูสุขภาพที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ยังมีการให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนรับประทานและความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในขณะที่ทำการตรวจรักษา โดยแพทย์และพยาบาลประจำแผนก ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีระดับของความรู้ในภาพรวมและด้านการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบใน

กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p = .000$) และ ($t = 2.87, p = .006$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอก่อนทดลองกับหลังทดลองในกลุ่มทดลอง ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.57, p = .001$)

สมมติฐานข้อ 2 คะแนนเฉลี่ยของความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ด้านหลังทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอ็ดส์, ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 แสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ มาใช้กับกลุ่มทดลอง สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ดีกว่าการให้การดูแลแบบปกติในกลุ่มควบคุม เพราะบางครั้งการดูแลปกติ แม้ว่าจะมีการสอนหรือให้ข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก และมีจำนวนของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง การให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อน จึงใช้เนื้อหาการสอนเหมือนกันกับผู้ป่วยทุกราย เนื้อหาส่วนใหญ่มักจะเป็นภาพรวม และมักจะทำให้ความรู้เป็นกลุ่ม มีการสื่อสารแบบทางเดียวเพื่อความสะดวกในการดูแล ทำให้การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ข้อมูลบางส่วนอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทราบแล้ว จึงไม่สนใจที่จะรับฟัง หรือในบางครั้งมีการใช้เนื้อหาที่เข้าใจยากและมีรายละเอียดมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่สนใจที่จะรับฟังข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ในความเป็นจริงเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะไม่ได้คำนึงถึงถึงปัจจัยดังกล่าว โดยมุ่งที่จะสอนหรือให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการนั้น มีที่มาจากมีหลังแตกต่างกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคมที่แตกต่างกันทั้งทางด้านความคิด ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลให้มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน การให้ข้อมูลความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของไซ และคณะ (Tsai, 2002) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะประเมินความเชื่อได้ไม่ตรงกับความเชื่อที่แท้จริงของผู้ป่วย และมองว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ไม่มีการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพราะไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

นอกจากนี้ในโปรแกรมการให้การปรึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับ ยังมีแบบบันทึกการรับประทานยาที่เปรียบเสมือนตัวแทนของผู้วิจัยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระเบียบวินัยในการรับประทานยา และมีการติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยจากการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งในขณะที่มีการดูแลแบบปกติ จะให้การพยาบาลหรือดูแลเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น และมีการนำระบบการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้ในปัจจุบันยังมีค่อนข้างน้อย

ดังนั้นก่อนที่จะให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ นอกจากต้องประเมินความรู้ของผู้ป่วยแล้ว บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลด้วย แม้ว่าจะเป็นภาระเพิ่มภาระในการให้บริการ แต่จะทำให้เข้าใจเหตุผลและอุปสรรคของการที่รับประทานยาได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตระหนักเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้ ติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามการคงสภาพของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้รับการรักษาได้ เพราะการคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายความว่า ผู้ป่วยต้องมีการคงสภาพของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ดังนั้น การให้การปรึกษาในขั้นตอนสุดท้าย คือ ขั้นตอนที่ 4 การยุติการปรึกษา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้วิจัยตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เช่น การกลับไปดื่มสุรา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงระยะยาวจากยาต้านไวรัสที่อาจจะเกิดขึ้น และประเมินศักยภาพ

ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยแสดงความไม่แน่ใจว่าจะสามารถแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจเพื่อให้มองเห็นความสำเร็จของการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น การพูดถึงวิธีการที่จะทำให้ตัวผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของชีวิต ข้อดีของการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเสริมแรงให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะคงสภาพของการรับประทายาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของการให้การปรึกษาในด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 และจำนวน viral load

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้การปรึกษา ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้รับประทายาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีอายุยืนยาวขึ้น และสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล

2.1 สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการให้การพยาบาล และวิธีการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษาในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษา เรื่องยาหรือพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

**THE EFFECT OF COUNSELING USING MOTIVATIONAL INTERVIEWING
ON ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY**

1LT ONG-ON PRAJANKET 4836271 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKUL, DNS.
(Primary care), PICHAIR SANGCHANCHAI, M.D.**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

AIDS is Acquired Immune Deficiency Syndrome, and is a chronic disease caused by HIV (Human Immunodeficiency Virus). HIV-infected cases could live for year without symptoms. When their CD4 level drops below 400 copies/ml, they are prone to opportunistic infections affecting their health and mental conditions and also have economic impacts on individual, family, society, and country. (Adriana et al., 2002).

In Thailand, a number of People Living with HIV/AIDS (PLHA) have been increasing every year. About 307,114 of AIDS cases have developed AIDS classified symptoms by Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control (2006). When PLHA are at the symptomatic stage, their problems become more severe; they need to receive appropriate treatment for opportunistic infections and antiretroviral treatment in order to minimize the viral load and avoid the emergence of resistance. So far, there has been no method of eradicating AIDS completely; antiretroviral (ARV) treatment is the only means of retarding the progression of AIDS and prolonging the longevity and improving the life quality of the patients.

Current antiretroviral treatment mostly has short half-life and must be taken at least twice a day. Even 1-day drug default, it can make the drug levels in blood too low to suppress viral replication. (Ministry of Public Health, 2003) and lead to drug

resistance. Antiretroviral treatment resistance can be transmitted from a person to another person. If the PLHA develop resistance to a particular drug, their health care provider should switch them to another drug in the same class. But this strategy may not work because the new strain may be resistant to every drugs in the same class and then the PLHA must to used a higher antiretroviral treatment formula, which has a higher cost, thus effecting health economic problems, more complexity in medication, and severer side effects (Little et al, 2002). Accordingly, nonadherence to antiretroviral treatment is one of the major causes of treatment failure.

Paterson and colleagues (2000) found that adherence greater than 95% is needed to achieve virology success. However, the study of Dowse & Hussey (2001) on the prevalence of medication non-adherence among PLHA suggested that the difference ranged from 4% - 92%. According to Maher et al. (2001), only 40-50% of PLHA were successful in curing with antiretroviral treatment, that is in reducing the viral load to the lowest level for the longest period.

Recent studies in Thailand have reported high proportions of patients with >95% self-reported adherence, including 83% of patients in southern Thailand 80% in Nontaburi (a suburb of Bangkok), and 53% in eastern Thailand. Despite the high rates of adherence to HAART in Thailand, however resistance to all 3 classes of ARVs is common. In a cohort of 88 patients from 4 regions of Thailand, prevalence of resistance to nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs), and protease inhibitors was 48%, 21%, and 12%.

Numerous intervention hope attempted to improve adherence to ARV such as the education program, counseling to promoting self-efficacy (Hirandit, 2001 & Phongphutachat, 2004). However medication adherence is behavior depending upon patients' readiness and consent. Therefore, the problem should be resolved through analyzing its causes and motivation for solving the problem among PLHA. The literature review has shown that Motivational Interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 1991) can stimulating the patients' motivation and affective state of drug taking and produce behavioral change sustainably which based on the Transtheoretical Theory (Prochaska & Diclements, 1984) for promoting the change in patients' health behavior in accordance with their readiness.

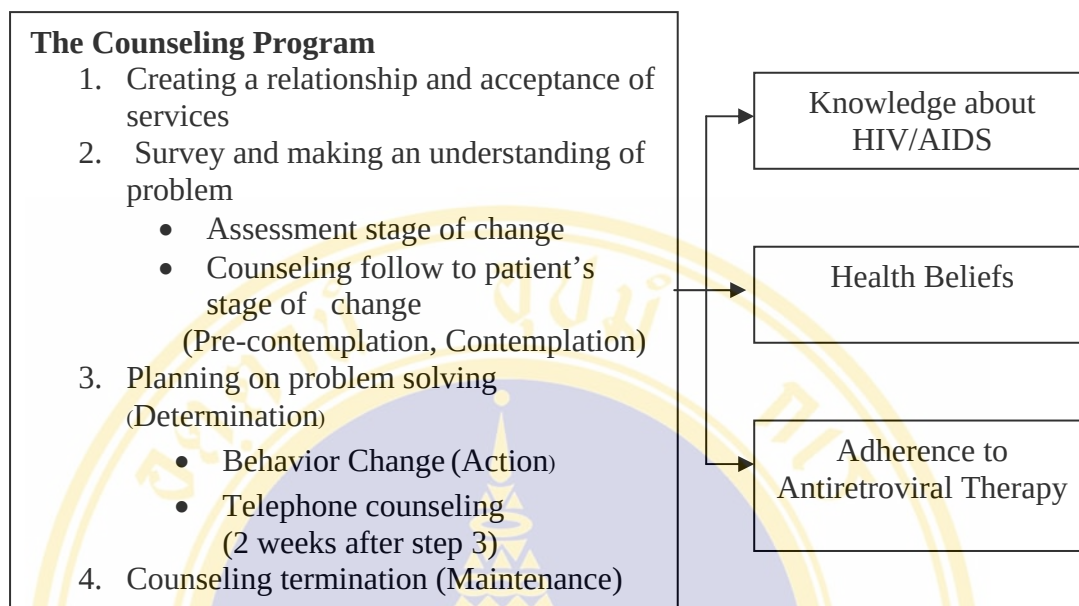
Conceptual framework

The concept serving as the basis of the counseling process to improve medication adherence among the PLHA is the Motivational Interviewing (MI). The MI strategy makes counseling have direction. It is a patient-centered strategy, not using coercive or persuasive approaches. Instead, it involves various techniques stimulating patients to pronounce self-motivational statements (SMS) to generate their acceptance of the problem, reduce their hesitance, and change their behavior as well as to enable them to make decisions on methods of changing the problem on their own, follow to Transtheoretical Theory (Prochaska & Diclements, 1984), which explains that individuals' behavioral change involves 5 stages, namely precontemplation, contemplation, preparation, action, and maintenance. Individuals' thoughts and behaviors vary according to the stages. If health care provider understand the stage of change, they can prepare the guidelines or strategies for counseling to change their patients' behavior properly with their consent. One strategy commonly used in conjunction with the Transtheoretical Theory for promoting the change in patients' health behavior in accordance with their readiness or stage of change is the motivational interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 1991).

Consequently, to improve medication adherence sufficiently efficiently and effectively, the researcher considered different counseling methods in the research. Furthermore, to create clear steps of the counseling, the researcher adopted the counseling of the Bureau of Mental Health Technical Development (Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, 2003), consisting of 4 steps, namely 1) Creating a relationship and acceptance of services 2) Survey and making an understanding of problem 3) Planning on problem solving 4) Counseling termination

The researcher employed the Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral in PLHA, which was developed based on the motivational interviewing, as well as motivation creation adjusted to the counseling procedure to enhance the patients' knowledge and health beliefs and adherence to ARV render them medication adherence.

Research Framework



Objective of this study

1. To examine the effect of Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS on adherence to antiretroviral therapy, knowledge about HIV/AIDS and health beliefs between the experimental group and the control group after the intervention.
2. To examine the effect of Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS on adherence to antiretroviral therapy, knowledge about HIV/AIDS and health beliefs between pre-test and post-test in the experimental group.

Hypothesis There were 2 hypotheses as follows

1. The mean scores of adherence to antiretroviral therapy, knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in the experimental group would be greater than the comparison group at after intervention.
2. The mean score of adherence to antiretroviral therapy, knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in the experimental group at after intervention would be greater than before the intervention.

Scope of study

This quasi-experimental research conducted especially on the People Living with HIV/AIDS who received the antiretroviral treatment at the Ambulatory Care Unit, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute from July, 2007 to October, 2007.

Research methodology

This is a quasi-experimental research study on two groups of samples, pretest and posttest design. The samples were obtained with purposive sampling technique and were randomly divided into two groups: control group and experimental group, each consisting of 30 samples. They were 20-59 years on average, received antiretroviral drug for over 1 month, visited the hospital continually for 1 month, and had medication adherence rate lower 95%.

Research instruments

There were two types of research instruments: the data collection and the experimental materials.

1. Instruments for the data collection (see appendix A)

1.1 Personal Background Characteristics

This self-administered questionnaire was designed on literature reviews by the researcher that composed of 22 items to collect demographic data.

1.2 Medication adherence

An average of the following adherence measured by visual analog scale was calculated and used to indicated medication adherence among patient receiving antiretroviral drug in this study.

The Visual Analog Scale (VAS): The visual analog scale of proportion of doses taken in the preceding month was used to measure medication adherence by Walsh and colleagues (Walsh et al., 2002). Patients were asked to put a cross on the line you have taken in the last month. It can be interpreted as 0% means no medication taken and 100% means every single dose taken on time and corrected doses. It was also inversely associated with plasma HIV RNA ($p = .01$) According to Williams (Williams, 1999), The VAS was also used by Maneesriwongul and

Williams (2004) to measure medication adherence among patients receiving HAART in Thailand, and significantly validated with viral load ($p < .05$).

1.3 Knowledge about HIV/AIDS

An instrument measuring knowledge about HIV/AIDS to be used in this study was developed on literature reviews by Maneesriwongkul and colleagues (2003). This instrument is a self-administered questionnaire that composed of 38 items to measure knowledge about AIDS in term of: the disease and treatment (13 items), antiretroviral medications use (12 items) and side effects of antiretroviral medications and management (13 items) using three point scales: “yes”, “no” and “don’t know” Each item was scored for correct/ incorrect responses. A correct response was scored as one while an incorrect response (and don’t know) was scored as zero. Eighteen items were negatively worded.

This questionnaire was validated for its content validity by 6 experts (2 physicians, 2 nursing faculty members, and 2 nurses specializing in AIDS care). Subsequently, it was piloted among 48 patients receiving HAART at the Out Patient Department, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Internal consistency coefficient alphas of the three subscales are .73, .71 and .79 respectively with an overall coefficient alpha of .86 which indicates adequate reliability for a newly-developed instrument. Possible scores on this scale range from a low of 0 to a high of 38. A higher score means higher knowledge about HIV/AIDS.

1.4 Health Beliefs

A questionnaire about health beliefs composed of 28 items, developed by Supharin Hanwong (2005) which based on health beliefs model of Becker (1990), including perceived susceptibility about nonadherence (5 items), severity about nonadherence (5 items), benefit about adherence (8 items), and barrier about adherence (10 items). Before it was applied to the samples, this questionnaire was validated for its content validity by five experts. Subsequently, it was piloted among 200 PLWHA at Sirikit Hospital. Internal consistency coefficient alpha of the perceived susceptibility about non adherence is .68; severity about non adherence, .79; benefit about adherence, .82; barrier about adherence, .85; respectively with an overall coefficient alpha of .80.

2. Experimental Instruments

2.1 Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA that the researcher had developed based on the literature review on AIDS, antiretroviral treatment, medication adherence, and concepts of counseling.

2.2 Telephone Counseling experimental group was received the telephone counseling 2 weeks after first counseling that based on motivational interviewing. This intervention aimed to follow up development of an individualized plan, efficacy and effectiveness on patient's problem solving and reinforced them to maintained adherence to antiretroviral therapy.

2.3 A flip chart for educating the samples about HIV/AIDS, antiretroviral drug adherence produced by the Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2004)

2.4 Medication recording form, which designed by researcher was given to the samples after the 1st counseling to record their taking of antiretroviral drug during 1 month.

Validity testing of the program

1. Have an expert verify the Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA in terms of validity, completeness, correctness, and suitability of language used, orders of counseling, and suitability of period of each counseling step.

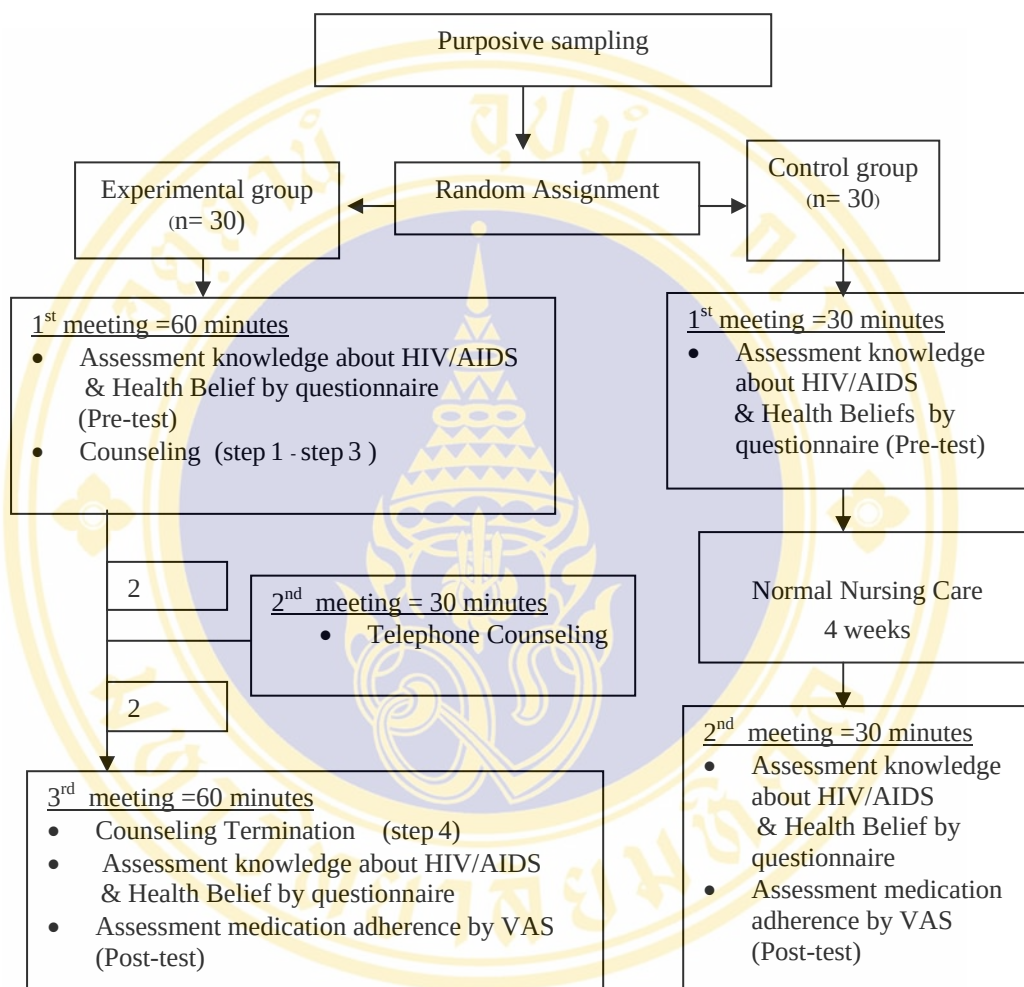
2. Apply the Counseling Program to ten people living with HIV/AIDS at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute to validated the suitability of language used, orders of counseling, and suitability of period of each counseling step.

Experiment procedures

Prior to data collection, the researcher was granted permission to conduct the research study by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects and explained the research procedures and right protection to the research participants, of which their names or addresses were kept confidential. The counseling room was sectioned without illumination or other people. Pseudo names were used in phone counseling and only the overall picture of the research results was

presented. Informed consent was obtained from all participants before the study began.

Research Procedure



Research Results

Data were analyzed by using the Statistical Package for Social Science for window program version 11.5. The research results are as follows:

Personal Background Characteristics

There were 60 samples, whose average age was 39.65 years (the lowest 22 and highest 67) and average monthly income was 11,720 baht. They had 1-2 role(s) in family. On average, they knew that they infected HIV/AIDS 82 months before and had been treated with antiretroviral drug for 45 months. Of all samples, 73.3% were

males and 26.7% females; 45% (27) were single. Subjects were with different education; 28.3% junior high school. Concerning occupation, subjects were merchants 28.3% and 21.7% worked for hiring; 70% were under a medical reimbursement system; 91.7% disclosure their HIV/AIDS status but 8.3% did not; 41.6% took GPO VIR Z 250 mg and 26.7%, and 76.7 % underwent the side effects of current antiretroviral drug. The most common side effects of the drug on them were lipoatrophy or lipodystrophy (21).

The results of descriptive statistic for each personal background characteristics between the experimental and the control group showed that there were not different between the age, gender, marital status, educational level, occupation, medical insurance, monthly income, income sufficiency, number of roles in family, period from which they knew they infected HIV/AIDS, disclosure their HIV/AIDS status , taking other drug, period of treatment with antiretroviral drug, current antiretroviral drug formula, and side-effects of current antiretroviral drug on average at a statistical significance level of .05.

The Comparison at pre-test was found that the average scores of both groups in relations to the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in overall and individual aspects and medication adherence were not different at a statistical significance level of .05.

The comparison group's pre-test and post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS in overall aspects and knowledge of antiretroviral medication use in individual aspects and medication adherence were different at a statistical significance level of .05. As for the experimental group, its post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in overall and individual aspects and medication adherence were higher than its pre-test average ones at a statistical significance level of .05.

However, the difference between the pre-test and post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS in overall aspects and antiretroviral medication use in individual aspects and medication adherence of the experimental group was higher than that of those of the control group at a statistical significance level, $t = 4.95$, $p = .000$ and $t = 2.87$, $p = .006$ respectively. Likewise, the difference between the pre-test

and post-test average scores of medication adherence of the experimental group was higher than that of those of the control at a statistical significance level, $t = 3.57$ and $p = .001$.

The experimental group's post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in overall and individual aspects and medication adherence than those of the control group at a statistical significance level of .05 as shown in Table 1, 2 and 3 respectively.

Table 1 The mean scores of medication adherence in the experimental and the control group at after intervention by Independent t-test

Sample	n	Range	Mean	S.D.	t	p-value
Control	30	69-97	89.8	5.6	6.08	.000
Experimental	30	90-100	97.1	3.3		

Table 2 The mean scores of knowledge about HIV/AIDS in overall aspects and individual aspects in the control group and the experimental at after intervention by Independent t-test

Variables/ Sample	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	Possible Range	Actual Range				
Knowledge in overall aspect						
Control	0-38	16-37	28.1	6.6	6.04	.000
Experimental	0-38	31-38	35.9	1.8		
Knowledge in individual aspect						
- Disease and treatment						
Control	0-13	4-13	10.1	2.6	5.43	.000
Experimental	0-13	11-13	12.7	0.5		
- Antiretroviral medication use						
Control	0-12	3-11	8.7	2.3	5.23	.000
Experimental	0-12	9-12	11.0	0.9		
- Side effects of antiretroviral medications and management						
Control	0-13	2-13	9.3	3.0	5.08	.000
Experimental	0-13	10-13	12.2	0.9		

Table 3 The mean scores of health beliefs in overall aspects and individual aspects in the control group and the experimental at after intervention by Independent t-test

Variables/ Sample	Range		Mean	S.D.	t	p-value
	Possible Range	Actual Range				
Perceived in overall aspect						
Control	28-140	84-128	107.1	9.9	55.23	.000
Experimental	28-140	108-137	121.4	7.9		
Perceived in individual aspect						
- perceived susceptibility about non adherence						
Control	5-25	14-25	20.6	2.8	52.82	.000
Experimental	5-25	19-25	22.9	1.9		
- perceived severity about non adherence						
Control	5-25	15-25	19.8	2.9	51.78	.000
Experimental	5-25	19-25	22.9	2.0		
- perceived benefit about adherence						
Control	8-40	26-40	32.2	3.8	56.63	.002
Experimental	8-40	30-40	36.1	3.2		
- perceived barrier about adherence						
Control	10-50	14-46	33.5	7.1	43.39	.000
Experimental	10-50	32-50	39.5	3.7		

Discussion: The research results based on two hypotheses are as follows:

First hypothesis

The research results show that the experimental group's post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in overall and individual aspects and medication adherence were greater than its pre-test average scores at a statistical significance level of .05, which is in accordance with the 1st hypothesis. The research result reveals the effectiveness of the Counseling Program Using

Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA. As the counseling program is characterized by individual-based and patients-centered approaches, providing the assessment of patients' levels of readiness for behavioral change prior to counseling according to the Transtheoretical Theory of Prochaska & Diclemente (1984), the researcher did not force the samples to take antiretroviral treatment continually and consistently but acted as a medium helping them know what positive effects that the medication adherence would have on them and increasing their motivation for medication adherence using the motivational interviewing technique. This enabled the patients to change their behavior in accordance with their readiness properly and willingly (Bonnie et al., 2005; Catley et al., 2006; DiIorio, 2003; Golin et al., 2006).

The motivational interviewing technique makes the counseling directional and makes patients understand the effects of medication non-adherence and see the conflicts between existing behavior, which is medication non-adherence and goals of life. It serves as a strategy for stimulating them to pronounce self-motivational statements (SMS). After hearing the statement over and over, they will have greater motivation for changing their behavior (Pichai Saengchanchai, 2003; Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, 2005). In the study of Gance (2005) and Kalichman and colleagues (2001) using the motivational interviewing technique among HIV/AIDS patients, it was found that the HIV/AIDS patients had higher confidence in their performance and levels of medication adherence. Even though the study of Dilorio and colleagues (2003) suggests that the motivational interviewing technique cannot increase the levels of medication adherence, the samples receiving counseling are satisfied with the services and would like to receive the treatment from their health care provider.

Moreover, the assessment of the subject's levels of knowledge about HIV/AIDS and health belief in overall and individual aspects and characteristics of medication adherence of each individual sample via the questionnaire prior to counseling assisted the researcher in planning on counseling, adjusting their beliefs in line with their characteristics and needs, and creating a better understanding of their thoughts. During making decisions on the services, the researcher clarified the

counseling objectives and procedure created a good relationship between the researcher and them. The researcher always did this when meeting the patients, which made them have trust and cooperation during counseling and feel free to reveal more factual information.

Before the samples were educated about medication adherence, their levels of knowledge and understanding were tested via the questionnaire. Open-ended questions were used for measuring their knowledge and understanding of taking antiretroviral drug during counseling, which contributed to obtaining details of their thoughts. The pre-counseling assessment enabled the researcher to provide them with information suiting their problems or needs. Receiving suitable information, they could see the advantages and disadvantages of changing and maintaining their behavior and therefore had motivation for changing their behavior, which would render them a higher level of medication adherence as discussed in the research results. This is in accordance with the study of Tuldra and colleagues (2000) and Pradier and colleagues (2003), revealing that the education methods with consideration of patients' characteristics and needs can increase their medication adherence with a statistical significance level.

As for the efficiency of the Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA with regard to increasing the average scores of health beliefs in overall and individual aspects for the experimental group, it can be discussed based on the assessment of the samples' four perceptions prior to counseling. During counseling, the researcher assessment their perceptions of antiretroviral drug using the motivational interviewing technique, including expressing empathy, active listening and reflecting their utterances and feelings. If finding that any of their perceptions, e.g. perceived susceptibility or severity about non-adherence was wrong, the researcher would give them additional information without argumentation or reproach upon them. In addition, the researcher would give them feedbacks, e.g. their viral load and number of CD4 in order to reflect the severity of the disease and to make them perceived susceptibility about non-adherence, thus stimulating them to have motivation and correct perceptions of antiretroviral treatment. This is in line with the study of Rigsby (2003) utilizing counseling in conjunction with giving feedbacks about the number of HIV-RNA and

CD4 to PLHA, which showed that after the counseling and receiving the feedbacks, the HIV/AIDS patients had better attitudes to taking antiretroviral drug and higher levels of medication adherence with a statistical significance level.

For perceived benefit about medication adherence aspect, subjects were asked with questions stimulating them to imagine the success in life resulting from medication adherence, and to seek the sources of their social support. This is in accordance with the study of Ickovics & Meade (2002), finding that HIV/AIDS patients given social support would have more medication adherence than those without. As for the counseling in the research, most subjects had relatives reminding them of drug taking, supporting them in drug expenditures, and taking them to visit the doctor. They felt that it was good to have someone reminding them of drug taking.

The assessment of perceived barrier about medication adherence is one of essential things for this research. They were asked to tell the researcher about their lifestyle that was related and an barrier to medication adherence. When they realized what their barrier to attain medication adherence was, they could see different solutions suiting themselves. In case where they could not cope with the problem themselves, the researcher would not propose them solutions directly but give them suitable information for their lifestyle and needs as well as encourage them to believe in self efficacy on subjects in order that they were confident that they were able to solve it on their own.

In the research, apart from counseling to support medication adherence, the researcher designed a medication recording form, on which the samples had to write the names of drug they had taken, time of drug taking, and reasons for medication non-adherence at home because after counseling, the researcher could not monitor all patients' drug taking. The recording form reminded them about drug taking disciplines. According to Wong and colleagues (2006), one of methods for making HIV/AIDS patients have medication adherence is recording drug taking since it helps prevent error and confusion of drug taking, especially in elderly people or those taking many tablets of drug or taking drug many times a day. The researcher emphasized on the accuracy and honesty in the recording because it could reveal problems or barrier involved in their medication adherence, which would be applied

to solving the problem when they met the researcher again, thus making drug taking-related problems resolved correctly and sustainable.

Apart from the subject's relevant knowledge, correct health beliefs, and methods for dealing with barrier to their medication adherence at home, a strategy for making the program successful was telephone counseling, which helped the researcher monitor the counseling results, solve their problems, positive reinforcement and boost their morale, preventing them from discouragement and hopelessness to fight against the problems and rendering them motivation for changing their drug-taking behavior. According to Williams and colleagues (1997), telephone follow-up will bring trust and satisfaction of PLHA, leading to medication adherence.

It can be seen that the counseling program, which involves pre-program assessment and individual-counseling approach, allowed the researcher to give the samples suitable information for and adjust their health beliefs to their needs and lifestyle. According to the study of Knobel (1999) and Holzemer and colleagues (2006), using the methods for giving information of treatment plans that was adjusted to the lifestyle of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral drug, it was found that the experimental group could take drugs continually and consistently rather than the control group with a statistical significance level. Emphasizing that their problem solving mainly depended on themselves, the researcher promoted their confidence in their potential for behavioral change continually, boosted their morale, and reinforced them while they were choosing solutions since proper reinforcement can contribute to medication adherence.

The analysis on the comparison group has shown that its pre-test and post-test average scores of health beliefs in overall and individual aspects; and the knowledge about HIV/AIDS, side effects of antiretroviral medication and management in individual aspects were not different at a statistical significance level of .05. However, its post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS in overall aspects, antiretroviral medication use in individual aspects, and medication adherence were higher than pre-test ones at a statistical significance level of .05.

The reason why the control group's post-test average scores of the knowledge about HIV/AIDS in overall aspects, knowledge of antiretroviral medication use in

individual aspects, and medication adherence were higher than its pre-test ones was that before the test, the group had filled in a medication adherence assessment tool (visual analog scale) and knowledge about HIV/AIDS by questionnaire, which allowed the group to evaluate themselves. This probably generated their awareness of the importance of medication adherence so that they paid attention to and searched for more relevant information on their own. In the research methodology, the phenomenon is called “testing effects” (Bunchai Sisathitnarakun, 2004).

Nevertheless, the change in the average scores of knowledge about HIV/AIDS in overall aspects and knowledge of antiretroviral medication use in individual aspects before and after the test of the experimental group was higher than that of the control group at a statistical significance level, $t = 4.95$ and $p = .000$ and $t = 2.87$, $p = .006$ respectively. Similarly, the change in the average scores of medication adherence before and after the test in the experimental group was higher than that of the control group at a statistical significance level, $t = 3.57$ and $p = .001$.

Second hypothesis

The research study has shown that after the intervention the experimental group had higher average scores of the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs in overall and individual aspects and medication adherence than the comparison group did at a statistic significance level of .05, which is in accordance with the 2nd hypothesis. This shows that applying the program to the experimental group could increase its levels of knowledge about HIV/AIDS in overall and individuals aspect and could adjust their health beliefs related to perceptions more suitably and better than in normal nursing care for the control group. As or normal nursing care, due to some restraints, e.g. a large number of patients and inadequate officers, who have a lot of personalities and do not assess patients’ knowledge and understanding, the health education that patients usually receive from health care provider is mostly an overview under group-based and one-way communication approach. The methods are easy but result in the failure to meet the needs of each individual patient. Sometimes, health care provider present information that patients have already known, is too difficult to understand, or consists of a lot of details, which results in a lack in their attention and then the failure to apply this to self-care practices.

Health beliefs, which are another factor influencing medication adherence, have been ignored by health care provider, who always stress on teaching or giving advice. Patients have different backgrounds and live in different environment and society. They have different thoughts, norms, traditions, and cultures, which cause them to have different health beliefs. Therefore, one-way education can neither change their health behavior nor improve their medication adherence if they possess wrong health beliefs related to perceptions. This is in accordance with the research study of Tsai and colleagues (2002), finding that most nurses' assessment of their patients' beliefs did not conform to their actual belief and viewed that their patients' problems were normal matters that the patients had to confront, which resulted in inefficient nursing planning.

Furthermore, in the Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA applied to the experimental group, the medication recording form and telephone follow-up were introduced. The medication recording form could be compared to the researcher, who supported their adherence to antiretroviral therapy. During normal nursing care, the subject was looked after only when they visited the hospital. At present, the follow up system about drug taking or medication adherence is not common.

Therefore, before counseling, apart from assessing the patients' knowledge, health personnel should attach great importance to the assessment of health beliefs of each individual patient. Although this will increase their services burden, it will enable them to understand the causes and barriers concerning non-medication adherence among them and to plan on nursing care and giving advice to each patients suitably so as to make them understand and realize the importance of medication adherence and look after themselves properly.

Recommendations

The results of this research can be applied to nursing implementation as follows:

1. Nursing Practice

Nurses can apply the Counseling Program Using Motivational Interviewing on Adherence to Antiretroviral Therapy in PLHA to promote the health and prolong the

longevity of patients. However, they should assess the stages of change of respective patients to analyze their readiness for changing their behavior affecting medication adherence. Besides, they should evaluate the knowledge about HIV/AIDS and health beliefs of respective patients before counseling or adjusting their beliefs.

2. Nursing education

2.1 The research results can serve as the basic information and guidelines for teaching nursing students in nursing and methods for promoting medication adherence among PLHA and other chronic diseases.

2.2 Nurses looking after PLHA should be encouraged to participate in training courses on counseling about looking after patients, which will improve their specialized knowledge and performance for nursing care of PLHA.

3. Nursing research

The results of the research study can serve as the basic data for developing the patterns of counseling about drug or development of other kinds of equipment to improve medication adherence among PLHA or other chronic diseases.

Recommendations for further research

1. The results of the counseling program on medication adherence in PLHA should be consistently studied in other groups, e.g. pregnant PLHA, PLHA aged lower than 18 years, or PLHA who receiving antiretroviral treatment at other health institutes.

2. The results of the counseling should be continually monitored, e.g. every 3 months, 6 months or 1 year to monitor the maintenance of medication adherence, levels of knowledge about HIV/AIDS, antiretroviral treatment and health beliefs.

3. Patterns of counseling based on the Transtheoretical theory with the motivational interviewing technique should be applied to the promotion of medication adherence in patients of other chronic diseases, e.g. diabetes, hypertension, and obesity.

4. For evaluating the medication adherence, multiple of measurement should be utilized, e.g. pills count and visual analog scales to gain the most correct

evaluation results and laboratory tests should be carried out for CD4 and viral load in association with visual analog scales to reveal more empirical results.



บรรณานุกรม

- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2545). ยาต้านไวรัสเอดส์. Available from. <http://www.aids thai.org/com>. (accessed 15/7/06)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวทางการปฏิบัติงานโครงการ: การพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์* พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง* พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *National Guidelines for The Clinical Management of HIV Infection in Children and Adult*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. (2541). *Advances on AIDS: Pathogenesis and therapy*. ในสิริ เชี่ยวชาญวิทย์ (บรรณาธิการ). *Color atlas of HIV infection*. กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเรนส์ นู๊ดส์เซ็นเตอร์, 1-63.
- เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. (2545). *สัมมนาเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งที่ 5*. Available from <http://www.aidsaccss.com/07/index.php>. (accessed 17/8/06)
- เกื้อกุล ถนอมกิจ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*, 5(3), 27-39.
- จันทน์ จันทระพินิจ. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความสามารถในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2549). *คู่มือความรู้เรื่องเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). *การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด*. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ*. ในพิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- พิระมน นิงสานนท์และคณะ (บรรณาธิการ). *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- พัชร ลิขณะวงศ์ศรี. (2544). *คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อเอดส์ที่มาได้รับการรักษาที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ 10 เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สมจิตร ตูลาทอง, เขียวเรศ ดิลง และแอน วิลเลียมส์. (2546). *การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และผู้ดูแล*. ม.ป.ท.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). *การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์*. ใน พิระมน นิงสานนท์และคณะ (บรรณาธิการ). *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ วิลเลียมส์ แอน. (2547). *การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์: การทดสอบความตรงของ visual analog scale กับปริมาณ viral load*.
- วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย. (2540). *เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์ จำกัด.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2549). *รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์*. หน่วยงานสถิติและวางแผน. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยและพัฒนา. (2543). จีพีโอเวอร์. Available from

<http://www.gpo.or.th/rdi/html/gpovir.html>. (accessed 17/8/06)

สุรพล สุวรรณกุล. (2543). โรคเอดส์ทางคลินิก. ใน มัทยา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ). *เอดส์การดูแลรักษา*. กรุงเทพฯ: ดี เซส.

สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วิฑิต พัวประดิษฐ์. (2539). การติดเชื้อเอชไอวี ในสูติกรรม. ใน: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วิฑิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล. (บรรณาธิการ). *สูติศาสตร์ รามธิบดี*. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง, 157-170.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). *จดหมายเรื่อง: การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. Available from <http://www.gpo.or.th/rdi/html/gpovir.html>. (accessed 17/1/06)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). *แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง*. โรงพิมพ์การศาสนา.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การขึ้นพื้นฐาน*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2548). *คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสและความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2549). *สถานการณ์โรคเอดส์*.

Available from http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html. (accessed 12/9/06)

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2550). *สถานการณ์โรคเอดส์*.

Available from .<http://epid.moph.go.th>. (accessed 12/1/08)

อรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2539). *คู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องยาฉบับสมบูรณ์*. กลุ่มงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.

องค์การเภสัชกรรม. (2545). *การวิจัยและผลิตยาสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS*. Available from
<http://203.157.19.196/antiaids/antiaids.htm>. (accessed 15/5/06)

A Service of the U.S. Department of Health and Human Services & Henry Kaiser Family. (2003).
Guideline for the use of antiretroviral agents in HIV-Infected adult and adolescents.
Available from:http://www.aidsinfo.nih.gov/guideline/adult/AA_07143.pdf. (Accessed
Sept 12, 2003).

Adriana, A. et al. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral
therapy: Overview of published literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency
Syndromes*, 31(3), 123-127.

AIDS Institute New York State Department of Health. (1998). *Treatment adherence for people
with HIV infection: A guide of health care provider*. n.p.

Alissa, D. J. et al. (2004). Effect of a tailored follow-up intervention on health behaviors, beliefs,
and attitudes. *Journal of Woman's Health*, 13(5), 557-568.

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.

Baker, A., Kochan, N., Dixon, J., Heather, N. & Wodak A. (1995). Controlled evaluation of a
brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment.
AIDS Care, 6, 559-570.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*.
Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and
Company.

Bansberg, D.R., et al. (2001). Non-adherence to highly active retroviral therapy predicts
progression to AIDS. *AIDS*, 15, 1181-82.

- Barre, S.F., Chermann, F., Rey, F., Nugeyre, M.T., et al. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science*, 20, 868-871.
- Becker, M.H. (1990). Theoretical models of adherence and strategies for improving adherence. In S.A. Shumaker, E.B. Schron, & J.K. Ockene (Eds.), *The handbook of health behavior change*. New York: Springer Publishing, 5-37.
- Bernadine, M.P., Friedman, R., Marcus, B.H., et al (2002). Effects of a computer-based, telephone-counseling system on physical activity. *Am J Health-Syst Pharm.* 18(7), 562-572.
- Bonnie, J. (2005). Medicaid home and community-based care waiver program: Providing services to people with AIDS. *Health Care Financing Review ISSUE*, 18(4), 83-103.
- Bruce, A.B. (2002). *Communication Skills for Pharmacists*. Jobson Publishing, Washington DC, 87-88.
- Cantwel, N.K., Mames, C.W. (2002). Role of clinical pharmacist in outpatient HIV clinics. *Am J Health-Syst Pharm.* 59, 447-52.
- Caprio, M., et al. (2002). Closely Supervised Intervention Pilot Program to Improve Adherence among Urban Indigent Woman. *XIV International AIDS Conference*, Barcelona.
- Carney, P., Harwood, B., Green, M., & Goodrich, M. (2005). Impact of a Telephone Counseling Intervention on Transitions in Stage of Change and adherence to Interval Mammography Screening. *Cancer Causes and Control*, 16(7), 799-807.
- Catley, M., Ncobo, N., & MacLean, E., (2006). *Adherence - information series for HIV- positive people*. (2nd ed). London, NAM.
- Cassidy, C.A. (1997). Facilitating Behavior Change. *American Association of Occupational Health Nurses*, 45(5), 239-246.
- Chesney, A.M. (2000). Factor affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infection Diseases*, 30(2), 171-6.
- Chiou, P.Y., TiauKuo, B.I., Lee,M.B., Chen, Y.M., Chuang, P., & Lin, L.C. (2002). A Program of Symptom Management for Improving Quality of Life and Drug Adherence in AIDS/HIV patients. *American Journa of Preventive Medicin.* 22(2), 344-53.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Cook, P.F., Emiliozzi, S., & McCabe, M.M. (2007). Telephone counseling to improve osteoporosis treatment adherence: an effectiveness study in community practice setting. *American Journal of Medical Quality*, 22(6). 445-56.
- Craig, F., Daniel, W., Hungerford & Chris D. (2005). Brief Motivations: An Introduction. *J Trauma*, 59, S21-S26.
- Darder, M., Michaels, D., Boule,A., Ncobo, N., MacLean, E., & Goemaere, E. (2004). *Determinants of short and long-term adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings*. The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Davis, R.G., & Lau, S.Y. (1997). Factor predictive of a beneficial response to therapy of hepatitis c. *Hepatology*, 26, S122-S127.
- Deborah, S. F. (2003). *The transtheoretical model and Promoting Adherence to Medications:Video clip*. Available from. <http://nursing.buffalo.edu/research/TTM.asp>. (access 14/11/06).
- DHHS. (2004). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Available from: <http://www.aidsinfo.nih.gov> (Accessed 18/08/06)
- DiMatteo, M.R., Lepper, T.W., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med*, 160, 2101-2107.
- Dilorio, C., Resnicow, K., McDonnell, M., Soet, J., McCarty, F., & Yeager, K. (2003). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 52-62.
- Eldred, L.J., Wu, A.W., Chaisson, R.E., & Moore, R.D. (1998). Adherence to Antiretroviral and Pneumocystis Prophylaxis in HIV Disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 18(2), 117-125.
- Essex, M. (1992). Origin of AIDS. *AIDS*. (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott, 1-11.
- Farley, J., Hines, S., Musk, A., Ferrus, S., & Tepper, V. (2003). Assessment of adherence to antiviral therapy in HIV-infected children using the medication event monitoring system, pharmacy refill, provider assessment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 322-325.

- Flank, R.L., Melnikow, J., & Stewart, P. (2005). Medical adherence research: time for a change in direction. *Med Care*, 42, 197-199.
- Frick, P.A., Gal, P., Line, T.W. & Swell, P.C. (1998). Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patient Care & STDs*. 12, 463-470.
- Gance, M.B. (2005). No complacency about adherence to antiretroviral therapy in Sub Saharan Africa. *AIDS*, 19, 1243-1249.
- Gifford, A. L., et al. (2002). *Effects of Group HIV Patient Education on Adherence to ARVs: A Randomized Controlled Trial*. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago.
- Golin , C.E., Earp, J., Tien, H.C., Stewart, P., Porte, C., & Howie, L. (2006). A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(1), 42-51.
- Gordillo, V., Amo, J.D., Soriano, V. & Gonzalez, L.J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Goujard, C., N. Sohier, D., & Peyramond, et al. (2003). Impact of a Patient Education Program on Adherence to HIV Medication: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(2), 191-94.
- Gray, L., Edmondson, E., & Lemke, A.L. (2003). *HIV treatment adherence: a guide for program development*. Available from [http:// www. hapdeu.org/adherence.html](http://www.hapdeu.org/adherence.html). (accessed 14/5/06)
- Guthrie, R.M. (2001). The effects of postal and telephone reminders on compliance with pravastatin therapy in a national registry: results of the first myocardial infarction risk reduction program. *Clinical Therapeutics*, 23. 970-80.
- Haynes, R.B. (1997). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B. (2003). *Promoting adherence to HIV antiretroviral therapy*. AIDS institute New York state department of health.

- Heller, R.F., Knapp, J.C., Valenti, L.A., et al. (1993). Secondary prevention after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 72, 759.
- Hirandit, A. (2001). *Pharmaceutical Care in HIV Clinic at Phramongkutklo hospital*. M.Sc. thesis in Clinical Pharmacy (Clinical Pharmacy), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Holzemer, W.L., et al. (2006). Testing a Nurse-Tailored HIV Medication Adherence Intervention. *Nursing Research*, 55(3), 179-184.
- Hussey, L.C., & Gilliland, K. (1989). Compliance, low literacy, and locus of control. *Nursing Clinics of North American.*, 24, 605-611.
- Ickovics, J.R., & Meade, C.S. (2002). Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: A clinical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(3), 98-102.
- Janis, I.L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassell & Collier Macmillan.
- Jenwitheesuk, E., Watitpun, C., Vibhagool, A., et al. (2003). Prevalence of genotypic HIV-1 drug resistance in Thailand, 2002. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) & World Health Organization (WHO). (2006). *AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS: December 2006*. Geneva.
- Joyce, K., Haruna, N.M., Robert, O., & Sikhulile, M. (2003). *Factors that facilitate or constrain adherence to antiretroviral therapy among adults at four public health facilities in Botswana: a pre-intervention study*.
- Judith, A.E. & Susan, M.S. (2006). Fidelity to a 12-Week Structured Medication Adherence Intervention in Patients with HIV. *Nursing research*, 55(2s), S17-S22.
- Kalichman, S.C., Jacqueline, C. & Demetria, C. (2005). Nurse-Delivered Antiretroviral Treatment Adherence Intervention for People with Low Literacy Skills and Living with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(5). 3-15.
- Kastrissios, H., Suarez, J., Katzenstien, D., Girard, P., Sheiner, L.B., & Fletcher, A.P. (1998). Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. *AIDS*, 12(17), 2295-2303.

- Kibangou, N. (2004). A Therapeutic Advisor for Adherence to HAART in C.T.A, *Pointe-Noire, Congo*. XV International AIDS Conference, Bangkok.
- Knobel, H., et al. (1999). Adherence to Highly Active Antiretroviral Treatment: impact of individualized assessment. *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica*, 17, 78-81.
- Kyngass, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of clinical Nursing*, 9, 549-556.
- Little, S.J, Holte, S., & Routy, J.P. (2002). Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *New England Journal of Medicine*, 8(6), 385-94.
- Maher, K., Klimas, N., & Flrtcher, M.A. (2001). Disease progression, asherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. *Journal of Acquired Immune in Deficiency Syndrome*, 22, 358-63.
- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., & Chesney, M. (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes of Human Immuno-deficiency virus-infected person in clinical trials. *Clin Infect Dis*, 34, 1115-21.
- 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.
- Mehta, S., Moore, R.D., & Graham, M.H. (1997). Potential factor affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11, 1665-70.
- Melbourne, K.M, Geletko, S.M, Brown, S.L, Willey, L.C., Chase, S., & Fisher, A. (1999). Medication Adhernece in Patients with HIV Infection: A Comparison of Two Measurement Method. *AIDS Reader*, 9(5), 329-338.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Molassiotis, A., et al. (2003). A Pilot Study of the Effects of a behavioral Intervention on Treatment Adherence in HIV-Infected Patients. *AIDS Care*, 15(1), 121-35.
- Mostashari, F., et al. (1998). Acceptance and Adherence with Antiretroviral Therapy among HIV-infected woman in a correction facility. *Journal of Acquired Immune in Deficiency Syndrome*, 18(4), 341-348.

- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2006). *Adherence to Medication*. Available from www.nejm.org (access 2/12/07).
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E., Squier, C., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor treatment and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21-30.
- Population Council International Centre for Reproductive Health Coast Province General Hospital. (2004). *Adherence to Antiretroviral Therapy In Adults: A Guide for Trainers*. Population Council, Kenya.
- Pradier, C., et al. (2003). Efficacy of an Educational and Counseling Intervention on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *HIV Clinical Trials*, 4(2), 121-31.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R.M. Eisler, & Miller, P.M. (Eds.), *Progress on behavior modification* (pp. 183-218). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (1998). *Systems of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Rand, C.S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic disease: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 68D-74D.
- Phipps, W.J., Long, B.C. & Wood, N.F. (1983). *Medical Surgical Nursing*. (2nd ed.). Saint Louis: Mosby Year Book.
- Phongphutachat, R. (2005). *Application of self-efficacy theory on antiretroviral drug adherence among HIV-infected/AIDS patients*. M.A. thesis in Science (Public Health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Resnicow, K., Coleman, W.D., Jackson, A., DiGirolamo, A., Odom, E., Wang, T., et al. (2000). Dietary change through Black churches: Baseline results and program description of the "Eat for Life" trial. *Journal of Cancer Education*, 15, 156-163.
- Roberts, K.J. (2000). Barriers to and facilitators of HIV-positive patient's adherence to antiretroviral treatment regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 14, 155-168.
- Roca, B., et al. (2004). *Usefulness of an Education Program to Improve Adherence and Efficacy of Anti-HIV Therapy*. XV International AIDS Conference, Bangkok.
- Roter, D.L, Hall HA, Merisca R., et al. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Med Care*, 36, 1138-1161.
- Safren, S.A., et al. (2001). Two Strategies to Increase Adherence to HIV Antiretroviral Medication: Life-Steps and Medication Monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-62.
- San Francisco AIDS Foundation. (2007). *HIV/AIDS statistics*. Available from http://www.sfaf.org/documents/2007_2nd_qtr_stats.pdf. (access 3/01/08).
- Schroeder, K., Fahey, T., Ebrahim, S., & Peters, T.J. (2004). Adherence to long-term therapies: recent WHO report provides some answers but poses even more questions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 2-3.
- Sigh, N., Berman, S.M., Swindells, Justis, J.C, Mohr, J.A, et al. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 29, 824-30.
- Smith, D.E., Heckmeyer, C.M., Kratt, P.P., & Mason, D.A. (1997). Motivational Interviewing improve adherence to a behavioral weight control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes care*, 20(1), 52-54
- Somsong, W. (2002). *Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients*. M.A. thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stone, V.E., Adelson, M.J., Duefield, C.A., Steger, K.A., Stein, M.D., & Mayer, K. H. (1998). *Adherence to protease inhibitor therapy in clinical practice: Usefulness of demographics, attitudes, and Knowledge as predictors*. (12th ed.). World AIDS Conference, Geneva, June. (Abstract#32337).

- Stone, V.E., et al. (2001). Antiretroviral regimen complexity, reported adherence, and HIV patients understanding of their regimen: Survey of woman in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(2), 124-131.
- Stone, V.E. et al. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infection Diseases*, 33, 865-72.
- Sutthent, R., Arworn, D., Kaoriangudom, S., et al. (2005). HIV-1 drug resistance in Thailand: before and after national access to antiretroviral program. *J Clin Virol*.
- The Stanford Nutrition Action Program. (1997) A dietary fat intervention for low-literacy adults. *Am J Public Health*, 87, 1971.
- Theresa, M. (2006). A Behavior Change Intervention for Women in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 146-153.
- Tsai, Y.F., Hsuing, P.C., & Hozler, W.L. (2002). Symptom Management in Taiwanese Patients with HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(4): 301-308.
- Tulatong, S. (2004). *Affective factors to medication adherence among patients receiving highly active antiretroviral therapy (HAART)*. M.A. thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- United States Department of Health and Human Services. (2003). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents*. Available from. <http://hivatis.org/trtgdlns.html#Adult>. (accessed May 30, 2003)
- Vanhove, G.F, Schapiro, J.M, & Winters, M.A. (2000). Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA*, 276, 1955-6.
- Wagner, G.J., Remien, R.H., Carballo-Diequez, A. & Dolezal, C. (2002). Correlates of adherence to combination antiretroviral therapy among member of HUV-positive mixed status couples. *AIDS Care*, 14, 105-109.
- Wald, R.L. & Temoshock, L.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, J.C., Mandalia, S., & Gazzard, B.G. (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.
- Maneesriwongul, W.L., Tulathong, S., Fennie, K.P., & Williams, A.B. (2006). Adherence to Antiretroviral Medication Among HIV-Positive Patients in Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43, S119-S122.
- Williams, A., & Friedland, G. (1997). Adherence, compliance and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9(7), 51-55.
- Williams, A.B. (2001). Adherence to regimens: 10 vital lessons. *AJN*, 101(6), 37-43.
- Wong, I.Y., Nicholas V. L., Struthers, H., McIntyre, J., & Friedland, G.H. (2006). Development and Assessment of an Innovative Culturally Sensitive Educational Videotape to Improve Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Soweto, South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43, S142-S148.
- World Health Organization. (2002). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.
- Zorrilla, 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 women and its associated factors*. The 15th International AIDS Conference, Bangkok.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา
 - 1.3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
 - 1.4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง
 - 2.1 โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
 - 2.2 การให้การศึกษาทางโทรศัพท์
 - 2.3 แบบบันทึกการให้การศึกษา
 - 2.4 แบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่อง... หรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

HN.....

1. อายุ.....ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) สมรส
(3) หม้าย (4) หย่า
(5) แยก
4. ระดับการศึกษาที่สำเร็จ (1) ไม่ได้รับการศึกษา (2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษาตอนต้น (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย
(5) ปวช. (6) ปวศ.
(7) อนุปริญญา (8) ปริญญาตรี
(9) ปริญญาโท (10) ปริญญาเอก
5. อาชีพ (1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (2) พนักงานบริษัท
(3) ค้าขาย (4) เกษตรกรรม
(5) รับจ้างทั่วไป (6) แม่บ้าน/พ่อบ้าน
(7) นักเรียน/นักศึกษา (8) อื่นๆระบุ.....
6. วิธีชำระค่ารักษา (1) เบิกได้ () ชำระการ () รัฐวิสาหกิจ
() ประกันสังคม
(2) เบิกไม่ได้ () จ่ายเองทั้งหมด () จ่ายเองบางส่วน
() สังคมสงเคราะห์
() ได้รับความช่วยเหลือจาก.....
7. รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ.....บาท
8. รายได้ที่ท่านได้รับ (1) พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ (2) พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
(3) ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน ระบุวิธีแก้ปัญหา.....
(4) ไม่พอใช้และมีหนี้สิน

9. บทบาทในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) บิดา (2) มารดา (3) สามี
(4) ภรรยา (5) บุตร (6) อื่นๆ ระบุ.....
10. ทราบว่าติดเชื้อมาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
11. มีโรคฉวยโอกาสหรือไม่ (1) ไม่มี
(2) มี ระบุ.....
12. ไข้ยาด้านไวรัสเอดส์ครั้งแรกเมื่อ.....
13. รับประทานยาอื่นด้วยหรือไม่ (1) ไม่ใช่
(2) ใช่ ระบุ.....
14. ไข้ยาด้านไวรัสต่อเนื่องมาเป็นเวลา.....ปี.....เดือน
15. เคยหยุดไข้ยาด้านไวรัสเป็นระยะหนึ่งหรือไม่
(1) ไม่เคย
(2) เคย เพราะ.....
16. บุคคลที่ท่านบอกให้ทราบว่าติดเชื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) บิดา (2) มารดา (3) สามี
(4) ภรรยา (5) บุตร (6) เพื่อน
(7) อื่นๆ ระบุ.....
17. ท่านเคยใช้ยาเสพติดหรือไม่
(1) ไม่เคยใช้ (2) เคยใช้ปัจจุบันเลิกแล้ว
(3) ปัจจุบันยังใช้อยู่ ระบุชนิด.....
18. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์หรือไม่ (ถ้าไม่ดื่ม ไม่ต้องตอบข้อ 19 และ 20)
(1) ไม่เคยดื่ม (2) เคยดื่มปัจจุบันเลิกแล้ว
(3) ปัจจุบันยังดื่มอยู่ ระบุชนิด.....
19. ปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/วัน
20. ความถี่ในการดื่ม (1) ทุกวัน (2) วันเว้นวัน
(3) 2-3 วัน/สัปดาห์ (4) 1 วัน/สัปดาห์
(5) อื่นๆ ระบุ.....
21. ยาด้านไวรัสเอดส์สูตรที่ใช้ในปัจจุบัน
(1) GPO-VIR (30) 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง (2) GPO-VIR (40) 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง
(3) (4)

22. ผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ ที่เกิดกับท่านในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|-----------------------|
| (1) ตัวชืด | (2) เล็บมีสีคล้ำ |
| (3) ปวด/เวียนศีรษะ | (4) คลื่นไส้ |
| (5) อ่อนเพลีย | (6) ปวดท้อง |
| (7) ปวดหรือชาปลายมือปลายเท้า | (8) ท้องเสีย |
| (9) ผื่นผิวหนัง | (10) ผม่ว |
| (11) สมาธิสั้น | (12) ฝันร้าย ฝันแปลกๆ |
| (13) หลงลืม | (14) นอนไม่หลับ |
| (15) อึดท้อง | (16) เบื่ออาหาร |
| (17) น้ำหนักลด | (18) เห็นภาพมัว |
| (19) อักเสบบริเวณผิวหนังและเล็บ | (20) ผิวแห้ง |
| (21) มึนงง | |
| (22) ไขมันย้ายที่ (ไขมันบางบริเวณเพิ่ม แต่บางบริเวณลดลง, แก้มตอบ) | |
| (23) การรับรู้รสเปลี่ยนไป (รู้สึกอาหารจืดชืด) | |
| (24) มีความไวต่อแสงกระตุ้น (เช่น แสง, ไอ จาม, ตกใจง่าย) | |
| (25) อื่นๆ ระบุ..... | |

แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา

คำถาม “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบเม็ด ตรงเวลา อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเพียงใด”

(ให้ขีดเครื่องหมาย X บนเส้นตรง ข้างล่างนี้)

0

100

ไม่สม่ำเสมอเลย
(ไม่ได้รับประทานยาเลย)

สม่ำเสมอมากที่สุด
(ไม่เคยขาดยาเลย
และรับประทานยาครบทุกเม็ด
ตรงเวลาทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์

คำชี้แจง: กรุณาเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย X ตรงช่องที่ตรงกับความคิดของท่านเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการเลือกตอบ และถือเกณฑ์ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน
ไม่รู้	หมายถึง	ท่านไม่ทราบ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
0.	โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้		☒	X

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1.	<u>ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์</u> โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในปัจจุบัน			
2.	เชื้อโรคเอดส์ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง			
3.	เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงจะมีโอกาสติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย			
4.	ผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้วจะไม่มีโอกาสรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้			
5.	เมื่อมีเชื้อโรคเอดส์ปริมาณมากในร่างกาย จะทำให้โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว และรุนแรง			
6.	เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานบกพร่องอย่างรุนแรง อาจทำให้เกิดโรคเมเร็งบางชนิดได้			
7.	การรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อโรคเอดส์ จะช่วยให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น			
8.	การรักษาที่ช่วยลดปริมาณเชื้อโรคเอดส์ จะช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคให้เกิดขึ้นช้าลง (มีสุขภาพดี)			
9.	ยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้เชื้อโรคเอดส์ในร่างกายมีจำนวนลดลง			
10.	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีอายุยืนยาวขึ้น			
11.	ยาต้านไวรัสเอดส์จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น/แข็งแรงขึ้น			
12.	ยาต้านไวรัสเอดส์สามารถรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้หายได้			
13.	เมื่อได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่จำเป็นต้องป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นอีก			

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1.	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ในขณะที่รับประทานยาป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ไม่ควรรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์			
2.	ในช่วงที่ท่านรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงดี ท่านสามารถหยุดยา ต้านไวรัสเอดส์ตามต้องการ			
3.	ท่านควรจะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อใช้ยา สมุนไพรหรืออาหารเสริมที่เชื่อว่ารักษาโรคเอดส์ได้			
4.	ท่านไม่จำเป็นที่จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง สม่ำเสมอ โดยสามารถเว้นระยะการรับประทานยาได้บางช่วง ตามความต้องการ			
5.	เมื่อรู้สึกแข็งแรงดี ท่านไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์เพื่อรับยา ต้านไวรัสเอดส์ต่อ			
6.	เมื่อสังเกตพบว่าท่านมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ ชนิดหนึ่ง ท่านสามารถหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ชนิดนั้น โดยยังคงรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดอื่น ต่อไป			
7.	เมื่อท่านลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มือใดมือหนึ่ง ท่าน สามารถนำมารวมรับประทานในมือต่อไปได้			
8.	เมื่อท่านลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มือใดมือหนึ่ง ท่าน ควรดยมนั้นไป			
9.	หากเชื้อโรคเอดส์คือยา จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล			
10.	การลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บางมือ ไม่มีผลต่อการ รักษา			
11.	การหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพียงบางตัวจะไม่ทำให้ คือยา			
12.	การหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในช่วงสั้นๆ จะไม่มีผล ต่อการรักษา			

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1.	ผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ยาด้านไวรัสเอดส์อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ ได้ในผู้ติดเชืบบางราย			
2.	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ อาจมีผื่นแดงตามร่างกาย			
3.	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะได้			
4.	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ อาจมีอาการปวดท้อง หรือท้องเสียได้			
5.	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัส อาจมีอาการเจ็บแปลบแสบร้อน ชาปลายมือปลายเท้าได้			
6.	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสอาจมีอาการปวดเมื่อยตามตัวได้			
7.	เมื่อรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในช่วงกลางวันแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านสามารถเปลี่ยนมารับประทานยาชนิดนั้นก่อนนอนได้ตามความต้องการ			
8.	ท่านควรหยุดใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ทันที เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา			
9.	เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ท่านควรแจ้งให้แพทย์ทราบ			
10.	เมื่อใช้ยาด้านไวรัสเอดส์แล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียไม่สบายตัว ผู้ติดเชื้อควรหยุดใช้ยาในระยะหนึ่ง และกลับมาใช้ยาอีกครั้งเมื่ออาการดีขึ้น			
11.	ผู้ติดเชื้อควรรับประทานยาด้านไวรัสต่อไปเมื่อมีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงจากการใช้ยา			
12.	ผู้ติดเชื้อสามารถนำตัวอย่างยาด้านไวรัสเอดส์ไปซื้อได้เอง จากร้านขายยา โดยไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์			
13.	เมื่อผู้ติดเชื้อที่สามารถดูแลตนเองได้มีอาการข้างเคียงซึ่งไม่รุนแรงจากการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย สามารถรับประทานยาต่อไปได้			

-----ขอบคุณค่ะ-----

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง: กรุณาเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย X ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการเลือกตอบและถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านพอสมควร
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของท่านอย่างยิ่ง

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
0.	เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสต่างๆ ทำให้ท่านอ่อนเพลีย				X	

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	<u>ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ</u> การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิด จำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้					
2.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิด จำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง มีผลทำให้เชื้อไวรัสเอดส์สามารถดื้อยาได้					
3.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิด จำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้เชื้อไวรัสเอดส์มีปริมาณมากขึ้น					
4.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิด จำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้การดำเนินของโรคก้าวหน้า อาการของท่านแย่ลง					
5.	แม้ว่าท่านจะกินยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามชนิด จำนวน และตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ก็อาจยังมีโอกาสติดเชื้อได้					
1.	<u>ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ</u> การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิด จำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิดจำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง จะทำให้เกิดการดื้อยาเร็วขึ้น และต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ที่ยุ่งยากในการกินยามากขึ้น					
3.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิดจำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง จะทำให้เกิดการดื้อยาเร็วขึ้น และต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ที่แรงขึ้น มีผลให้อาการข้างเคียงของยามากขึ้น					
4.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับการดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดอื่น ทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ลดลง มีผลต่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น					
5.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามชนิดจำนวน และไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสง่ายขึ้น และรุนแรงขึ้น					
<u>ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</u>						
1.	ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันสามารถรักษาโรคเอดส์ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ					
2.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์เป็นวิธีการรักษาโรคเอดส์ที่ดีที่สุดในปัจจุบัน					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3.	สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยยา 3 ชนิด ขึ้นไป เพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา					
4.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ช่วยเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดขาวที่เป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันโรค					
5.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามชนิดจำนวนและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น					
6.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามชนิดจำนวนและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้โอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง					
7.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามชนิดจำนวนและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ไอวีในกระแสเลือดลดลง					
8.	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้อาการของท่านดีขึ้น					
1.	<u>ด้านการรับรู้ประสบการณ์ของการรับประทายยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</u> ความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น ทำให้รู้สึกท้อแท้อยากหยุดกินยา					
2.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์จำนวนมากยิ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเพิ่มมากขึ้น					
3.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย					

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4.	ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่ต้องเผชิญกับ สูตรยาชุดใหม่ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ต้านไวรัส					
5.	จำนวนเม็ด และขนาดของยาต้านไวรัส เอดส์ ทำให้ท่านรู้สึกอับอายเวลากินยา นอกบ้านหรือที่ทำงาน					
6.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ทุกวันนอกบ้าน หรือที่ทำงานต่อหน้าผู้อื่น ทำให้ท่าน กังวลหรือกลัวว่าผู้อื่นจะทราบว่าเป็น โรคเอดส์					
7.	แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน และ ลักษณะการทำงานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ท่านลืมกินยาต้านไวรัสเอดส์					
8.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามชนิด, จำนวนและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้ ท่านรู้สึกยุ่งยาก					
9.	การเสียค่าใช้จ่าย เช่น การซื้อยาต้านไวรัส เอดส์ การตรวจเลือดเพื่อผลการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาตรวจตาม นัด เป็นต้น เป็นอุปสรรคต่อการมารับการ รักษา					
10.	การต้องหยุดงานหรือเสียโอกาสในการหา รายได้ เป็นอุปสรรคต่อการมารับการ					

-----ขอบคุณค่ะ-----

โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ให้การปรึกษา ร้อยโทหญิง องค์กร ประจันเขตต์

ผู้รับการปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เวลา โปรแกรมมีระยะเวลา 4 สัปดาห์

สถานที่ แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์การสร้างสัมพันธภาพ

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการให้การปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในการเปิดเผยข้อมูลและความรู้สึก

เนื้อหา

1. ขั้นตอนนี้สามารถทำได้ตลอดเวลา ควรเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แสดงความชื่นชมที่ผู้รับการปรึกษามารับการปรึกษา
2. พูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อเป็นการลดความเครียดและสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกันทั้งผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
3. ใช้ทักษะของการให้การปรึกษาที่เรียกว่า “การใส่ใจ” ต่อผู้รับการปรึกษาเป็นหลัก ทักษะนี้ประกอบด้วย
 - การสบตาแสดงความสนใจ
 - การฟังและเคลื่อนไหวแบบผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด
 - โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย
 - ท่าทีสุภาพ ฟังอย่างตั้งใจ
4. อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาและประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อจูงใจให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจ ตกลงในบริการและร่วมมือในการดำเนินการให้การปรึกษาดังแต่ต้นจนจบ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองได้

การตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ของการตกลงบริการ

เพื่อให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจกระบวนการให้การปรึกษา เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา รวมทั้งให้ความร่วมมือเพื่อให้การช่วยเหลือสัมฤทธิ์ผล

หัวข้อที่จะตกลงบริการ

1. จัดลำดับเนื้อหาและประเด็นที่จะพูดคุยกัน
2. ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับการศึกษาในเรื่องของการรักษาความลับ
3. พูดคุยและทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการศึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการศึกษาเข้าใจกระบวนการให้การปรึกษาถูกต้อง
2. ผู้รับการศึกษามีส่วนร่วมให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา เนื่องจากเข้าใจบทบาทของตนเอง
3. ผู้รับการศึกษาสามารถบอกประโยชน์ของการให้การปรึกษาได้

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจ และทำความเข้าใจปัญหา

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อประเมินความพร้อมที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้การปรึกษาตามความพร้อมของผู้รับการปรึกษาที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เนื้อหา

1. ประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนสูตรยา ขนาด ปริมาณยาที่รับประทานและระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
2. ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษาต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเอง ว่ารู้สึกอย่างไร
 - ไม่เป็นปัญหา
 - ไม่แน่ใจว่าเป็นปัญหา
 - เป็นปัญหามากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง

ตัวอย่างคำถาม - “คุณรู้สึกอย่างไรกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของคุณ”

3. หากผู้รับการปรึกษายังไม่เห็นว่ารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของตนเป็นปัญหา หรือไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไข ให้เริ่มให้การปรึกษาในระยะเพิกเฉย (Precontemplation)
4. หากผู้รับการปรึกษาไม่แน่ใจว่ารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของตนเป็นปัญหา หรือคิดว่าเป็นปัญหาแต่ไม่รู้สึกว่าจำเป็นต้องแก้ไข ให้เริ่มให้การปรึกษาในระยะลังเลใจ (Contemplation)
5. หากผู้รับการปรึกษาคิดว่ารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเป็นปัญหาต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง ให้เริ่มให้การปรึกษาในระยะตัดสินใจ (Determination)

หมายเหตุ ทั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้การปรึกษาจะประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้รับการปรึกษาก่อนเริ่มให้การปรึกษา และเลือกเฉพาะผู้ที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์น้อยกว่าร้อยละ 95 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Paterson et al., 2002) เข้ารับการให้การปรึกษา ดังนั้นจึงไม่มีผู้รับการปรึกษาที่อยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และอยู่ในระยะคงสภาพ (Maintenance) ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบของแนวทางการให้การปรึกษาระยะเพิกเฉย

(Precontemplation) ระยะลังเลใจ (Contemplation) และระยะตัดสินใจ (Determination) มาเป็นขั้นเริ่มต้นของแนวทางการให้การปรึกษาตามลำดับ

การให้การปรึกษาตามความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา

ระยะเพิกเฉย (Precontemplation)

ผู้รับการปรึกษายังไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเองที่เป็นปัญหา ภายใน 6 เดือนข้างหน้า เพราะยังไม่ตระหนักว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเป็นปัญหา

1. ทบทวนแผนการรักษาปัจจุบันและข้อมูลสุขภาพจากแฟ้มประวัติ
2. ประเมินการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยาของตนเอง เช่น การบอกชื่อยา ขนาดและปริมาณ เวลาในการกินยา การจัดเก็บยา
3. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างละเอียด และควรสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วย ถ้าพบว่ามีอาการเชื่อหรือความเข้าใจผิด ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อมูล ชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ไม่ตำหนิหรือเยาะเย้ย และแสดงความเข้าใจความรู้สึก โดยไม่แสดงความขัดแย้งกับผู้รับการปรึกษา

ตัวอย่างคำถาม -“คุณรู้สึกอย่างไรกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของคุณ”

-“คุณรู้สึกอย่างไรกับการที่ต้องกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

4. ประเมินความเข้าใจในเรื่อง CD4 จำนวนเชื้อไวรัสเอดส์ รวมทั้งเชื่อมโยงความสัมพันธ์ดังกล่าวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ตัวอย่างคำถาม -“คุณคิดว่ายาต้านไวรัสเอดส์ช่วยคุณได้อย่างไร”

-“คุณคิดว่าต้องทำอะไรให้ร่างกายมี CD4 เพิ่มขึ้น และเชื้อไวรัสเอดส์ลดลง”

-“คุณคิดว่าการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต้องกินอย่างไร”

ถ้าพบว่ามีภาวะเข้าใจผิด ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อมูล ชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด ด้วยท่าทีที่ไม่ตำหนิหรือเยาะเย้ย และแสดงความเข้าใจความรู้สึก โดยไม่แสดงความขัดแย้งกับผู้รับการปรึกษา

ถ้าผู้รับการปรึกษากล่าวคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจว่าต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถึงจะทำให้ CD4 เพิ่มขึ้น และเชื้อไวรัสลดลง ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการขอความกระจ่างเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยให้ผู้รับการปรึกษายกถึงวิธีรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น ชนิดของยา จำนวนเม็ดยา เวลาที่รับประทานในแต่ละครั้ง และข้อพึงระวังในการรับประทานยาแต่ละชนิด

5. ใช้เทคนิคการถามเพื่อกระตุ้นให้กล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเอง ดังนี้

- คำถามเพื่อให้ตระหนักในปัญหา (Problem Recognition)

- ตัวอย่างคำถาม
- “การรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้าง อย่างไรบ้าง”
 - “คุณลองคิดดูซิว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับคุณได้บ้างจากการลืมกินยาหรือกินยาไม่ตรงเวลาบ่อยๆ
 - “มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง”
 - “คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”
 - “คุณมีความยากลำบากอะไรบ้างเกี่ยวกับการติดเชื้อมั”
 - “คุณคิดว่าจะเกิดผลเสียอะไรขึ้นถ้าคุณไม่กินยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- คำถามเพื่อให้กังวลกับปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ(Concern)

- ตัวอย่างคำถาม
- “คุณเป็นห่วงกังวลในเรื่องการรับประทานยาของตนเองอย่างไรบ้าง”
 - “อะไรที่ทำให้ครอบครัวของคุณเป็นห่วง”
 - “คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไรบ้างหากคุณยังคงกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป”

- คำถามเพื่อให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

(Intention to change)

- ตัวอย่างคำถาม
- “สมมติว่าคุณรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ชีวิตจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”
 - “อะไรเป็นข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- คำถามเพื่อให้แสดงทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

(Optimism for change)

ตัวอย่างคำถาม -“อะไรที่เป็นตัวช่วย หากคุณคิดจะกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- ค้นหาสาเหตุของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และวิธีที่ผู้รับการศึกษากำหนดการกับปัญหา โดยหลีกเลี่ยงท่าที่จับผิดหรือตำหนิ

ตัวอย่างคำถาม - “ในเดือนที่ผ่านมาคุณลืมกินยากี่ครั้ง.....เพราะอะไร..... แล้วคุณทำอะไร”

- ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาขยายความ หรือให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจที่กล่าวออกมา เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษามีแรงจูงใจในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากการประเมินผู้รับการปรึกษาโดยตรงไปตรงมา เช่น ข้อมูลสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล ไม่ตำหนิ ไม่ชี้นำหรือโน้มน้าวใจผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เขามองเห็นสถานการณ์ของความเลวร้าย หรือผลเสียที่จะตามมา อันจะนำไปสู่การกระตุ้นแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป
- ถ้าผู้รับการปรึกษาต่อต้านที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ถกเถียง ขัดคอ ไม่ยอมรับปัญหา หรือเพิกเฉยต่อผู้ให้การปรึกษา วิธีจัดการกับการต่อต้านที่ดีที่สุด คือ การตั้งใจฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก หรือความกังวลของผู้รับการปรึกษา แสดงความเห็นอกเห็นใจ และค่อยๆ นำการสนทนากลับไปสู่กระบวนการตัดสินใจของผู้รับการปรึกษาอีกครั้ง
- ผู้ให้การปรึกษามั่นใจว่าการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

- ผู้รับการปรึกษาแสดงถึงการยอมรับปัญหา ตระหนักเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยสังเกตจากสีหน้าและการกล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจ

เช่น “ผม/ดิฉันคิดว่าคงต้องปรับการกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอกว่านี้”

“ถ้าไม่กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้สุขภาพของผมแย่ลงเรื่อยๆ”

ระยะลังเลใจ (Contemplation)

ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของเขาเป็นปัญหา และเชื่อว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 6 เดือนข้างหน้า จะก่อให้เกิดผลดีตามมา แต่ยังคงเล็งผลเสียและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และไม่มีมั่นใจว่าตนเองจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หรือยังไม่รู้สึกว่าการเป็นปัญหามากจนจำเป็นต้องรีบแก้ไข ดังนั้นจึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดความลังเลใจของผู้รับการปรึกษาที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. เพื่อค้นหาความสามารถในการแก้ปัญหา และเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เนื้อหา

1. ประเมินความลังเลใจและความรู้สึกกังวลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการถามกระตุ้นเร้า (Evocative Question)
ตัวอย่างคำถาม - “มีเรื่องใดที่คุณยังกังวลในการกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”
2. แสดงความเข้าใจและเห็นใจ บอกกับผู้รับการปรึกษาว่าภาวะลังเลใจเป็นเรื่องปกติ พร้อมกับแสดงความชื่นชมที่เปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมาพร้อมกับให้กำลังใจกับผู้รับการปรึกษา
ตัวอย่าง - “เป็นเรื่องไม่่ายเลยที่คุณสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ยืนหยัดอยู่ได้จนถึงจุดนี้ทั้งที่มีปัญหาไม่น้อย”
3. เมื่อทราบสาเหตุของความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว ผู้ให้การปรึกษาคควรประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้รับการปรึกษา และให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำตามความต้องการของผู้รับการปรึกษา (สาเหตุที่มักทำให้ลังเลใจ เช่น ขาดความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ไม่รู้วิธีการจัดการกับผลข้างเคียงของยา ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ฯลฯ)
4. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจภายในเพื่อการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยใช้ คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา
ตัวอย่างคำถาม - “คุณเคยป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสหรือไม่.....เมื่อไร”
- “อาการตอนนั้นเป็นอย่างไร”

- “คุณคิดว่าต้องทำอะไรร่างกายจึงแข็งแรงไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส”

5. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้มองเห็นแนวโน้มหรือทิศทางการตัดสินใจของตนเอง

หน้าต่างแห่งการตัดสินใจสำหรับผู้รับการปรึกษานั้นหลังจากได้ความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษา

ข้อดีของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	ข้อเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ตัวอย่างคำถาม

- “คุณคิดว่าการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อตัวคุณและครอบครัวอย่างไร”
 - “ถ้าคุณปรับเปลี่ยนตนเองให้กินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้สำเร็จ คุณคิดว่าสุขภาพของคุณน่าจะเป็นอย่างไรบ้าง”
 - “คุณคิดว่าอะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
 - “ถ้าคุณกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คุณจะต้องเอาชนะอุปสรรคอะไรบ้าง”
6. สสำรวจเป้าหมายหรือสิ่งที่มีความหมายในชีวิต โดยถามผู้รับการปรึกษาว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต หรือผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายอะไรในชีวิตบ้าง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความขัดแย้งระหว่างสภาพปัจจุบันกับสภาพที่ตนเองปรารถนาได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างคำถาม

-Co: “เป้าหมายชีวิตสูงสุดของคุณคืออะไร”

“อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต”

-CI: “ผม/ฉันอยากมีชีวิตอยู่เพื่อที่จะได้เห็นลูกรับปริญญา”

-Co: “คุณอยากเห็นลูกรับปริญญา ช่วงนี้คุณก็ต้องดูแลตนเอง

ให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี สุขภาพก็จะดีขึ้นเพื่อให้ได้เห็นลูกรับปริญญา”

7. ผู้ให้การปรึกษารูปความเป็นระยะ โดยเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง มีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่ระยะของการตัดสินใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไป
8. ผู้ให้การปรึกษามุ่งเน้นการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากยิ่งขึ้น โดยแสดงออกทั้งทางสีหน้า หรือคำพูดที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ ซึ่งประโยชน์ของการมีแรงจูงใจจะมีลักษณะที่แสดงถึง ความต้องการ, ความสามารถ, มั่นใจที่จะทำได้, เหตุผลของการกระทำ และความจำเป็นที่ต้องทำ
 เช่น - “ผม/ฉันคิดว่าคงจะอยู่ได้ไม่นาน หากกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”
 - “ผม/ฉันต้องดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้อยู่กับครอบครัวนานๆ”
 - “ผม/ฉันคงต้องดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้เห็นลูกรับปริญญา”
 - “ผม/ฉันคงต้องทำอะไรซักอย่าง เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น”
2. ผู้รับการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากยิ่งขึ้น โดยประเมินจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทันที หลังให้ความรู้และคำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา

ระยะตัดสินใจ (Determination)

ระยะนี้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงมีความตั้งใจแน่วแน่และเริ่มวางแผนการเปลี่ยนแปลงภายใน 30 วันข้างหน้า แต่ยังไม่ทราบชัดเจนถึงแนวทางปฏิบัติ และแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีแนวทางที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เนื้อหา

1. ทบทวนและสรุปข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสาเหตุและรูปแบบการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้รับการปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันอีกครั้ง
2. จัดเรียงลำดับ เชื่อมโยงข้อมูลและผลกระทบของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอด้านต่างๆ เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหา โดย
 - เรียงลำดับเวลาที่เกิดเหตุการณ์จากอดีตมาถึงปัจจุบัน
 - ตัวอย่าง ต้องเดินทางบ่อย ทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ส่งผลให้รับประทานยาไม่ ตรงเวลาหรือลืมรับประทานยา
 - เรียงลำดับผู้ที่ได้ผลกระทบจากปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ตัวผู้รับการปรึกษา ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานและคนอื่นๆ
 - ตัวอย่าง ผลกระทบที่คิดว่าจะเกิดกับตนเอง เช่น ลืมกินยาทำให้เกิดความวิตกกังวลใจ ต้องเปลี่ยนยาบ่อย เกิดปัญหาคือยา สิ้นเปลือง สมาชิกในครอบครัวก็วิตกกังวลตามไปด้วย
3. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมาโดยการถามเพื่อให้ มองเห็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ดี และมีค้นหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างอิสระ
 - ตัวอย่างคำถาม -“คุณคิดว่าจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ถ้าคุณกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”
 - “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าจะเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ”
 - “คุณลองสรุปให้ฟังซิคะว่า ต่อไปนี้คุณต้องปรับเปลี่ยนอะไรบ้าง”
 - “ตอนนี้คุณอยากให้อะไรเปลี่ยนแปลงบ้าง ”
4. สรุปย่อเหตุผลที่ผู้รับการปรึกษาต้องการจะเปลี่ยนแปลง และแสดงการรับรู้ความลังเลใจที่อาจจะเหลืออยู่
5. เมื่อเห็นว่าผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา ซึ่งสังเกตได้จากกรกล่าวประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจ เช่น
 - “ผม/ฉันคิดว่าคงจะอยู่ได้ไม่นาน หากกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

- “ผม/ฉันต้องดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้อยู่กับครอบครัวนานๆ”
- “ผม/ฉันคงต้องดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้เห็นลูกรับปริญญา”
- “ผม/ฉันคงต้องทำอะไรซักอย่าง เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น”

ควรกล่าวชื่นชมการตัดสินใจของผู้รับการปรึกษา และสนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยสื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่าสามารถแก้ปัญหาได้

- “ดิฉันยินดีด้วยนะค่ะ ที่คุณตัดสินใจแล้วที่จะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับชีวิตโดยจะกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อตัวคุณและครอบครัวของคุณ”
- “ดิฉันเชื่อค่ะว่า คุณสามารถทำได้ คุณสามารถประสบความสำเร็จได้”

ซึ่งอาจพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้รับการปรึกษาเคยทำสำเร็จในอดีต หรือความสำเร็จของคนอื่นๆ ที่ผู้รับการปรึกษารู้จักก็ได้

6. ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเกี่ยวกับวิถีชีวิต เพื่อค้นหาวิธีการที่ช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

ตัวอย่างคำถาม - “ลองเล่าให้ดิฉันฟังสิคะว่าคุณทำอะไรบ้างในแต่ละวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน”

7. กระตุ้นให้กล่าวประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจโดยการถามเพื่อให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ดี และค้นหาวิธีการที่ช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมีทางเลือกอย่างอิสระ

ตัวอย่างคำถาม - “เพื่อให้กินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คุณคิดว่าวิธีไหนจะได้ผลดีและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคุณที่สุด”
- “จากตรงนี้คุณจะทำอย่างไรต่อไป”

8. ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตัวเอง

ตัวอย่างคำถาม - “การที่คุณจะกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้สำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับใครมากที่สุด”
- “ต่อไปนี้คุณคิดว่าจะจัดการอย่างไรให้คุณกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

9. ค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ผู้ดูแล เพื่อน หรือหน่วยงานที่จะให้ความช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ตัวอย่างคำถาม - “จากที่คุณเล่ามา ปัญหาที่คุณกินยาไม่ตรงเวลา ส่วนใหญ่ก็เพราะว่าลืมกิน เป็นไปได้หรือไม่ที่จะให้ใครเป็นคนคอยเตือนให้คุณกินยา”
- “คุณคิดว่าใครน่าจะเหมาะสมที่สุดที่จะคอยเตือนคุณไม่ให้ลืมกินยา”

10. สนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยสื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่าสามารถแก้ปัญหาได้

ตัวอย่าง - “ฉันเชื่อว่า คุณสามารถทำได้ คุณสามารถทำได้สำเร็จ.....คุณละเชื่อหรือไม่ว่าคุณจะทำได้”

ซึ่งอาจพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้รับการปรึกษาเคยทำสำเร็จในอดีต หรือความสำเร็จของ คนอื่นๆ ที่ผู้รับการปรึกษารู้จักก็ได้

11. กล่าวแสดงการยืนยันความมั่นใจเมื่อผู้ให้การปรึกษาสามารถเลือกแนวทางช่วยในการเปลี่ยนแปลงได้อย่าง เหมาะสม

ตัวอย่าง - “เป็นวิธีที่ดีมาก มีหลายคนที่ใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จ”

12. ถ้าผู้รับการปรึกษาไม่มีทางเลือก หรือไม่ทราบวิธีการแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นทางเลือกต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้สำหรับการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ เพราะการมองเห็นทางเลือกที่กว้าง หลากหลาย จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาลดลง

ผู้ให้การปรึกษาควรใช้เทคนิคการถาม การเสนอแนะ การให้ข้อมูล เพราะระหว่างมองหาทางเลือกอาจมองไม่เห็นช่องทาง เพราะขาดความรู้ ก็ช่วยให้เห็นกว้างด้วยการให้ข้อมูล ซึ่งต้องพิจารณาหรือสอบถามความต้องการของผู้รับการปรึกษาว่าเขาต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องใด เพื่อที่จะได้ให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้รับการปรึกษามากที่สุด หรือบางครั้งมองไม่เห็นทางเพราะอารมณ์ เช่น ท้อแท้ สับสน ขาดกำลังใจ ก็ช่วยให้ภาวะอารมณ์กลับเข้าที่โดยการให้เทคนิคสะท้อนความรู้สึก การเข้าใจความรู้สึก การให้กำลังใจแล้วจึงดำเนินการต่อไป หรือขาดแนวปฏิบัติก็มีเทคนิคช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีแนวปฏิบัติจากการเสนอแนะการพิจารณาทางเลือก เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ เช่น นาฬิกาปลุก, กล้องเก็บยา เป็นต้น ทั้งนี้แต่ละทางเลือกต้องมีข้อมูลที่จำเป็น ทั้งด้านบวก และด้านลบ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือก

สิ่งที่ควรระวัง คือ ผู้ให้การปรึกษาไม่มีหน้าที่บอกให้ผู้รับการปรึกษาทำอะไร แต่มีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และชัดเจนเป็นรูปธรรมเท่านั้น โดยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นศักยภาพของตนเอง แหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่ นอกจากการคิดพิจารณาด้วยเหตุผลแล้ว ควรพิจารณาความรู้สึกประกอบด้วย เพราะถ้าเป็นทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษาไม่ชอบอย่างมาก เขาอาจไม่ทำตามที่เลือกก็ได้ และต้องระมัดระวังที่จะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาค้นคว้าตัดสินใจทั้งทางเลือกใด

ไป หรือเร่งรัดให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจ และเสริมแรงเมื่อผู้รับการปรึกษาเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

13. นำผู้รับการปรึกษาเข้าสู่การตัดสินใจและมีความมุ่งมั่นกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยกระตุ้นให้เกิดคำพูดที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง

ตัวอย่างคำถาม -“ตอนนี้คุณคิดอย่างไรกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ”

-“คุณจะเริ่มต้นเมื่อไรคะ”

14. เชิญชวนให้ผู้รับการปรึกษากล่าวกับคนอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ใกล้ชิดถึงแผนการเกี่ยวกับสิ่งที่อยากเปลี่ยนแปลง เพื่อให้รู้สึกมั่นใจยิ่งขึ้นที่จะสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

15. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาวางแผนไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์เสี่ยงที่อาจกระทบต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีความยุ่งยากปฏิบัติได้ลำบาก เช่น ความเครียด, การใช้จ่ายติดหรือสุรา, ผลข้างเคียงของยาระยะยาว, ความท้อแท้หน่ายในการกินยา, การย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ถ้าผู้รับการปรึกษามีแนวโน้มของสถานการณ์เสี่ยงที่จะกระทบกับการรับประทานยา ควรถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้คำพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ตนเอง

ตัวอย่างคำถาม -“ถ้าคุณยังไม่สามารถที่จะหยุดดื่มเหล้าได้อย่างจริงจัง คุณคิดว่าจะมีผลเสียอะไรบ้างที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวคุณ”

16. หลังจากนั้นควรเชื่อมโยงการดื่มสุราหรือประเด็นทางสุขภาพจิตกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจออกมา

ตัวอย่างคำถาม - “การดื่มสุรา (ความท้อแท้เบื่อหน่าย) นอกจากจะกระทบถึงสุขภาพแล้ว ยังทำให้คุณ กินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถ้าเหตุการณ์นี้ยังดำเนินต่อไป คุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง”

17. ประเมินศักยภาพ/ความสามารถของผู้รับการปรึกษาในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์เสี่ยง

18. ถ้าผู้รับการปรึกษาขาดความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาในสภาพการณ์เสี่ยง ควรแนะนำและให้กำลังใจในการจัดการกับปัญหา

19. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ปฏิบัติได้จริง โดยพิจารณาตั้งแต่ขั้นเริ่มต้นว่าจะทำอย่างไร มีขั้นตอนอย่างไร จนถึงขั้นตอนสุดท้าย

ตัวอย่างคำถาม -“ก่อนจบการสนทนา ลองสรุปอีกครั้งซิคะว่าจะเริ่มต้นทำอะไรบ้าง”
 -“คุณต้องทำอะไรบ้างเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ”

20. ผู้รับการปรึกษาสรุปประเด็นที่ให้การปรึกษา โดยเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และกล่าวให้กำลังใจที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่ระยะของการลงมือปฏิบัติ (Action) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริงจังต่อไป

ตัวอย่าง -“ขอให้ทำสำเร็จนะคะ ดิฉันจะเอาใจช่วยค่ะ”

ทั้งนี้ผู้รับการปรึกษาแต่ละรายอาจมีสาเหตุที่ทำให้รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอแตกต่างกัน ผู้ให้การปรึกษาจึงคัดแปลง “คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์” ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 เป็นแนวทางการให้การปรึกษา และการแก้ไขปัญหาการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นไปได้อย่างมากที่สุด

21. ชี้แจงการบันทึกการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในแบบบันทึกการรับประทายา เพื่อติดตามการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ของผู้รับการปรึกษาที่บ้าน
22. กำหนดวันนัดพบครั้งต่อไป โดยบอกให้ผู้รับการปรึกษาหาวิธีเตือนความจำในการมานัด
23. ผู้ให้การปรึกษานำบันทึกการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีแผนการที่จะปรับพฤติกรรมและหาสิ่งช่วยเตือนช่วยให้รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน
2. ผู้รับการปรึกษาหาแหล่งให้การสนับสนุนในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้
3. ผู้รับการปรึกษามีความตั้งใจแน่วแน่ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยสังเกตจากสีหน้า และการกล่าวประโยคคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจ

“ผม/ฉันมั่นใจว่าต่อไปนี้จะสามารถกินยาได้ถูกต้อง ตรงเวลาทุกวัน”

ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) (4 สัปดาห์): การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

ในขณะนี้ผู้รับการปรึกษามีแรงจูงใจ และตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง นำแผนการที่ช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติที่บ้าน แต่ในระยะนี้พฤติกรรมยังไม่ยั่งยืนเพียงพอ ผู้ให้การปรึกษาจึงมีการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามแผนของผู้รับการปรึกษาหลังจากที่ให้การปรึกษาในระยะตัดสินใจเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์และเนื้อหาการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการลงมือปฏิบัติตามแผนการที่ช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อร่วมกันกับผู้รับการปรึกษาในการแก้ไขปัญหา หรือกำจัดอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการ
3. เพื่อให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เนื้อหา

1. การติดต่อทางโทรศัพท์ เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายและพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพและการรับประทานยา รวมทั้งแสดงความขอบคุณที่ผู้รับการปรึกษาให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

ตัวอย่างคำถาม -“ขอบคุณมากนะคะ ที่ให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์”

-“2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง”

2. สืบถามผลของการนำแผนการที่วางแผนไว้มาปฏิบัติที่บ้าน

ตัวอย่างคำถาม -“การปฏิบัติตามแผนการที่คุณเลือกเพื่อกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ได้ผลเป็นอย่างไรบ้าง”

-“ปัญหาการลืมกินยาที่คุณเคยเล่าให้ฟัง ตอนนี้เป็นอย่างไบ้าง”

3. ถ้าผู้รับการปรึกษารับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้กล่าวแสดงความชื่นชมและสนับสนุนเพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

ตัวอย่าง -“คุณอาจจะรู้สึกเบื่อที่จะต้องกินยาเป็นเวลานานๆ และคงเป็นเรื่องไม่ยากนักที่ต้องกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่คุณก็สามารถทำได้”

-“ดิฉันดีใจด้วยที่คุณเอาชนะความยุ่งยากต่างๆ ในการกินยาได้สำเร็จ

4. ถ้าผู้รับการปรึกษามีอาการข้างเคียงจากยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ควรกล่าวยืนยันความมั่นใจ (กรณีที่มีปัญหาอื่นแล้วสามารถจัดการปัญหาได้ ควรกล่าวยืนยันความมั่นใจเช่นกัน)
 ตัวอย่าง -“แม้ว่ามีอาการปวดเมื่อยตามตัว แต่คุณก็ยืนยันจะกินยาต่อไป คนที่ยังตั้งใจอย่างคุณ คงมีไม่มากนัก”
 -“แม้ว่าคุณจะมีอาการข้างเคียงจากยาอยู่บ้าง แต่คุณก็สามารถดูแลจัดการกับอาการเหล่านั้น และมีความพยายามที่จะกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป ดิฉันขอให้คุณมีความตั้งใจต่อไป และอย่าเพิ่งท้อใจนะค่ะ”
5. ทำให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความสำเร็จในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ โดยถามกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเองออกมา
 ตัวอย่างคำถาม -“ถ้าคุณกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเช่นนี้ คุณคิดว่าจะมีผลต่อจำนวนไวรัสเอดส์ในร่างกายอย่างไร”
6. ถ้าผู้รับการปรึกษาไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรตำหนิผู้รับการปรึกษา แต่ควรใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ แล้วสะท้อนความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาหาทางเลือกในการแก้ปัญหา หรือให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป
7. สำรวจปัญหาหรืออุปสรรคใหม่ที่เกิดขึ้นในระยะลงมือปฏิบัติ และวิธีจัดการกับปัญหาของผู้รับการปรึกษา
 ตัวอย่างคำถาม -“นอกจากปัญหาการลืมแล้วยังมีปัญหอะไรอีกบ้างจากการกินยาด้านไวรัสเอดส์ที่คุณอยากเล่าให้ดิฉันฟัง”
 -“แล้วคุณทำอะไรกับปัญหานั้นบ้าง”
8. ถ้าผู้รับการปรึกษามีแนวโน้มของสถานการณ์เสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้คำพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ตนเอง
 ตัวอย่างคำถาม -“ช่วงที่คุณกินยาด้านไวรัสเอดส์อยู่นี้ คุณดื่มเหล้าบ้างหรือไม่....เพราะอะไร....คุณจะทำอย่างไรต่อไป”
 -“ถ้าคุณยังไม่สามารถหยุดดื่มเหล้าได้อย่างจริงจัง คุณคิดว่าผลร้ายแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นมีอะไรได้บ้าง...แล้วคุณจะทำอย่างไรต่อไป”

9. หลังจากนั้นควรเชื่อมโยงประเด็นทางสุขภาพจิตหรือการดื่มสุรากับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจออกมา

ตัวอย่างคำถาม -“การดื่มสุรา (ความท้อแท้เบื่อหน่าย) นอกจากจะกระทบถึงสุขภาพแล้ว ยังทำให้คุณกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถ้าเหตุการณ์นี้ยังดำเนินต่อไปคุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง”

10. ถ้าผู้รับการปรึกษาขาดความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรแนะนำและให้กำลังใจในการจัดการกับปัญหา
11. ประเมินแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การถามผู้รับการปรึกษาว่ามีใครคอยช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอบ้างหรือไม่ และผู้รับการปรึกษารู้สึกกับความช่วยเหลือที่ได้รับนั้นอย่างไร
12. กล่าวสรุปการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และให้กำลังใจสนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษาตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

ตัวอย่าง -“แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้จะยากลำบาก ดิฉันขอเป็นกำลังใจให้คุณผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้ เพื่อที่คุณจะได้มีสุขภาพแข็งแรง ดูแลลูกจนรับปริญญาอย่างที่ตั้งใจไว้”

-“ ดิฉันเชื่อว่า คุณสามารถทำได้ คุณสามารถทำได้สำเร็จ.....คุณละเชื่อหรือไม่ว่าคุณจะทำได้”

13. นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปเพื่อติดตามประเมินผล และยุติการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และ แสดงความเชื่อมั่นว่าจะได้พบกันอีก โดยบอกให้ผู้รับการปรึกษาหาวิธีเตือนความจำในการมาตามนัด
14. ผู้ให้การปรึกษามั่นใจว่าการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ หรือมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้รับการปรึกษาสามารถ

ค้นหาและพิจารณาทางเลือกที่จะช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

3. ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยสังเกตจากน้ำเสียงและคำพูดที่แสดงถึงการมีกำลังใจและแรงจูงใจ

ขั้นตอนที่ 4 การยุติการปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงสภาพการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ต่อไป
2. เพื่อติดตามประเมินผลของการให้การปรึกษาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อยุติการให้การปรึกษา

เนื้อหา

1. กล่าวทักทายและชวนคุยรวมทั้งแสดงความชื่นชม ยินดีที่ผู้รับการปรึกษามาตามนัด ก่อนเปิดประเด็นสนทนา

ตัวอย่าง -“การเดินทางมาในวันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ”
 -“ขอบคุณมากนะคะที่เสียสละเวลามาตามนัด”
 -“ตอนนี้สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง”

2. สืบถามผลของการนำแผนการที่วางไว้มาปฏิบัติที่บ้าน

ตัวอย่างคำถาม -“การปฏิบัติตามแผนการที่คุณเลือกเพื่อกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นอย่างไรบ้าง”
 -“ปัญหาการลืมกินยาที่คุณเคยเล่าให้ฟัง ตอนนี้เป็นอย่างไบ้าง”

3. ถ้าผู้รับการปรึกษารับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้กล่าวแสดงความชื่นชมและสนับสนุนเพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

ตัวอย่าง -“คุณอาจจะรู้สึกเบื่อที่จะต้องกินยาเป็นเวลานานๆ และคงเป็นเรื่องไม่่ายนักที่ต้องกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่คุณก็สามารถทำได้”
 -“ดิฉันดีใจด้วยที่คุณเอาชนะความยุ่งยากต่างๆ ในการกินยาได้สำเร็จ”

4. ถ้าผู้รับการปรึกษามีอาการข้างเคียงจากยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ควรกล่าวยืนยันความมั่นใจ (กรณีที่มีปัญหาอื่นแล้วสามารถจัดการปัญหาได้ ควรกล่าวยืนยันความมั่นใจเช่นกัน)

ตัวอย่าง -“แม้ว่ามีอาการนอนไม่ค่อยหลับ แต่คุณก็ปรึกษาแพทย์หาทางบรรเทาปัญหา คนที่ยังตั้งใจอย่างคุณคงมีไม่มากนัก”

-“แม้ว่าคุณจะมีอาการข้างเคียงจากยาอยู่บ้าง แต่คุณก็สามารถดูแลจัดการกับอาการ เหล่านั้นและมีความพยายามที่จะกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอต่อไป ดิฉันขอให้คุณมีความตั้งใจต่อไป และอย่าเพิ่งท้อใจ”

5. ทำให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความสำเร็จในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยถามกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเองออกมา

ตัวอย่างคำถาม -“ถ้าคุณกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเช่นนี้ คุณคิดว่าจะมีผลต่อจำนวนไวรัสเอดส์ในร่างกายอย่างไร และสุขภาพคุณน่าจะเป็นเช่นไร”

6. ถ้าผู้รับการปรึกษาไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรตำหนิผู้รับการปรึกษา แต่ควรใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ แล้วสะท้อนความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาหาทางเลือกในการแก้ปัญหา หรือให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

7. สำรวจปัญหาหรืออุปสรรคใหม่ที่เกิดขึ้นในระยะที่ลงมือปฏิบัติ และบริหารจัดการกับปัญหาของผู้รับการปรึกษา

ตัวอย่างคำถาม -“นอกจากปัญหาการลืมแล้วยังมีปัญหอะไรอีกบ้างจากการกินยาต้านไวรัสเอดส์ที่คุณอยากเล่าให้ดิฉันฟัง”

-“แล้วคุณทำอย่างไรกับปัญหานั้นบ้าง”

8. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เช่น การหวนกลับไปดื่มสุรา, ผลข้างเคียงของยาระยะยาว, ความท้อแท้เมื่อหน้าต่อการกินยา, การย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ถ้าผู้รับการปรึกษามีแนวโน้มของสถานการณ์เสี่ยงที่จะกระทบกับการรับประทาน ควรถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้คำพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ตนเอง

ตัวอย่างคำถาม -“ถ้าคุณยังไม่สามารถที่จะหยุดดื่มเหล้าได้อย่างจริงจัง คุณคิดว่าผลร้ายแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นมีอะไรได้บ้าง...แล้วคุณจะทำอย่างไรต่อไป”

-“การดื่มสุรา (ความท้อแท้เบื่อหน่าย) นอกจากจะกระทบถึงสุขภาพแล้ว ยังทำให้คุณกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถ้าเหตุการณ์นี้ยังดำเนินต่อไปคุณ คิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง”

9. ถ้าผู้รับการปรึกษาขาดความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่อการที่จะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรแนะนำและให้กำลังใจในการจัดการกับปัญหา
10. ถามผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนของผู้รับการปรึกษา ว่าได้รับการสนับสนุนอย่างไร ต่อเนื่องหรือไม่ ผู้รับการปรึกษารู้สึกกับความช่วยเหลือที่ได้รับนั้นอย่างไร และมีแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพิ่มเติมหรือไม่
11. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความเชื่อมโยงของการบรรลุเป้าหมายชีวิตในระยะยาวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ตัวอย่าง -“ตอนนี้คุณแข็งแรงขึ้นมากหลังจากที่กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คุณคิดจะทำอะไรต่อไป”

 -“ดิฉันดีใจด้วยที่คุณเอาชนะความยุ่งยากต่างๆ ในการกินยาด้านไวรัสเอดส์มาได้ คุณจะมีสุขภาพดีขึ้น ได้ดูแลลูกจนรับปริญญา”
12. แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) พร้อมทั้งแสดงความชื่นชมผู้รับการปรึกษา เพื่อเป็นการ เสริมแรงให้ ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป
13. กล่าวสรุปการให้การปรึกษาดังแต่พบกันครั้งแรกจนสิ้นสุดการให้การปรึกษา โดยเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มองเห็นความสามารถของตนเองที่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีกำลังใจที่จะคงสภาพการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างถาวร
14. กล่าวอำลาเพื่อยุติการให้การปรึกษา
15. ผู้ให้การปรึกษามั่นใจในการให้การปรึกษาหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ หรือมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้รับการปรึกษาสามารถ

ค้นหาและพิจารณาทางเลือกที่จะช่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

3. ผู้รับการศึกษามีกำลังใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยสังเกตจากน้ำเสียงและคำพูดที่แสดงถึงการมีกำลังใจและแรงจูงใจ
4. ผู้รับการศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ และความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

.....

ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปแนวทางการให้การศึกษาตามระยะของการเปลี่ยนแปลงไว้ในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 สรุปรูปแบบและแนวทางการให้การปรึกษตามระยะของการเปลี่ยนแปลง

แบบบันทึกการให้การปรึกษา

ครั้งที่...../ว ด ป...../รหัส.....

ผล CD4 ครั้งล่าสุด..... วันที่ตรวจ.....

ผล Viral load ครั้งล่าสุด..... วันที่ตรวจ.....

สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ปัจจุบัน.....

ปัญหา/อุปสรรคการรับประทานยา

.....
.....
.....
.....

ระยะของการเปลี่ยนแปลง

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประเด็นการให้การปรึกษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

แนวทางแก้ไขปัญหา/อุปสรรคการรับประทานยาของผู้รับการปรึกษา

.....
.....
.....
.....

ผลของการให้การปรึกษา/ความเห็นทั่วไป

.....
.....
.....
.....

การนัดครั้งต่อไป ว ด ป

ผู้บันทึก.....

แบบบันทึกการรับประทานยา

คำชี้แจง: โปรดลงเวลาและจำนวนเม็ดยาที่ท่านรับประทานในแต่ละครั้งของวันตามความเป็นจริง
หากท่านลืมหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา/ไม่ครบจำนวนเม็ดกรุณาให้เหตุผลในช่องด้านล่าง

วันที่								
ชื่อยา	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน	เวลา	จำนวน
เหตุผลที่กิน ยาไม่ถูกต้อง								

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อความต่อเนื่อง
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล / ร้อยโทหญิงองค์อร ประจันเขตต์

สถานที่วิจัย แผนกฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit) สถาบันบำราศนราดูร จ.นนทบุรี
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล โทร 086-3464989
2. ร.ท.หญิงองค์อร ประจันเขตต์ โทร 086-6074798

ผู้สนับสนุนการวิจัย

1. พ.อ.นพ.พิชัย แสงชาญชัย โทร 081- 8265513

ความเป็นมาของโครงการ

เอดส์เป็นโรคเรื้อรังและสามารถติดต่อแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยตั้งแต่มี
รายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยรวม
ทั้งสิ้น 307,114 คน และมีผู้เสียชีวิตแล้วถึง 85,459 คน (www.epid.moph.go.th/epi32_aids.html)
เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่างๆ ก็จะทวีความรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้อง
ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ซึ่งวิธีการที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ การรักษาด้วยยาต้าน
ไวรัสเอดส์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด และไม่เกิดเชื้อดื้อ
ยา เป็นการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการดำเนินโรคช้าลง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและส่งผลให้มี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากไวรัสเอชไอวี
จะมีการเพิ่มจำนวนในร่างกายได้อย่างรวดเร็วโดยมีการเพิ่มปริมาณถึง 109 ตัวต่อวันถ้าไม่ได้รับการ
ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง

ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะการขาดยาเพียง 1 ครั้ง จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้น เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น และอาจเกิดเชื้อดื้อยา ทำให้การรักษาล้มเหลว ต้องเปลี่ยนสูตรยาที่มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการรับประทาน และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นตามมา

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยที่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การปรึกษาด้วยตนเอง ลักษณะของการปรึกษาจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ร่วมกัน ประเมินปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา และค้นหาวิธีที่มีความสอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตหรือทำงานได้ตามปกติ เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีและยาต้านไวรัสเอชไอวี และความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

2. เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีและยาต้านไวรัสเอชไอวี และความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

คำชี้แจง

ในการวิจัยครั้งนี้ จะมีการแบ่งผู้ร่วมการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย รวมเป็น 60 ราย ซึ่งผู้ร่วมการวิจัยจะถูกสุ่มให้อยู่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และจะแจ้งให้ผู้ร่วมการวิจัยทราบว่าอยู่ในกลุ่มใด ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้ร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัย 2 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 ตอบแบบสอบถาม (30 นาที) ได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 2 (หลังครั้งที่ 1: 4 สัปดาห์) ตอบแบบสอบถาม (30 นาที) ได้แก่

- แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลอง

ผู้ร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัย 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ตอบแบบสอบถาม และให้การศึกษาครั้งที่ 1 (รวม 60 นาที) ได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ
- ให้การศึกษาครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 (หลังครั้งที่ 1: 2 สัปดาห์) ติดตามให้การศึกษาทางโทรศัพท์ (30 นาที)

ประเด็นการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ มีดังนี้

- ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามแผนที่วางไว้
- ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยา
- ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่
- ให้กำลังใจและเสริมแรงให้มีการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 3 (หลังครั้งที่ 2: 2 สัปดาห์) ให้การศึกษาครั้งที่ 2 และตอบแบบสอบถาม (รวม 60 นาที)

- แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา
- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

วันที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละครั้ง จะเป็นวันที่ผู้ร่วมวิจัยมาพบแพทย์ตามนัด

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด หากท่านยินดีจะให้ความร่วมมือในการวิจัยขอให้ท่านลงนามเพื่อแสดงถึงการให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการรับการให้การศึกษา/ให้ความรู้ เมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับแต่อย่างใด

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ มีดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับการให้บริการให้การศึกษา ทำให้มีโอกาสในการพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยา ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- ได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์
- มีความเชื่อด้านสุขภาพและการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ดีขึ้น
- มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น
- มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อไป

กลุ่มควบคุม

- ได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการกินต้านไวรัส
- มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับคู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และกล่องจดยาเมื่อสิ้นสุด

การวิจัยแล้วเป็นการตอบแทน

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ไม่ได้มีการจัดกระทำต่อร่างกายแต่อย่างใด จึงไม่เกิดผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของท่าน และใช้นามสมมติ หากมีการติดต่อทางโทรศัพท์ สถานที่ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์และให้การศึกษาจะแยกเป็นสัดส่วน เพื่อป้องกันมิให้ผู้อื่นทราบ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอแบบภาพรวมเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทายต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง
 สวมใส่หมวกในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
 ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล/ ร.ท.หญิงองค์อร ประจันเขตต์
 *ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
 อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
 ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
 บิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
 ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
 การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
 เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
 เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
 เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดบิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๒๒๓

ชื่อโครงการ

ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๕-๕๐-๑๘๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๐



หนังสืออนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย

หนังสือฉบับนี้ออกเพื่อรับรองว่า สถาบันบำราศนราดูรยินยอมให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ สังกัด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินโครงการวิจัย โดยครอบคลุมถึงการใช้เวชระเบียน และอื่นๆ ซึ่งทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้ระเบียบของสถาบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาไทย): ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อส่งเสริมการรับประทานยา
ด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาอังกฤษ): The Effect of Counseling Program on Medication
Adherence in People Living with HIV/AIDS

สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย: สถาบันบำราศนราดูร
ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ให้ไว้ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม 2550

(แพทย์หญิงอังฉรา เชาวะฉนิท)

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา เนื้อหาใน
โปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่อง
สมัครใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1. พ.ท.หญิงณัฐนาฏ สระอุบล

นายทหารจิตวิทยา กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยโทหญิง องค์กร ประจันเขตต์
วัน เดือน ปีเกิด	14 พฤศจิกายน 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2543-2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2547-2548 พยาบาลหออภิบาลทารกแรกเกิดทางศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2550 - ปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	317/6 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3547600 ต่อ 93563
ที่อยู่	
E-mail address	ONG_ON14@HOTMAIL.COM