ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

รำไพ หาญมนต์ *

บทคัดย่อ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส จะส่งผลให้การรักษาล้มเหลว เกิดเชื้อดื้อยาและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 25-59 ปี ที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบมีระบบจำนวน 50 ราย สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไควสแคว์และสถิติค่าที

ผลการวิจัย

หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรนำการส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ยาต้านไวรัสเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ เอชไอวี/เอดส์

Effects of Self-management on CD4 Lymphocyte level among Living with HIV/AIDS

Rumpai Hanmon*

Abstract

People living with HIV/AIDS (PLWHs) who have poor antiretroviral adherence, can become treatment failure, drug-resistant and develop opportunistic infections. The objective of this study was to determine the effects of self-management on CD4 lymphocyte level among PLWHs. The study samples consisted of PLWHs aged 25-59 who registered to receive antiretroviral from the specialist clinic at a hospital. fifty PLWHs were randomly selected for this study using systematic random sampling. Twenty-five participants were assigned to the experimental group or control group using simple random sampling. The data collection tools consisted of a self-management plan, personal data questionnaire, CD4 recording form. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and t-test.

The results of the study revealed that after implementation of the self-management intervention, mean of CD4 lymphocyte level of experimental group significantly ($p<.01$) and was higher than the control group ($p<.05$)

This study suggests that self-management can improve CD4 lymphocyte level among PLWHs. Self-management should be applied to enhance the continuation of self-management skills for PLWHs.

Key word: self-management, antiretroviral, CD4, HIV/AIDS

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน ปี ค.ศ. 2011 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก 34 ล้านราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.5 ล้านราย เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.7 ล้านราย (WHO, 2012) ส่วนประเทศไทยรายงานผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์สะสมตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2554 จำนวน 276,947ราย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุดเป็นผู้ใหญ่วัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ อายุ 25-59 ปีจำนวน 242,408 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

การติดเชื้อเอชไอวี จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4) ซึ่งเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทำหน้าที่ปกป้องร่างกายหากมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อตารางมิลลิเมตร (cell/mm^3) จะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (WHO, 2012) การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเป็นแนวทางที่ยอมรับในปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และลดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้ต่ำที่สุดและไม่เกิดการดื้อยา ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา คือความครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งจะทำให้มีปริมาณยาในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่ สามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดคือน้อยกว่า 50 ก้อปปี้ต่อมิลลิลิตร (copies/ml) หรือไม่สามารถตรวจวัดได้ไปยาวนานที่สุด (Paterson et al., 2000) จะทำให้การดำเนินเข้าสู่ระยะของโรคเอดส์ช้าลงและสามารถป้องกันการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยา (Podlehareve et al., 2006) ในทางกลับกัน หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขาดวินัยในการรับประทานยา จะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดไม่คงที่ เชื้อไวรัสเอชไอวีที่แฝงอยู่ในร่างกายสามารถจะเพิ่มจำนวนกลับมาได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการแพร่กระจายของสายพันธุ์เชื้อดื้อยา (Pao et al., 2005) ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาที่มีความซับซ้อนและราคาแพงมากขึ้น (วรรณสิทธิ์ เธียระวิบูลย์, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 59.4 (เสาวคนธ์ อ่อนเกตุผล, 2549) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวนหนึ่งเมื่อมีสุขภาพแข็งแรง จะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสหรือกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเที่ยวกลางคืน การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ซึ่งจะส่งผลให้ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลงและอาการของโรครุนแรงขึ้นอีก (ภูริชญา บุรินทร์กุล, วารุณี ฟองแก้ว, และพูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2550) ดังรายงานการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวและใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 52 เพศชายยังคงซื้อบริการทางเพศและใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีความเสี่ยงสูงที่จะรับเชื้อเอชไอวีจากผู้ขายบริการทางเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี และหากผู้ขายบริการทางเพศติดเชื้อเอชไอวีดื้อยา จะสามารถแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้ที่มาใช้บริการ (อัจฉรา เชาวะวณิช, และคณะ, 2550) นอกจากนี้ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่วนหนึ่งยังคงมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (CDC, 2009) ซึ่งการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ความสามารถในการครองสติและการตัดสินใจลดลง ดังการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีวินัยในการรับประทานยาร้อยละ 66.3 ในขณะผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีวินัยในการรับประทานยาร้อยละ 74.2 (Azaar et al., 2002 cite in Azaar, Springer, Meyer, & Altice, 2010) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดพฤติกรรมเสี่ยงมีการใช้หลายวิธี เช่น การสนับสนุนทางสังคม (อะรีฟาน หะยีอีแต, 2552) วิธีการสังเกตโดยตรง พบว่าความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นในระยะ 6 เดือนแรก เมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่แตกต่างจากวิธีการให้ผู้ป่วยบริหารยาด้วยตนเอง (Sarna et al., 2008) แสดงให้เห็นว่าการรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการเตรียมความรู้ และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง และมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Lorig & Holman, 2003)

การจัดการตนเองเป็นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ ให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ความรู้เน้นให้ผู้ป่วยมีการระบุปัญหา การแก้ไขปัญหาจากอาการของโรค การติดตามตนเอง การตัดสินใจแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) การจัดการตนเองตามแนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาทของตัวผู้ป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องโรค 2) การฝึกทักษะ และ 3) การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน มีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มทดลองมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (วรรณ์นิภา แสนสุภา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2555) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองอาจจะเพิ่มความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดพฤติกรรมเสี่ยง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาทของตัวผู้ป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยการให้ความรู้ และการฝึกทักษะ ซึ่งการฝึกทักษะมี 6 อย่าง ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ระบุปัญหาที่พบด้วยตนเอง 2) การตัดสินใจ ตอบสนองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและลดพฤติกรรมเสี่ยง 3) การใช้ประโยชน์แหล่งข้อมูล ที่สามารถติดต่อได้เมื่อเกิดปัญหาระหว่างการเจ็บป่วย 4) การส่งเสริมทักษะการสื่อสารเมื่อต้องพบแพทย์ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการลงมือปฏิบัติในการกำหนดเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส การจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยง 2) ตัวแบบ 3) การตีความอาการที่เกิดขึ้น เป็นการรู้ถึงอาการและสามารถอธิบายถึงอาการที่เกิดขึ้นของตนเอง และ 4) การชักจูงด้วยคำพูดและการชักจูงจากสังคม โดยบุคลากรสุขภาพและตัวแบบบุคคล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 95

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน อายุระหว่าง 25-59 ปี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดค่าอิทธิพลของตัวแปร เท่ากับ .85 จากการเปิดตารางค่าเฉลี่ยได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย (Polit& Beck, 2008) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ หลังจากนั้นนำมาจับคู่รายบุคคล จัดให้มีความเหมือนกันในเรื่องเพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส (แตกต่างกันไม่เกิน 1 ปี) และจับฉลากอย่างง่าย ไปจนครบกลุ่มละ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 2) เครื่องมือในดำเนินการวิจัย คือ แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยบันทึกจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ใบแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สัปดาห์ที่ 2-16 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่คลินิกพิเศษ

สัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม เพื่อตรวจวัดจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป บันทึกจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ใบแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยาต้านไวรัส ผลดีและผลเสียของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจในการรับประทานยาต้านไวรัส กำหนดเวลารับประทานยาต้านไวรัสด้วยตนเอง การบันทึกเวลาในคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัส

สัปดาห์ที่ 2 การส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 3 การส่งเสริมทักษะการใช้ประโยชน์แหล่งข้อมูล เมื่อเกิดข้อสงสัย สามารถขอความช่วยเหลือได้จากแหล่งใดบ้าง

สัปดาห์ที่ 4 การส่งเสริมทักษะการสื่อสารเมื่อต้องพบแพทย์ การพูดคุย บอกกล่าวปัญหา ข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 5 การส่งเสริมทักษะด้านร่างกายและด้านอารมณ์ อารมณ์และการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านไวรัส

สัปดาห์ที่ 6 การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนจากการได้เห็นตัวแบบบุคคล แบ่งกลุ่มทดลองเพศหญิง แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบบุคคลเพศหญิง กลุ่มทดลองเพศชาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบบุคคลเพศชาย

สัปดาห์ที่ 7-16 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง พยาบาลประจำคลินิกพิเศษเพื่อตรวจวัดจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 64.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.3 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.5 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.3 ปี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารับทราบการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 6 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.4 ปี และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารับทราบการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 5.3 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 ปี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัสเท่ากับ 5.0 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.8 ปี และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัสเท่ากับ 4.6 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.4 ปี วิธีการเตือนการรับประทานยาต้านไวรัสใช้โทรศัพท์มือถือในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 40.0 และร้อยละ 44.0 ตามลำดับ เหตุผลที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี คือ ลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 48.0 และร้อยละ 44.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2. เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 ภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 329.90 cell/mm^3 (S.D. 54.04) เป็น 391.08 cell/mm^3 (S.D. 88.83) ซึ่งมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่2)

3. เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 กลุ่มทดลองจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 391.08 cell/mm^3 (S.D. 88.83) ในขณะกลุ่มควบคุมจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 356.31 cell/mm^3 (S.D.=43.90) ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ภายหลังการส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน

การให้ความรู้ โดยได้รับความรู้เรื่องยาต้านไวรัส โรคเอดส์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้ต้องมีความรู้เรื่องโรคที่ตนเองเจ็บป่วยเป็นพื้นฐาน (WHO, 2003) กิจกรรมการให้ความรู้ ประกอบด้วยการสอนด้วยคอมพิวเตอร์กราฟฟิกซอฟแวร์โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์ การสาธิตการฝึกจัดยา การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย การชมวีดีทัศน์การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งสื่อการสอนเหล่านี้ เร้าความสนใจได้ดีกว่าการเรียนจากสื่อข้อความ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย การเรียนจึงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ใจทิพย์ ณ สงขลา, 2547, สุพัฒตรา พลศรีดา, 2561) นอกจากนี้ยังได้รับคู่มือ เนื้อหาสอดคล้องกับที่เรียนทำให้อ่านทบทวนได้เมื่อสงสัย ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น (ชม ภูมิภาค, 2523)

ภายหลังได้รับความรู้ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะ ประกอบด้วยทักษะการแก้ไขปัญหา โดยค้นหาการขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสของตนเอง จากการลืมรับประทานยา จึงได้ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยมีผู้ช่วยชี้แนะจากตัวแบบบุคคล หรือบุคลากรสุขภาพ กลุ่มทดลองเลือกใช้โทรศัพท์มือถือเป็นวิธีในการเตือนการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ทักษะการใช้ประโยชน์ของแหล่งข้อมูล เช่น การให้ข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาล หรือหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ของบุคลากรให้ติดต่อได้ เป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกว่าบุคลากรเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองดีขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, อภิรดี ปลอดในเมือง, และปกรณ์ ประมุขกุล, 2544) จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการจัดการด้านอารมณ์ได้ดีขึ้น การลงมือปฏิบัติในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การปรับวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยการใช้แบบบันทึกเป็นการเตือนการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ทราบเวลารับประทานยาและลดปัญหาการจำไม่ได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน การได้ลงมือปฏิบัติในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้วยตนเองแล้วประสบผลสำเร็จ เป็นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนวิธีที่ได้ผลดีที่สุด (Lorig & Holman, 2003) การเสนอตัวแบบบุคคล (live modeling) ที่เป็นแกนนำซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย จะสร้างความเชื่อถือได้มากกว่าบุคลากร ทำให้กลุ่มทดลองตั้งใจดู มีการจดจำ นำไปปฏิบัติ เพราะคาดว่าจะได้รับผลดีเช่นเดียวกับตัวแบบบุคคล (Bandura, 1997) ตัวแบบบุคคล (live modeling) ได้ถ่ายทอดประสบการณ์การรับประทานยาต้านไวรัส การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส การจัดการกับอารมณ์ นอกจากนี้ตัวแบบบุคคล (live modeling) และบุคลากรได้ พูดโน้มน้าวให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ และให้กำลังใจ ซึ่งการใช้ชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีการชักจูงที่ง่าย และเป็นการเตรียมความพร้อม เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จนั้นต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด คือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น การยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลมีการยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยความมีศักยภาพและมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ทีมสุขภาพค้นหาปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยร่วมกันเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในกิจกรรมที่ปฏิบัติ (สุพัฒตรา พลศรีดา, 2561)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทำให้มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และยังมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (วรรณ์นิภา แสนสุภา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2555) การศึกษาการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศหญิง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถจัดการตนเองให้มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (Webel & Holzemer, 2009) และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายต่อน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ขนาดของกล้ามเนื้อต้นแขนซ้ายและแขนขวาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงใจ แซ่หยี, และสุรีพร ธนศิลป์, 2552) ส่วนการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำกว่า (สิริลักษณ์ นานาวิชิต, 2552)

ดังนั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองจึงเป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย (ดวงใจ แซ่หยี, และสุรีพร ธนศิลป์, 2552)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถนำไปเป็นแนวทางให้บุคลากร ใช้ดำเนินการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้นจากการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส

2. ข้อมูลจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน เพื่อนำไปใช้วางแผน พัฒนาและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวขึ้น เพื่อติดตามการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการวัดผลทางคลินิกที่ให้ผลชัดเจน เช่น การวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

3. ควรศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ให้ความรู้ฝึกทักษะและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เอกสารอ้างอิง

ใจทิพย์ ณ สงขลา. (2547). *การออกแบบการเรียนการสอนบนเว็บในระบบการเรียนอิเล็กทรอนิกส์.* กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชม ภูมิภาค. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ดวงใจ แซ่หยี, และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายต่อน้ำหนักตัวและขนาดของกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารโรคเอดส์, 21*(4), 222-234.

ภูริชญา บุรินทร์กุล, วารุณีฟองแก้ว, และพูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *พยาบาลสาร, 34*(1), *143-153*.

วรรณ์นิภา แสนสุภา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ.(2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.30*(3), 58-67.

วรรณสิทธิ์ เธียระวิบูลย์. (2549). ศึกษาอุบัติการณ์ สาเหตุและปัจจัยที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารวิชาการรพศ/รพท เขต 4, 8*(1), 1-9.

สิริสักษณ์ นานาวิชิต. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล หางดง จังหวัดเชียงใหม่.*การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัฒตรา พลศรีดา. (2561). *การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านการใช้ยาต้านไวรัส โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ.*เอกสารประชุมวิชาการผลงานวิจัย/R2R นวัตกรรม และการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรเจริญครั้งที่3.

สมจิต หนุเจริญกุล, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, อภิรดี ปลอดในเมือง, และปกรณ์ ประมุขกุล. (2544). ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 5*(1), 36-52.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ 2527-2555ค้นได้จาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/ewt_news.php?nid=9334.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อัจฉรา เชาวะวณิช, รังสิมา โลห์เลขา, ปรีชา ตันธนาธิป, อมรพันธ์ วิรัชชัย, เจริญสุข อัศวพิพิธ, กรุณา ลิ้มเจริญ, และคณะ. (2550). พฤติกรรมการแพร่กระจายเชื้อทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร. *วารสารควบคุมโรค, 33*(1), *42-59.*

อีระฟาน หะยีอีแต. (2552). การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย จังหวัดนราธิวาส. *วารสารโรคเอดส์, 22*(1), 11-21.

Azaar, M. M., Springer, S. A., Meyer, J. P., Altice, F. L. (2010). A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug and Alcohol Dependent*, 112(3), 178-193.

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

Bodenhemer, T., Lorig, K., Holman, H., &Grubach, K. (2002).Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of The American Medical Association, 288*(19), 2469-2475.

Center for Disease Control and Prevention.(2009). HIV infection among injection drug users-34 states, 2004-2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 58*(46), 1291-1295.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behaviors Medicine26*(1), 1-7.

Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergls, E. N., Squler, C., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection.*Annals of Internal Medicine, 133*(1), 21-30.

Pao, D., Fisher, M., Hue, S., Dean, G., Murphy, G., Cane, P. A., & et al. (2005). Transmission of HIV-1 during primary infection: relationship to sexual risk and sexually transmitted infections. *AIDS, 19,* 85-90.

Podlehareve, D., Mocroft, A., Dragsted, U.B., Ledergerber, B., Beniowski, M., Lazzarin, A., & Weber, J. (2006). Factors associated with the development of opportunistic infections in HIV-1-infection adults with hight CD4 cell count: A Euro SIDA Study. *The Journal of Infectious Disease, 194,* 633-641.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Sarna, A., Luchters, S., Geibel, S., Chersich, M. F., Munyao, P., Kaai , S., & et al. (2008). Short- and long- term efficacy of modified directly observed Antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: A randomized trial. *Journal Acquired Immune Deficient Syndrome, 48*(5), 611-619.

Webel, A. R., Holzemer, W. L. (2009). Positive self-management program for women living with HIV: A Descriptive Analysis. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care, 20*(6), 458-467.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva.

World Health Organization. (2012). *World AIDS Day 2012: Closing in on global HIV targets*.https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/aids_20121129/en/.

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=25)		กลุ่มควบคุม(n=25)		Chi-square test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	15	60.0	16	64.0	2.880	.090
หญิง	10	40.0	9	36.0		
อายุ(ปี)					0.000	1.000
26-40	13	52.0	12	48.0		
41-59	12	48.0	13	52.0		
Mean ± S.D.= 40.8 ± 5.3			Mean ± S.D.= 39.5 ± 6.3			
Range = 27-51			Range = 26-52			
ระยะเวลารับทราบติดเชื้อเอชไอวี(ปี)					.040	.980
< 3	6	24.0	11	44.0		
3- 6	9	36.0	7	28.0		
> 6	10	40.0	7	28.0		
Mean± S.D. = 6 ± 6.4			Mean± S.D. = 5.3 ± 4.2			
Range = 1-30			Range = 1-16			
ระยะเวลาที่ได้รักษา (ปี)					1.000	.607
≤ 2	7	28.0	8	32.0		
3-5	7	28.0	8	32.0		
> 5	11	44.0	9	36.0		
Mean ± S.D. = 5.0 ± 2.8			Mean ± S.D. = 4.6 ± 3.4			
Range = 1-12			Range = 1-12			
วิธีในการเตือนการรับประทานยาต้านไวรัส					2.440	.295
โทรศัพท์มือถือ	10	40.0	11	44.0		
บิดา มารดา/คู่สมรส	8	32.0	9	36.0		
นาฬิกาปลุก	7	28.0	5	20.0		
เหตุผลที่ไม่รับประทานยา					.960	.953
ลืมรับประทานยา	12	48.0	11	44.0		
งานยุ่ง	9	36.0	10	40.0		
ไม่รับประทานยาต่อหน้าผู้อื่น	4	16.0	4	16.0		

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการจัดการตนเอง (n=25)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			Dependent pair t- test
	mean	S.D.	mean	S.D.	t	p-value
CD4	329.90	54.04	391.08	88.83	6.04	.000

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 หลังการส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)			Independent t- test
	mean	S.D.	mean	S.D.	t	p-value
CD4	391.08	88.83	356.31	43.90	1.92	.03