

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาหาร ผลลัพธ์การจัดการอาหาร การสนับสนุนทางสังคม
กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

พิมพ์ ทวีพักตร์

26 มิ.ค. 2555

301261

28 พ.ค. 2555

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พิมใจ ทวีพักตร์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร. เขมารดี มาสิงบุญ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล)

.....กรรมการ
(ดร. เขมารดี มาสิงบุญ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย หอมจำปา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 3 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เขมารดี มาสิงบุญ ประธาน
ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.
วันทนา มณีวงศ์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะแนวทางที่ถูกต้องตลอดจน
แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอ ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างดี
จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการ
ปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาทที่
ให้โอกาสผู้วิจัยในการลาศึกษาต่อจนสำเร็จการศึกษา พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย
บางส่วนจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว น้องสาวและทุกคนใน
ครอบครัว ขอบคุณอาจารย์ Dwain Anderson อาจารย์ประจำภาควิชาภาษาตะวันตก มหาวิทยาลัย
บูรพา ที่ช่วยตรวจสอบบทคัดย่อภาษาอังกฤษให้ ขอบคุณอาจารย์มณี ดีประสิทธิ์ อาจารย์มยุรี
บุญทัด อาจารย์สุธาสนี สุพิชญากูร และเพื่อน ๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่ได้คอยให้กำลังใจ ทำให้
ผู้วิจัยต่อสู้อุปสรรคให้ผ่านพ้นไปได้ด้วย

พิมใจ ทวีพักตร์

48926739: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ประสบการณ์การมีอาการ/ ผลลัพธ์การจัดการอาการ/การสนับสนุนทางสังคม/

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์

พินิจ ทวีพัทธ์: ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการ
อาการ การสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ ผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอ็ดส์ (RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM
MANAGEMENT OUTCOME, SOCIAL SUPPORT, AND ADHERENCE TO
ANTIRETROVIRAL MEDICATION AMONG PERSONS LIVING WITH HIV/ AIDS)

อาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์: เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N., วัลภา คุณทรงเกียรติ Ph.D.

จำนวนหน้า 140 หน้า. ปี พ.ศ. ปี พ.ศ. 2554

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ
ผลลัพธ์การจัดการอาการ และการสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
ไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ที่มารับบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสจาก 6 โรงพยาบาลในจังหวัด
ชัยนาท จำนวน 126 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้ที่ยินดีและเต็มใจให้
ข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการ
อาการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค ของแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ และการสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ เท่ากับ 0.89 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา และ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ รับรู้ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 4 ลำดับแรกได้แก่ อาการ
ปวดศีรษะ/ มีไข้ (ร้อยละ 73.8) อาการชาตามปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 62.7) อาการผื่นคันตาม
ร่างกาย (ร้อยละ 61.9) และอ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 59.5) โดยใช้วิธีการจัดการอาการหลายวิธี
ร่วมกันซึ่งวิธีการจัดการอาการที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การพักผ่อน และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
และมีผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่ดีขึ้น

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ส่วนใหญ่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง
($\bar{X} = 174, SD. = 21.75$)

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 69.8 มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่า 95%

4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .182, p < .05$) ประสิทธิภาพการมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าควรได้มีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแนะนำวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

48926739: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORD: SYMPTOM EXPERIENCES/ SOCIAL SUPPORT/ ADHERENCE TO
ANTIRETROVIRAL MEDICATION/ PERSONS LIVING WITH HIV/ AIDS

PIMJAI TAWEEPAAK: RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM EXPERIENCES,
SYMPTOM MANAGEMENT OUTCOME, SOCIAL SUPPORT, AND ADHERENCE TO
ANTIRETROVIRAL MEDICATION AMONG PERSONS LIVING WITH HIV/ AIDS

KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D.

P. 140. 2011.

The purpose of this research was to examine relationships between symptom experiences, symptom management outcome, social support, and adherence to antiretroviral medication among persons living with HIV/AIDS (PLWH). One hundred and twenty-six persons living with HIV/AIDS positive, who were willing to participate in the study, were recruited from infectious disease clinics of six hospitals in Chainat Province. Structured interview questionnaires were used to collect data consisting of the Symptom Experiences Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Adherence to Antiretroviral Medication Questionnaire. The Cronbach's alpha of the Symptom Experiences Questionnaire and the Social Support Questionnaire were 0.89 and 0.94 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study revealed that:

1. For symptom experiences, headache/fever (73.8%), neuropathy (62.7%), skin itching (61.9%), and fatigue (59.5%) were the top four of symptoms that PLWH experienced frequently. The most symptom management strategies used by PLWH were taking rest and prescribed medication. Most of participants reported that symptom outcomes were improved.

2. PLWH reported that they had perceived social support scores at a high level ($\bar{X}=174$, $SD=21.75$).

3. Approximately 69.8% of PLWH were non adherence to antiretroviral medication (taking medication less than 95%).

4. There were a low positive significant relationship between social support and adherence to antiretroviral medication therapy ($r = .187, p < .05$) and no significant relationship between symptom experiences and adherence to antiretroviral medication.

The findings of this study indicated that promotion of adherence to antiretroviral medication among PLWH could be enhanced by providing social support and advice correct symptom management strategies to this population.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคเอดส์.....	11
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	15
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	23
การจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	35
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
ผลการวิจัย.....	67
การอภิปรายผล.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	77
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก.....	89
ภาคผนวก ข.....	92
ภาคผนวก ค.....	96
ภาคผนวก ง.....	132
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์.....	13
2 สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในประเทศไทย.....	22
3 จำนวนประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของ โรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชัยนาท.....	43
4 แสดงผลการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	50
5 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=126).....	54
6 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา.....	56
7 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประสบการณ์การ มีอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n=126).....	58
8 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการอาหารและผลลัพธ์การจัดการอาหารของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์.....	60
9 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n=126).....	62
10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n=126).....	63
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างประสบการณ์การมีอาหาร การสนับสนุน ทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n=126).....	64
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างประสบการณ์การมีอาหารแยกเป็นราย อาหารกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n=126).....	65

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 Self-regulatory HIV/ AIDS Symptom Management Model (SSMM-HIV).....	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ ยังคงทวีเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี 2552 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 40 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 3 ล้านราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2551) สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สะสมจนถึงปี 2552 รวมประมาณ 1,127,168 ราย ในจำนวนนี้ เสียชีวิตไปแล้ว 613,510 ราย และยังคงมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 516,632 ราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2552) ซึ่งผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จะเป็นภาระของระบบบริการสาธารณสุขในระยะยาวต่อไปหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้รับการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเกิดการเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ณ ปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการของเอดส์น้อยลงได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) โดยมีประโยชน์ คือ 1) ยืดอายุขัยของผู้ป่วย (Carpenter, Lin, Capone, 2000; William, 1997; Wilson, Barron, & Cohen, 2002) 2) ลดอัตราการตาย 3) ลดอัตราป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 4) ลดการรักษาด้วยยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (Spirig, Moody, Battegay, & Geest, 2005) 5) ลดโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาคัดในโรงพยาบาล 6) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถทำงานและดำรงชีวิตตามปกติในสังคม และ 7) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2545) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีประโยชน์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่จะต้องอาศัยการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในทางตรงกันข้ามหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก็จะส่งผลเสียตามมา

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตได้ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอัตราของความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสสูง และเมื่อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า

ร้อยละ 95 จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Morris & Schulz, 1992; Paterson et al., 2000) เกิดการดื้อยาต้านไวรัสในกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนยาตัวที่ดื้อไปใช้ยาที่แรงขึ้นกว่าเดิม ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สัตยชัย ชาสมบัติ และพีระมน นิงสานนท์ (2549) พบว่างบประมาณที่คาดว่าจะใช้สำหรับค่ายาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน คิดเป็น 16,506 - 18,683 บาทต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปี และงบประมาณที่คาดว่าจะใช้สำหรับค่ายาต้านไวรัสสูตรดื้อยา คิดเป็น 84,149 - 84,828 บาทต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปี เมื่อมีการเปลี่ยนสูตรยาผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดมีอาการข้างเคียงของยาที่มากขึ้นตามมา และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น จะเห็นได้ว่าการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่สามารถรับประทายาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอแบ่งได้เป็นปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านยา โดยพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความเชื่อ ทัศนคติ และแรงจูงใจ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและการรับประทายาที่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอายุน้อยมักมีปัญหาการรับประทายาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากมีวุฒิภาวะน้อยจึงมีความรับผิดชอบในการรับประทายาน้อยกว่า (Ammassari, Murri, Pezzotti, & Tratta, 2001; Spire et al., 2002; Stone, Hogan, & Schuman, 2001) ในส่วนของเพศ จากการศึกษาพบว่าผลไม่แน่นอนนัก บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสมากกว่าเพศชาย (ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547; Vincke & Bolton, 2002) บางการศึกษาพบว่า เพศชายมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสมากกว่าเพศหญิง และบางการศึกษาก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Murri, Ammassari, & Gallicano, 2000) ในด้านการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาดำเนินความสัมพันธ์กับความไม่สม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส (Golin et al., 2002) สถานภาพทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทายาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (สมจิตร ตุลาทอง, 2547; Kleeberger, Phair, & Strathdee, 2001; Spire et al., 2002) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการยอมรับ และช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีแรงจูงใจ และมีกำลังใจดูแลตนเอง ทำให้มีผลดีต่อการรักษาเกิดความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น (สมจิตร ตุลาทอง, 2547; Gifford et al., 2000; Steven et al., 2001)

นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุใหญ่อีกประการคือ การลืมการรับประทานยา ซึ่งจากการศึกษา (Burgos et al., 1998) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลืมรับประทานยาร้อยละ 24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; สมจิตร ตูลาทอง, 2547; Fennie & Williams, 2006) ที่พบว่า เหตุผลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสคือ ลืมรับประทานยาร้อยละ 36 ไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 33 เบื่อหน่ายการรับประทานยาร้อยละ 24 และกลับจนเลยเวลารับประทานยาร้อยละ 20 สำหรับปัจจัยด้านยาได้แก่ ขนาดของเม็ดยาที่ใหญ่ จำนวนเม็ดยาที่มาก หรือ ความยุ่งยากในการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส เช่น ยาบางชนิดต้องรับประทานถึงวันละ 3 ครั้ง หรือยาบางชนิดต้องรับประทานก่อนอาหาร เช่น ddI และ Indinavir (Zomilla et al., 2004) หรือต้องรับประทานหลังอาหาร เช่น Ritonavir แม้ปัจจุบันจะมีการผลิตยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้งได้แก่ยา GPO - VIR 30 หรือ GPO - VIR 40 แต่ก็ยังพบการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมออยู่

นอกจากนี้ยาต้านไวรัสทำให้มีอาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซีด เป็นผื่นแพ้ ตับอักเสบ ไชมันในร่างกายกระจายตัวผิดปกติ ปวดศีรษะ มีไข้ ขาปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ วิดกกังวล ซึมเศร้า (Abel & Painter, 2003) จากการศึกษาของ เบอร์โกสและคณะ (Burgos et al., 1998) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Poor Adherence) อ้างเหตุผลว่า หลีกเลียงฤทธิ์ข้างเคียงของยาร้อยละ 20 และ มีปัญหาในการรับประทานยาในที่ทำงาน ร้อยละ 17 และจากการศึกษา (Melbourne et al., 1999) พบว่า เหตุผลแรกที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องคือ ทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่ไหวถึงร้อยละ 81 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเกือบทุกชนิดมีผลข้างเคียงและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน (จันทน์ จันทรทาจัน, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศิษฐ์ ประสิทธิศิริกุล, สุจิตรา พุทรวงศ์ และ อัจฉรา เชาวะวณิช (2544) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่สามารถทนต่อยาหรือเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 27.2 และการศึกษาของ สมจิตร ตูลาทอง (2547) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 59.9 มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เป็นที่สังเกตจากบุคคลรอบข้าง เกิดความกลัว วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจึงเป็นอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งเกิดการเบื่อหน่ายในการรับประทานยา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อสามารถ

จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ก็จะส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ต่อไป นอกจากนี้ครอบครัวและสังคมยังมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขและมีการดูแลตนเองที่ดี (สมจิตร ตูลาทอง, 2547) และส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากการทบทวนวรรณกรรม (Spirig, Moody, Battegay, & Geest, 2005) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยเชื่อว่าประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส กล่าวคือ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังไม่มีอาการของโรคมานัก เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะไม่มีอาการ แต่มี CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสแล้วทำให้รู้สึกว่าอาการรุนแรงกว่าการไม่รับประทานยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทาน จึงมักหยุดยาเองเพื่อลดอาการและลดผลกระทบของการรับประทานยาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548) การรับรู้ประสบการณ์การเกิดอาการในระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับรู้ว่ามีอาการข้างเคียงหลายอาการ รับรู้ว่ามีอาการเกิดอาการถี่และมีความรุนแรงมากก็จะส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ โดยอาจมีการหยุดยาหรือลดจำนวนยาที่ต้องรับประทานเพื่อหลีกเลี่ยงอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมาจากการรับประทานยาต้านไวรัส (สุจิตร์ แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2549)

เมื่อเกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ขึ้นผู้ป่วยมักจะหาวิธีการเพื่อบรรเทาอาการ หรือเพื่อให้อาการต่าง ๆ หดไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการและเลือกใช้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองได้หลากหลาย แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ การจัดการอาการโดยการให้ยา และการจัดการอาการโดยไม่ให้ยา ซึ่งการจัดการอาการโดยการให้ยา (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548; มยุรี บุญทัด, 2547; สุจิตร์ แก้วมณี และคณะ, 2549) ได้แก่ การให้ยาปัจจุบัน การให้ยารักษาตามอาการ ให้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ การใช้สมุนไพร หรือแม้แต่การลดจำนวนยาที่ต้องรับประทานเพื่อหลีกเลี่ยงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ มยุรี บุญทัด (2547) พบว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาถูกใช้ในการจัดการกับอาการคันและได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ 91.07 จากการศึกษาของ สุจิตร์ แก้วมณี และคณะ (2549) พบว่าอาการผื่นคันเป็นตุ่มตามตัวเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการโดยการให้ยาทาแก้คัน การจัดการอาการโดยการไม่ให้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การสร้างความหวังและจินตนาการ (Shah, 2003) การฝังเข็ม การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย การทำสมาธิ (มยุรี บุญทัด, 2547) จะเห็น

ได้ว่าการเกิดอาการข้างเคียงและผลจากการจัดการอาการข้างเคียงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเช่นกัน

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Spirig et al., 2005) โดยผู้ติดเชื้อมีปัญหาทางด้านจิตใจเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ถูกตีตราว่าเป็นโรคสังคมรังเกียจ เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์น้อยรายที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต และในการรักษา (บุษดี ศรีคำ, 2546; เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานัต และประณีต สงวัฒนา, 2549) การเกิดอาการต่างๆทำให้เป็นที่สังเกตกับบุคคลรอบข้าง และหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้รับการยอมรับหรือการช่วยเหลือจากสังคมหรือครอบครัวก็ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เช่นกัน

การศึกษาของ บุษดี ศรีคำ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สูงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองส่งผลให้ภาวะเครียดลดลงมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร์ ตูลาทอง (2547) ที่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าผลจากการศึกษาดังกล่าวยังมีความขัดแย้งกันอยู่โดยเฉพาะเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยทำการศึกษาในจังหวัดชัยนาท ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสยังคงมีอยู่ จากสถิติรายงานการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง 30 มกราคม 2550 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมดจำนวน 1,135 ราย เสียชีวิตแล้ว 222 ราย และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 913 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 692 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 221 ราย และในจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีชีวิตอยู่นี้มีจำนวน 449 รายที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และมีรายงานว่ามีการล้มเหลวในการรักษาจำนวน 37 ราย (กรมงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550) ซึ่งจังหวัดชัยนาทไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และสาเหตุของการล้มเหลวทางการรักษา

จากข้อมูลการติดตามโครงการบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสของจังหวัดชัยนาทพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548 - 2550 คิดเป็นร้อยละ 5.2 , 6.3 และ 8.2 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550) จะเห็นได้ว่าการล้มเหลวในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยเชื่อว่าข้อมูลความรู้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการการสนับสนุนทางสังคมและ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาทเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาทหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการการสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการการสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในจังหวัดชัยนาท

สมมติฐานการวิจัย

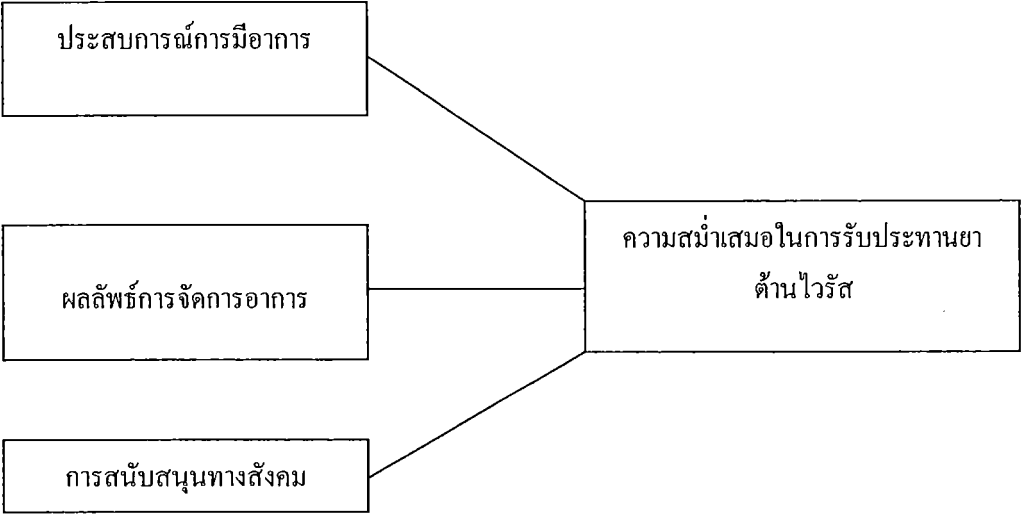
ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในจังหวัดชัยนาท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจมีอาการต่างๆที่ปรากฏระหว่างที่ได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกัน อาการเหล่านี้ อาจมีผลมาจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสหรือจากภาวะของโรคก็ตามต่างมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลง (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548) ซึ่งโดยปกติบุคคลจะพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้มีอาการลดน้อยลง เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่นกัน ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ก็จะช่วยให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ดียิ่งขึ้น (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548; มยุรี บุญทัด, 2547; Spirig et al., 2005)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการกำกับตนเองในการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี Spirig et al. (2005) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย แนวคิดนี้มีการพัฒนามาจากทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self - regulation Theory) Leventhal, Dielenbach, and Leventhal (1992) โดยได้อธิบายถึงการจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการรักษา โดยปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยปัจจัย 7 ด้าน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล วัฒนธรรม ความเสี่ยงในการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษาและแหล่งข้อมูลข่าวสาร 2) การแสดงออกของการเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะของโรค สาเหตุ ระยะ การควบคุม ผลที่เกิดขึ้นตามมา และความเป็นไปได้ที่จะรักษาหาย 3) ประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง รูปแบบหรือระยะเวลาการเกิดของอาการ และความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเกิดอาการ เช่น อาการปวดศีรษะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หงุดหงิดรำคาญ 4) การจัดการกับอาการ คือ วิธีการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ตัดสินใจเลือกกระทำเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้มาจากเครือข่ายทางสังคม บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย 6) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาและตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ และ 7) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ ได้แก่ ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับไวรัสในกระแสเลือด ระดับภูมิคุ้มกันร่างกายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง โดย (Spirig et al., 2005) เชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส นอกจากนี้ (Spirig et al., 2005) ให้ความสำคัญกับการรับรู้และการจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยถ้าบุคคลจัดการกับอาการเหล่านี้ได้ ก็เชื่อว่าจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมี
อาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กล่าวคือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์มีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ต่ออาการนั้นว่ามีความถี่มากน้อย
เท่าใด มีความรุนแรงมากน้อยเท่าใด สามารถทนต่ออาการนั้น ๆ ได้โดยไม่ต้องจัดการอะไรเลย
หรือต้องมีการจัดการกับอาการเหล่านั้นเพื่อบรรเทาการรบกวนการดำเนินชีวิต (มยุรี บุญทัต, 2547;
สุดจิตร แก้วมณี และคณ, 2549) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประสบการณ์ของอาการจะสามารถแก้ไข
อาการที่เกิดขึ้นได้ตามวิธีการที่ตนเองตัดสินใจเลือกกระทำ เนื่องจากเคยเป็นอาการนี้มาก่อนแล้ว
เคยจัดการด้วยวิธีการนี้ได้ผลดี คงเดิม หรืออาการแย่ลง (มยุรี บุญทัต, 2547) นอกจากนี้การได้รับ
การสนับสนุนทางสังคมทั้ง การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม
ด้านการประเมินพฤติกรรมตนเอง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน
ทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ กำลังใจ (สมจิตร ตุลาทอง, 2547) ทำให้
สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่า ประสบการณ์การมีอาการ
ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาต้านไวรัสโดยผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
2. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนการให้การพยาบาล การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
3. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาท เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม - เดือนเมษายน พ.ศ. 2551

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากการติดเชื้อเอชไอวีและจากการรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547)

การจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เลือกปฏิบัติ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547)

ผลลัพธ์การจัดการอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ต่อผลที่เกิดตามมาจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการต่างที่เกิดขึ้นในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินโดยแบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ตามแผนการรักษา ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประเมินโดย แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เกี่ยวกับความช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมและ ชุมชน ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประยุกต์มาจาก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน เกิดความอบอุ่นใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของตนเอง
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง และบริการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research Designs) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาหาร ผลลัพธ์การจัดการอาหาร และการสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชัยนาท ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเอดส์
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
3. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
4. การจัดการกับอาหารในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

โรคเอดส์

ความหมาย

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) หมายถึง โรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสเอชไอวี Human Immunodeficiency Virus (HIV) ทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์ (Helper T - lymphocytes) ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องร่างกายอ่อนแอ จึงทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสที่รุนแรงได้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

สาเหตุ

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็น RNA Virus จัดอยู่ใน Family Retroviridae และ Subfamily Lentiviridae มีรูปร่างกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100-200 นาโนเมตร โครงสร้างของเชื้อประกอบด้วย โปรตีนเปลือกหุ้ม (Envelope Proteins) และ โปรตีนแกนกลาง (Core Proteins) โปรตีนเปลือกหุ้มจะแบ่งออกเป็น 2 ชั้น ซึ่งมีไขมันเป็นส่วนประกอบและมีไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) แทรกตัวอยู่ มีลักษณะเหมือนดอกเห็ด ส่วนของก้านเห็ดที่แทรกตัวอยู่ในเปลือกหุ้มส่วนที่เป็นไขมันเรียกว่า gp 41 ส่วนที่ยื่นออกมาบนผนังหุ้มเซลล์เหมือนดอกเห็ด เรียกว่า gp120 ซึ่งมีความสามารถไปจับกับตัวรับ CD4+ receptors บนผิวของ Helper T cells ส่วนโปรตีนแกนกลางนั้นเป็นรูปทรงกระบอกทึบแสงอิเล็กตรอน มี Precursor Protein ชนิด P55 ซึ่งแยกออกเป็น 1) โปรตีนรูปทรง

กลมที่เรียงเป็นรูปทรงกระบอกทึบแสงหุ้มนิวเคลียสของไวรัสไว้ เรียกว่า p24 และ 2) โปรตีนที่จัดเรียงเป็นทรงกลมล้อมรอบนิวเคลียสอีกชั้นหนึ่ง

นอกจากนี้ภายในโปรตีนแกนกลางยังมี จีโนม (Genome) ซึ่งเป็นกรดนิวคลีอิก ชนิด RNA สายเดี่ยว 1 คู่และมีเอนไซม์ Reverse Transcriptase (RNA- dependent DNA - polymerase enzyme) ซึ่งสามารถเปลี่ยน RNA เป็น DNA ได้อันเป็นลักษณะเฉพาะในการแบ่งตัวของเอชไอวี เชื้อเอชไอวีแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ HIV - 1, HIV - 2 และ HIV - 3 โดยเชื้อ HIV - 1 เป็นสาเหตุหลักของผู้ป่วยโรคเอดส์ เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อกันได้ 3 ทาง คือ ทางเลือด ทางเพศสัมพันธ์ และจากการคาบไต่ปาก เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วก่อให้เกิดการถูกทำลายของภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย (สิริ เชี่ยวชาญวิทย์, 2540)

พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของบุคคลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อต่อเซลล์หลายชนิด เช่น ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) โมโนไซต์ (Monocyte) แมคโครฟาจ (Macrophage) และเซลล์สมอง (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2540) แต่เซลล์ที่ถือว่าเป็นเป้าหมายคือ Helper T – lymphocytes ซึ่งมี CD4 molecule บนผิวเซลล์ จำนวนของ CD4 และ T – lymphocytes จะมีความสัมพันธ์ต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection, OI) เมื่อจำนวน CD4 และ T – lymphocytes ลดลงมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มี virulence ต่ำมากขึ้น รวมทั้งเป็นมะเร็งบางชนิดที่จำเพาะต่อโรคเอดส์ เช่น มะเร็งของหลอดเลือด Kaposi's sarcoma และ Primary CNS Lymphocytes เป็นต้น นอกจากนั้นเชื้อเอชไอวียังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลือง ประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร และผิวหนังโดยตรง ตลอดจนทำให้เกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ จากการติดเชื้อเอชไอวี (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

เชื้อเอชไอวี จะมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้ออื่น กล่าวคือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T – helper cell (T4 Lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย ในขณะที่เชื้อเอชไอวีไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อเอชไอวีจะเกาะกับ CD4 Receptor บนผิวเซลล์และจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น โดยผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงของโรคในช่วงสัปดาห์ที่ 1 - 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตกและกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไปทำให้เม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ซึ่งสามารถตรวจเลือดหา Antibody ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด โดยเชื้อเอชไอวีจะแฝงตัวอยู่ในร่างกาย

รอกการแบ่งตัวต่อไปในขณะที่แฝงตัวอยู่ เชื้อเอชไอวีก็สามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นโดยตรง จนในที่สุดเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้น ส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งในระบบต่าง ๆ ได้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

การแบ่งระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ สามารถแบ่งได้ตามเกณฑ์ของ The Center of Disease Control and Prevention: CDC และ Hare (2005) ซึ่งสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 9 ประเภท ตามอาการแสดงทางคลินิก และระดับภูมิคุ้มกัน ค่าซีดีโฟร์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

CD4 T – cell categories	Clinical categories		
	(A)	(B)	(C)
	Asymptomatic	Symptomatic	AIDS
1. > 500 cells/mm ³ (or CD4% > 28%)	A1	B1	C1
2. 200-499 cells/mm ³ (or CD4% 14% - 28%)	A2	B2	C2
3. < 200 cells/mm ³ (or CD4% < 14%)	A3	B3	C3

ที่มา: Center of Disease Control and Prevention: CDC, 2005. Retrieved April 27, 2007, from <http:// www. Aids-ed.org>

อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในแต่ละกลุ่ม

A: Asymptomatic HIV Infection หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

B: symptomatic HIV Infection หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ

1. มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวี หรือ มีภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง
2. มีอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยอาการดังต่อไปนี้
 - 2.1 เชื้อราแคนดิดา (Candida) ในช่องปาก (ฝ้าขาวในปาก)
 - 2.2 เชื้อราแคนดิดา (Candida) ในช่องคลอด
 - 2.3 การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Inflammatory Disease)
 - 2.4 Cervical Dysplasia (ระดับปานกลาง หรือรุนแรง) มะเร็งปากมดลูก
 - 2.5 มีแผลนูนขาวที่ลิ้น, ในช่องปาก (Hairy Leukoplakia, Oral)
 - 2.6 Idiopathic Thrombocytopenic Purpura
 - 2.7 มีไข้สูง ($>38.5^{\circ}\text{C}$) หรือมีอาการท้องเสียมากกว่า 1 เดือน
 - 2.8 ขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า
 - 2.9 งูสวัด (Herpes zoster) มากกว่า 2 ครั้ง เป็นผิวหนังอักเสบมากกว่า 1 ครั้ง

C:AIDS หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือ มะเร็ง ประกอบด้วยโรคดังต่อไปนี้ดังนี้

1. ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี
2. เชื้อราในหลอดลม หรือในปอด เนื่องจากเชื้อCandidas
3. เชื้อราแคนดิดา (Candida) ในหลอดอาหาร
4. มะเร็งปากมดลูก ซึ่งตรวจวินิจฉัยโดยการตัดชิ้นเนื้อ
5. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด
6. Cryptococcosis
7. Cryptosporidiosis และอุจจาระร่วงนานเกินกว่า 1 เดือน
8. Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง (นอกเหนือจาก ตับ ม้าม หรือต่อมน้ำเหลือง)
9. สมองเสื่อมจากเชื้อเอชไอวี (HIV Encephalopathy)
10. เป็นเรื้อรนานเกิน 1 เดือน (Herpes simple) หรือเป็นหลอดลมอักเสบ, ปอดอักเสบ

หรือคออักเสบ

11. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจาย
12. Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
13. มะเร็งหลอดเลือด Kaposi's sarcoma
14. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Burkitt หรือ Immunoblastic)
15. Mycobacterium Avium Complex (MAC) หรือ M kansasii

16. ติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ในปอดหรือนอกปอด
17. ติดเชื้อ Mycobacterium ชนิดอื่น ๆ ชนิดแพร่กระจายหรือนอกปอด
18. Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)
19. Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML)
20. Salmonella Septicemia
21. Toxoplasmosis of Brain
22. ภาวะผอมแห้ง (Wasting Syndrome) (CDC, 2005)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาที่เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดคือ การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy)

ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมา เพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ ในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ยังไม่สามารถรักษาหายขาดได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งยาเหล่านี้มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ยังไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปจากร่างกายได้ การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนี้

1. เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ($< 50 \text{ copies/mm}^3$) นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (As Much as Possible and As Long as Possible) เพื่อหยุดการดำเนินของโรค และการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองระยะแรก ต่อการให้ยาต้านไวรัสนั้น จะบ่งชี้ว่าการตอบสนองระยะยาวเป็นอย่างไร การยับยั้งเชื้อเอชไอวีในเลือดได้น้อยกว่า 50 copies/mm^3 จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง $50 - 400 \text{ copies/mm}^3$
3. เพื่อเพิ่มปริมาณภูมิคุ้มกันในร่างกาย (จำนวน CD4 cell)
4. ลดโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ
5. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
6. เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคตมีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ในปัจจุบันการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีหลายตัวร่วมกันที่มีประสิทธิภาพสูงหรือที่เรียกว่า Highly active antiretroviral therapy (HAART) เป็นการให้ยาด้านไวรัสอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป ประกอบด้วย 2NRTIs ร่วมกับ NNRTIs หรือ PIs ซึ่งสามารถลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ (Undetectable Level) และทำให้ปริมาณ CD4 สูงขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจนและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมนึก สัมมานภาพ, 2549)

การให้ยาด้านไวรัสชนิดต่าง ๆ ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อไปรบกวนวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี ควบคุมการเพิ่มจำนวนของเซลล์ ยาที่ใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 3 กลุ่ม (ปราโมทย์ ทิรพงษ์, 2546) ดังนี้

1. กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs)

ประกอบด้วย Zidovudine (AZT), Zalcitabine (ddC), Didanosine (ddI), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase โดยการแข่งจับกับ HIV-RT (Inhibitory Competitor) และการหยุดยั้งการเรียงต่อกันของลำดับเบสของ DNA (Chain Terminator) ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถถอดรหัสสาย RNA เพื่อสร้างเป็น DNA ต้นแบบได้ แต่เป็นการแข่งจับไม่ถาวร ในกรณีที่ใช้ยากลุ่มนี้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) จะสามารถลดจำนวนเชื้อในพลาสมาลงได้เพียง 0.3-0.7 log₁₀ หรือ น้อยกว่า 10 เท่า ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีเชื้อ 100,000 ตัวต่อลบ.ชม. การรักษาด้วย Nucleoside RTI Monotherapy (เช่น AZT หรือ ddI) ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของยาในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยรายนี้ก็ยังคงมีจำนวนเชื้ออยู่ในระดับที่มากกว่า 10,000 ตัว/ลบ.ชม. และประกอบกับปัญหาการคือยาที่จะเกิดขึ้นในที่สุด จึงไม่สามารถ ลดอัตราการเกิดเอดส์และอัตราตายได้

2. กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

ได้แก่ Nevirapine (NVP), Efaviren (EFV) ยาในกลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors หรือ NNRTIs ยากลุ่มนี้มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกัน แต่มีฤทธิ์แรง (Potent) ในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ Revers Transcriptase (RT) ของ HIV-1 เท่านั้น ไม่มีผลยับยั้งเอนไซม์ของ HIV-2 Hepatitis, Herpes Virus และเอนไซม์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่อย่างใด และกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่ม Nucleoside Analogue RT Inhibitors (NRTIs) หลายประการ เช่น NNRTIs เป็น Active Compounds ที่ออกฤทธิ์ได้เลย โดยไม่ต้องผ่านขบวนการ Metabolism อื่นใดอีก การออกฤทธิ์ของ NNRTIs เป็นแบบ Noncompetitive คือไม่มีการแข่งจับแข่งกับ Native Nucleotides แต่เป็นการจับ HIV-1 RT ตรงบริเวณล่างลงมา (Downstream) จาก

Catalytic Site ยาในกลุ่ม NNRTIs นี้จะถูก Metabolize เกือบทั้งสิ้นที่ตับ ข้อดีของยาในกลุ่ม NNRTIs ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้ง เป็นการง่ายต่อการเกิด ความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา (Favorable Adherence) แต่ข้อเสียคือ เกิดการดื้อยารวดเร็ว มากโดยเฉพาะเมื่อใช้เดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาในสูตรที่อ่อนหรือล้มเหลวในการรักษามาก่อน และเมื่อ เกิดเชื้อดื้อยาจะเกิดการดื้อต่อยาอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีสูตรโครงสร้างทางเคมีที่แตกต่างกันจริงแต่ตำแหน่งที่จับ (Binding Pocket) กับเอนไซม์ RTI เป็นตำแหน่งเดียวกันหมด นั่นเอง

3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors (PIs)

ได้แก่ Saquinavir (Hard Capsule, Soft Gel Capsule), Indinavir, Ritonavir และ Nelfinavir HIV-1 Protease เป็น Enzyme ของเชื้อ HIV-1 ซึ่งประกอบด้วยโปรตีน 2 สายที่ เหมือนกัน (Symmetrical Isomer) ประกอบด้วยกรดอะมิโน (Amino Acids) 99 ตัว มีหน้าที่สำคัญ เกี่ยวกับการ ตัดย่อย Gag - pol Polypeptide Precursor เพื่อให้ Immature HIV-1 กลายเป็น Mature Infectious ภายหลังการประกอบรูปร่างไวรัสแล้ว หลายปีที่ผ่านมาจึงมีการพยายามคิดค้นยา เพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ HIV โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง HIV-1 Protease เรียกยากกลุ่มนี้ว่า Protease Inhibitors (PIs) ทั้งโดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง 3 มิติ (3-dimensional Structure) ของ HIV-1 Protease และการออกแบบโครงสร้าง Inhibitor ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computer Modeling) ทำให้มียา Protease Inhibitors เกิดขึ้นหลายตัว อย่างไรก็ตามยารุ่นแรก ๆ ส่วนใหญ่เป็น Peptide-based Compounds ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูดซึม (Oral Absorption), Rapid Biliary Clearance, Poor Stability และค่าใช้จ่ายสูงในการผลิต ปัจจุบันยา Protease Inhibitors รุ่นที่ 2 (Second-generation) จะเน้นโครงสร้างเป็น Partially Peptidic หรือ Nonpeptidic ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการดูดซึม (Bioavailability) นั่นเอง (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

อาการข้างเคียงของยาด้านไวรัสและการดูแลรักษา

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากกลุ่ม NRTIs แต่ละตัวประกอบด้วย

1. Zidovudine (AZT) ชื่อการค้า Retrovir/ Antivir ทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ

1.1 อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ แก้ไขโดยดูแลรักษาตามอาการ

1.2 Myopathy พบได้น้อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อที่ขาและ Gluteal

Muscles มี CPK และ LDH สูงหากอาการเป็นมากแพทย์อาจพิจารณาหยุดยาจะช่วยให้อาการดีขึ้น ใน 2-4 สัปดาห์ โดยพิจารณาเปลี่ยน AZT เป็น NRTI ตัวอื่นแทน

1.3 ซีด โลหิตจาง เกิดใน 2-4 สัปดาห์ ให้ลดขนาดยาลงจนเหลือ 200 mg เข้า – เย็น

ถ้าซีดมากให้เปลี่ยนเป็น NRTIs ตัวอื่นแทน

1.4 Neutropenia มักเกิดใน 12- 24 สัปดาห์หลังได้ยา AZT สาเหตุที่พบบ่อยคือเกิดจากยา Co-trimoxazole ที่ให้เพื่อป้องกันปอดอักเสบ PCP ซึ่งถ้าเกิด Absolute Neutrophil count < 750 ตัว/ ลบ.มม. ในผู้ที่ไม่ได้เกิดจากยา Co - trimoxazole หรือสาเหตุอื่น ให้เปลี่ยน AZT เป็น NRTIs ตัวอื่นแทน

1.5 Lactic Acidosis พบน้อยมาก แต่อันตรายอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

1.6 เล็บมีสีคล้ำ และอื่น ๆ เช่น ตับอักเสบ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

2. Stavudine (d4T) ชื่อการค้า Zerit/ Atavir มีอาการข้างเคียงคือ

2.1 Peripheral Neuropathy พบได้ร้อยละ 5-15 มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังได้รับยา อาจมีอาการปวด ร่วมกับการชาปลายมือปลายเท้า เมื่อหยุดการรักษา มักหายไปอย่างรวดเร็ว ถ้าใช้ร่วมกับ ddI มีโอกาสเกิด Neuropathy มากขึ้น แก้ไขโดยให้การรักษาตามอาการ และแพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาอื่นแทน

2.2 Lactic Acidosis พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม NRTI ด้วยกัน แต่อุบัติการณ์โดยรวมต่ำ

2.3 Lipoatrophy มีแก้มตอบ ไขมันใต้แขน ขาดคลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำที่แขน ขา ชัดเจนขึ้น เกิดหลังจากผู้ป่วยทานยาติดต่อกันนานเกิน 1 ปี เมื่อเริ่มมีผลข้างเคียงนี้อาจพิจารณาเปลี่ยนยาเป็นยาอื่น อาการแก้มตอบอาจดีขึ้นหรือคงเดิม

2.4 อาการอื่น ๆ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ

3. Lamivudine (3TC) ชื่อการค้า EpiVir/ Lamivir

3.1 มีอาการข้างเคียงค่อนข้างน้อย ไม่ค่อยมีรายงาน อาจพบปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ผื่นแพ้ ตับอ่อนอักเสบ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ ได้แก่ท้องเสีย, มีกรดในกระเพาะอาหาร

4. Didanosine (ddI) ชื่อการค้า Videx/ Divir

4.1 Peripheral Neuropathy ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า พบได้ร้อยละ 5-12 มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังได้ยา ถ้าอาการรุนแรงพิจารณาหยุดยา

4.2 ตับอ่อนอักเสบ พบได้ ร้อยละ 1-9 (อัตราตายจากตับอ่อนอักเสบสูง ร้อยละ 6)

4.3 ตับอักเสบ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร)

4.4 Lactic Acidosis

5. Abacavir (ABC) ชื่อการค้า Ziagen

5.1 Hypersensitivity Reaction ภาวะภูมิไวเกิน พบได้ ร้อยละ 2-5 มักเกิดใน 6 สัปดาห์แรก หลังจากได้ยานี้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ผื่นแบบ Maculopapular หรือแบบลมพิษ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดข้อ เจ็บคอ ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ระดับ SGOT

SGPT สูงขึ้น ซึ่งเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้วห้ามรักษาด้วยยานี้อีก ควรเตือนให้ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ทราบ ว่า ถ้ามีอาการใช้ร่วมกับผื่น อาการระบบทางเดินอาหาร ดังกล่าว และอาหารไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ต้องหยุดยาและห้ามรับประทานยานี้อีกตลอดไปแม้หลังจากอาการแพ้ยาดีขึ้นแล้ว ก็ตาม

5.2 Lactic Acidosis

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม NNRTIs แต่ละตัว

1. Nevirapine (NVP) ชื่อการค้า Viragen/ Viramune/ Nevir

1.1 ผื่น พบได้ถึงร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มีผื่นไม่รุนแรงเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรกของการ ไข้ และอาจหายไปเองได้หลังได้ยา Antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา ถ้ามี Mucous Membrane Involvement ต้องหยุดยานี้เพราะอาจกลายเป็นผื่นแพ้ยารุนแรง (Steven - Johnson Syndrome) ใน ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการผื่น, ไข้, Eosinophilia และ Multiple Organ Involvement ต้องหยุดยา เช่นกัน ยานี้นี้พบอาการแพ้เกิดได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ๆ ดังนั้นในการเริ่มยานี้จะให้ Nevirapine ขนาด 200 mg วันละครั้งนาน 14 วัน แล้วจึงเพิ่มขนาดเป็น 400 mg/วัน ซึ่งพบว่าจะช่วยลด อุบัติการณ์ของผื่นและตับอักเสบได้ ดังนั้นในการเตรียมพร้อมด้านความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการแพ้ และอาการข้างเคียงของยาจึงมีความสำคัญ เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยหยุดยาตนเองเนื่องจาก ความไม่เข้าใจหรือจากความท้อแท้ได้

1.2 อาจทำให้ตับอักเสบ ไชมันโคเลสเตอรอลสูง

1.3 ยานี้อาจทำให้ลูกในท้องพิการ ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์

นอกจากนี้ในยากลุ่ม NNRTIs พบว่ายา Nevirapine เป็นยาที่ทำให้เกิดตับอักเสบได้ บ่อยที่สุดสูงถึงร้อยละ 12.5 บางรายเกิดตับอักเสบรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งการเริ่มยา Nevirapine ด้วยขนาด 200 mg./day จะช่วยลดอุบัติการณ์นี้ได้ และผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ควรได้รับการตรวจเลือด เพื่อดู Liver Transaminase ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก และทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือนหลังจากนั้นทุก 1-3 เดือน

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม Protease Inhibitor (PIs) แต่ละตัว

1. Indinavir (IDV) ชื่อการค้า Crixivan

1.1 คลื่นไส้ อาเจียน ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย มีกรดในกระเพาะอาหาร)

1.2 อาจเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะและ/ หรือ Hematuria พบได้ร้อยละ 5-10

ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ หลังรับประทานยา (> 1.5 -2 ลิตร/วัน) บางรายอาจเกิดไตวายได้

1.3 ปวดศีรษะ

1.4 มี Indirect Bilirubin สูงขึ้น โดยไม่มี SGOT/ SGPT สูงร่วมด้วย พบได้ร้อยละ

10- 15

2. Ritonavir (RTV) ชื่อการค้า Norvir

2.1 คลื่นไส้อาเจียนมากเมื่อใช้ยาขนาดยาสูง

2.2 ชาที่ลิ้น หรือรอบ ๆ ปาก ปลายมือปลายเท้า ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป

2.3 ปวดศีรษะ เหน็ดเหนื่อยระดับสูงขึ้นมีไขมัน Triglyceride สูงขึ้น อ่อนเพลีย

3. Nelfinavir (NFV) ชื่อการค้า Viracept

3.1 ท้องเสีย พบร้อยละ 10-30 ซึ่งอาการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Immodium

3.2 ตับอักเสบ ผื่นแพ้ยา (พบน้อยมาก)

4. Saquinavir (SQV) ชื่อการค้า Fortovase

4.1 ผื่นแพ้ยา (พบน้อย)

นอกจากนี้ยังพบว่ายาในกลุ่ม Protease Inhibitor (PIs) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาติดต่อกัน เวลานานจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้แก่

1. Lipodystrophy ได้แก่ ความผิดปกติของการกระจายตัวของไขมัน และ Insulin Resistance เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา ไขมันสะสมในอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติ เช่น ไขมันลงพุง ไขมันพอกที่หน้าอก และต้นคอ (Buffalo Hump) แต่หน้าและแก้มตอ และแขนขาลีบ สำหรับการรักษาภาวะนี้ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลชัดเจน บางคำแนะนำจะให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ หรือใช้การศัลยกรรมตกแต่ง

2. Hypercholesterolemia ไขมันโคเลสเตอรอลสูง และเอชดีแอลต่ำ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร ออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมความดันโลหิตถ้ามีความดันโลหิตสูง ถ้าควบคุมด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว ระดับไขมันโคเลสเตอรอลยังมากกว่า 6.5 mmol/L หรือ LDL : HDL > 4:1 ให้ยา Pravastatin 40 mg. hs. หรือ Atorvastatine 10 mg. hs. โดยหลังการรักษาต้องการให้ไขมันโคเลสเตอรอลเหลือ ≤ 5.5 mmol/L หรือ LDL: HDL < 3:1

3. Hypertriglyceridemia ไตรกลีเซอไรด์สูง ถ้าใช้การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายแล้วระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ยังคงมีค่าสูงกว่า 8 mmol/L ให้ Fenofibrate 67 – 267 mg. OD หรือ Gemfibrozil 300 – 600 mg.OD โดยหลังการรักษาต้องการให้ไขมันโคเลสเตอรอลลดลงเหลือ < 4 mmol/L

4. Insulin Resistance ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะ Glucose Intolerance อุบัติการณ์ร้อยละ 3-17 เกิดหลังได้ยากกลุ่ม PIs ประมาณ 60 วัน (2-390 วัน) แก้ไขโดยควบคุมอาหารและ

การออกกำลังกาย ถ้า FBG 6.1 – 6.9 mmol/L ร่วมกับ BMI > 25 และ HbA1c > 6.5Mu/L ให้พิจารณารักษาคด้วย Metformin 500 mg. bid ถ้า BMI 18 – 25 ให้รักษาคด้วย Sulfonylurea หรืออาจพิจารณาใช้ Metformin 500 mg. bid ถ้า BMI < 18 พิจารณาใช้ Rosiglitazone 2-5 mg. OD

ยากลุ่ม PIs ทำให้ระดับของ Liver Transaminase ขึ้นสูงในระยะใดก็ได้ ระหว่างการรักษา ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้ตับอักเสบหลังจากได้รับยา ได้แก่ มีการติดเชื้อ Hepatitis B, Hepatitis C, Alcohol Abuse หรือใช้ยาที่เป็นพิษต่อดับร่วมด้วย

ปัจจุบันสูตรยาด้านไวรัสมีการพัฒนาปรับปรุงยาเป็นแบบเม็ดรวมขึ้นมามากมายชนิด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถรับประทานได้สะดวกขึ้นเช่น Combivir/Zidovudine ประกอบด้วยตัวยา AZT + 3TC , GPO – VIR S30 ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + d4T 30 mg., GPO – VIR S40 ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + d4T 40 mg. และ GPO – VIR z ประกอบด้วยตัวยา NVP 200 mg. + 3TC 150 mg. + AZT 250mg. (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยจะเริ่มให้การรักษาตามแนวทางที่มีการกำหนดไว้เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดของการรักษา

แนวทาง/เกณฑ์ในการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัส

การพิจารณาว่าจะเริ่มยาด้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในช่วงที่มีการใช้แรก ๆ เชื่อว่าการให้ยาเร็วที่สุดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสได้ตั้งแต่ต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสที่จะเกิดการดื้อยาด้านไวรัสและการดำเนินของโรคสู่ระยะเอดส์ช้าลง แต่เมื่อมีการใช้ยาด้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ระยะหนึ่งก็พบข้อจำกัดในการรักษาคือ ไม่มีสูตรยาที่จะสามารถลดปริมาณไวรัสได้นานตลอดไป และมีผลข้างเคียงระยะยาวจากยา (สมนึก สังฆานุภาพ, 2549) ในระยะหลังแนวทางในการใช้ยาจากผู้เชี่ยวชาญในอเมริกาและยุโรปเห็นว่าควรจะเริ่มการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการ หรือไม่มีอาการแต่เข้าสู่ระยะที่มีอาการกล่าวคือมีปริมาณ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ ซึ่งตรงกับแนวทางการรักษาในประเทศไทย โดยแนวทางการเริ่มใช้ยาด้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยมีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

1. การเริ่มยาด้านไวรัสควรเริ่มให้ในกรณีต่อไปนี้

- 1.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคบ่งชี้ว่าเป็นโรคเอดส์ (ยกเว้นวัณโรคปอด) ไม่ว่าจะ มี CD4 เท่าใด
- 1.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มีอาการ ที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³.
- 1.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ มีฝ้าขาวในปาก, ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ, ตุ่มคันตามตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ, อูจจาระร่วงเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุนานกว่า 14 วัน หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 15 ภายใน 3 เดือน

2. ไม่ควรเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มีอาการ ที่มี CD4 มากกว่า 200 cells/mm³. แต่ให้ติดตามอาการและตรวจวัดระดับ CD4 ดังนี้

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 200 – 350 cells/mm³. ให้ตรวจวัดระดับ CD4 ทุก 3 เดือน

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/mm³. ให้ตรวจวัดระดับ CD4 ทุก 6 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

หลักสำคัญในการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คือ ควรเริ่มยาเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพร้อมและตั้งใจจริงที่จะรักษา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสต้องรับประทานเป็นเวลานาน การประสบความสำเร็จในการรักษาจะขึ้นอยู่กับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เองเป็นหลัก โดยในการรักษาจะมีสูตรยาที่ใช้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 สูตรยาด้านไวรัสที่ใช้ในประเทศไทย

	สูตรยา	ข้อบ่งชี้
สูตรแรกที่ควร	GPOVirS (d4T+3TC+NVP)	
เลือกใช้	GPOVirZ (AZT+3TC+NVP)	
สูตรที่เลือกใช้ลำดับ	1. AZT+3TC+NVP	แพ้ยา d4T
ต่อไป	2. d4T+3TC+EFV	แพ้ยา NVP
	3. AZT+3TC+EFV	แพ้ยา NVP และ d4T
	4. ddI+3TC+EFV	แพ้ยา NVP, AZT และ d4T
	5. d4T+3TC+IDV/r หรือ SQV/r	แพ้ยา NVP และ EFV
	6. AZT+3TC+IDV/r หรือ SOV/r	แพ้ยา NVP, EFV และ d4T

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2547

นอกจากนี้ในการรับประทานยาต้านไวรัส ยังมีข้อแนะนำในรายละเอียดของการรับประทานยาที่ผู้ติดเชื้อควรต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้อง เพื่อการรักษาที่ได้ผลดี และลดโอกาสดื้อยา ได้แก่

1. ยาที่รับประทานวันละ 1 ครั้ง สามารถเลือกเวลารับประทานยาที่สะดวก เวลาใดก็ได้ แต่ต้องให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น รับประทานยาตอน 09.00 น. ของทุกวัน

2. ยาก่อนนอน ต้องรับประทานยาเวลาเดียวกันในแต่ละวัน มักเป็นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ อาเจียน มึนงงหรือ่วงนอน เช่น EFV ดังนั้นถ้ารับประทานยาแล้วนอนจะช่วยลดอาการเหล่านี้ให้น้อยลงได้และไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้ง สำหรับยาต้านไวรัส ยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้ง จำเป็นต้องรับประทานเว้นช่วงห่าง ของแต่ละมื้อเท่า ๆ กันทุกวัน คือห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่น รับประทานมื้อแรก 08.00 น. มื้อที่ 2 ต้องรับประทานเวลา 20.00 น. และเป็นเวลาเดิมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดคงที่อยู่ตลอดเวลา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

4. การรับประทานยาต้องรับประทานตรงเวลาและไม่ควรกินเวลามากกว่าครึ่งชั่วโมง และในกรณีลืมรับประทานยาเมื่อนึกขึ้นได้ให้รับประทานยาทันทีแต่ถ้ามือถัดไปห่างจากมื้อที่รับประทานแทนไม่เกิน 2 ชั่วโมงไม่ต้องรับประทานมือนั้น และเริ่มรับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแทบทุกตัวมักเกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับประทาน อาการต่างๆที่เกิดขึ้นมักรบกวนการดำเนินชีวิต และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และเมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะพยายามหาทริคที่จะทำให้อาการเหล่านั้นหมดไป

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นสิ่งสำคัญ และใช้ในการบ่งบอกความสำเร็จในระยะยาวของการรักษา (Reynolds, Testa, Marc, Chesney, Neidig, & Smith, 2002) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 หรือมากกว่านั้น จากการศึกษา (Bangsber et al., 2003) พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดไวรัส การที่เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอสามารถลดจำนวนไวรัสได้ดึ้นเพราะระดับของยาต้านไวรัสในกระแสเลือดของผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะอยู่ในระดับคงที่ตลอดและอยู่ในระดับที่สามารถกดไวรัสได้ ซึ่งจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้ารับการรักษาดด้วยยาต้านไวรัสจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ให้ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอไว้ดังนี้

301261

๑
๒๖.๙๙๒
พ.๑๓๑

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมการใช้ยาว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ศุทธิณี ต้นพงศ์เจริญ (2546) ได้ให้ความหมายของการร่วมมือในการรักษาด้านยาไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการใช้ยาที่แพทย์หรือเภสัชแนะนำ

วันทนา มณีศรีวงษ์กุล (2547) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาด้านไวรัสที่ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จันทน์ จันทรท่าจีน (2548) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาในด้านการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาด้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 ด้านการใช้ยาด้านไวรัสได้อย่างถูกเวลา โดยคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง ด้านการใช้ยาด้านไวรัสอย่างถูกชนิด และถูกต้องตามแผนการรักษา และด้านการปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษา เนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่จะเป็นมาตรฐานในการประเมินได้อย่างถูกต้องแม่นยำเพียงอย่างเดียว ดังนั้นบางครั้งจึงต้องอาศัยการประเมินหลายๆวิธี ซึ่งปัจจุบันการประเมินการรับประทานยาด้านไวรัสสามารถประเมินได้จาก การรายงานผลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ หรือจากการสัมภาษณ์ (Self Report), การใช้ขวดอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Devices), การนับเม็ดยา (Pill Count) และการเจาะเลือด (Biological Markers) ซึ่งวิธีเหล่านี้มีข้อดี และข้อเสียต่างกัน ดังนั้นจึงไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกันในการประเมิน รายละเอียดการประเมินแต่ละวิธีดังนี้

การรายงานผลตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (Patient Self - report)

เป็นการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสโดยการซักถามถึง การรับประทานยาด้านไวรัสในเวลาที่ผ่านมา เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากทำได้ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบเหตุผลของการไม่ให้ความไม่สม่ำเสมอ ในการ

รับประทานยาต้านไวรัส (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548) การวัดด้วยการรายงานผลด้วยตนเองนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

1. การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ตอบแบบสอบถามการใช้ยา (Patient – completed Questionnaires) แบบสอบถามที่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ตอบ ประกอบด้วยคำถามหลายลักษณะ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และสามารถประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้อย่างถูกต้อง วิธีนี้ใช้ได้กับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่มีเวลาว่างเพียงพอ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์รายนั้นสามารถอ่านหนังสือได้และมีสายตาที่ดี เช่น แบบประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส Visual Analog Scale ซึ่งสมจิตร คุลาทอง (2547) และศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ข้อดี ค่าใช้จ่ายน้อย ทำให้ทราบเหตุผลของความไม่สม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัส

ข้อเสีย อาจขาดความแม่นยำ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อาจประเมินผลสูงเกินความจริง

2. การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์บันทึกเวลาการใช้ยาโดยการจัดทำตารางบันทึกเวลาใช้ยา (Medication Reminder Card) ใช้ได้ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือดี หรือมีความสนใจ โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์รับประทานยาตัวใดก็ให้ลงเวลาที่รับประทานยาในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริง (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548)

ข้อดี วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์จดจำเวลาที่ใช้ยาได้อย่างแม่นยำ และยังช่วยตรวจสอบว่าการตอบข้อมูลเป็นจริงหรือไม่ โดยพิจารณาได้จากข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตอบมา เช่น ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ลงเวลารับประทานยาทุกวันเป็นเวลาเดียวกัน ก็พอสรุปได้เบื้องต้นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ไม่ได้ตอบข้อมูลตามความจริง

ข้อเสีย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์บางรายอาจไม่สะดวกที่จะลงรายละเอียดทุกวัน มีข้อจำกัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่สายตาไม่ดี และหากใช้วิธีนี้นาน ๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อาจปฏิเสธการลงข้อมูล

3. การสัมภาษณ์โดยตรง (Face - to - Face Interview) อาจสัมภาษณ์จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือญาติ เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณ ควบคู่กับคำถามเชิงคุณภาพ การถามเชิงปริมาณ คือ การใช้คำถาม ถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เพื่อวัดจำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ขาดการรับประทานยา ในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยช่วงเวลาที่มักถามคือ 3 วัน หรือ 7 วันที่ผ่านมา และนำมาคำนวณหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาได้

ส่วนคำถามเชิงคุณภาพ คือ การถามเพื่อตรวจสอบสาเหตุ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

ข้อดี เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย คำถามสามารถตรวจสอบหาสาเหตุและทราบปัญหาที่แท้จริงที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดจากการรับประทานยา หรือปัญหาที่มีผลต่อการรับประทานยาได้

ข้อเสีย การได้ข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ตอบคำถามจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ตอบสัมภาษณ์ เพราะหากผู้ตอบสัมภาษณ์ไม่มีความไว้วางใจในตัวผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ยอมให้ข้อมูลได้

การใช้ขดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Devices)

Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขดยาที่ใส่เม็ดยา และฝังแผ่นคอมพิวเตอร์ (Computer Chip) ไว้ที่ฝาปิดของขวด เพื่อบันทึกวัน เวลาของการเปิดและการปิดในแต่ละครั้ง MEMS สามารถบันทึกข้อมูลได้หลายอย่าง เช่น ปริมาณที่นำยาเข้า (Intake) เวลาในการเปิด การเว้นระยะของการเปิด (Interval Between Doses) เป็นต้น และจากการศึกษา (Miller, McCutchan, Asch, Turner, Gifford, & Kuromiya, 1999) พบว่าการใช้ MEMS มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัส ระบบการทำงานนี้จะทำงานได้ดีสำหรับการรักษาด้วยยาบางอย่าง แต่ก็สามารถแสดงให้เห็นถึงปัญหาเมื่อถูกนำมาใช้ในการให้ยาต้านไวรัส 3 ชนิด (HAART) โดยที่ขดยาอิเล็กทรอนิกส์จะขาดความถูกต้องแม่นยำถ้าผู้ใช้หยิบบามากกว่า 1 ครั้ง ลืมปิดฝาขวด ยาหาย หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน

ข้อดี มีความสัมพันธ์กับการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสมากที่สุด และสามารถแสดงรายละเอียดของรูปแบบการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสีย แพง ใช้ไม่ได้ผลหากเก็บยาไว้หลายชนิดในขวดเดียวกัน หรือหยิบบาหลายครั้งในเวลาเดียวกัน ไม่สะดวกในการพกพา

การนับเม็ดยา (Pill Count)

การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะวัดได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แกผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การนับจำนวนเม็ดยาสามารถคิดเป็นจำนวนร้อยละของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ดังสูตรต่อไปนี้ (Hugen, Langebeck, Burger, Zomer, & Leusen, 2002)

$$\frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}]}{[\text{จำนวนเม็ดยา/วันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยา}] \times \text{จำนวนวันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มาติดตามประเมินผล}} \times 100$$

ข้อดี ง่าย ราคาไม่แพง สะดวก และวิธีนี้สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เก็บยาถูกต้องหรือไม่และยามีการเปลี่ยนแปลงสภาพไปอย่างไรบ้าง

ข้อเสีย อาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน ทิ้งยา หรือผู้ป่วยให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย หรือรียนยาหกในกรณีที่เป็นยาน้ำ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังเรียนรู้ที่จะนำจำนวนเม็ดยาที่ถูกต้องมาให้นับ เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Biological Markers)

เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือการลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การตรวจดูปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจึงเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการรับประทานยาได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามบางคนถึงแม้จะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอก็ยังมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดสูงได้ ในกรณีที่เกิดความล้มเหลวในการรักษา หรือการดูดซึมของยาได้ไม่ดีในการประเมิน โดยการเจาะเลือดทำเพื่อตรวจสอบดังต่อไปนี้

1. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic Drug Monitoring) เป็นการวัดระดับยาในเลือด แต่ไม่สามารถวัดระดับยาได้ทุกตัวที่สำคัญระดับยาในเลือดอาจไม่ได้แสดงถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างแท้จริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เช่นในกรณีที่ผู้ป่วย อาจรับประทานไม่สม่ำเสมอโดยผู้ป่วยอาจหยุดยา 1 - 2 สัปดาห์ จากนั้นกลับมาใช้ยาต่ออีก 1 - 2 สัปดาห์ ในช่วงก่อนที่แพทย์นัดมาเจาะเลือด ซึ่งเมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือดก็จะได้ผลการตรวจวัดที่อยู่ในระดับการรักษาที่ได้ (White Coat Compliance หรือ The Toothbrush Effect) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยาในเลือดได้อีก เช่น การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ ปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานและผู้ป่วยแต่ละคนยังมีค่าเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน (เชิดเกียรติ แก้วกสิกิจ, 2550)

2. การวัดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load Assay) เป็นการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด โดยผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจนปริมาณไวรัสลด ลงต่ำกว่า 50 copies/ml. เป็นที่ยอมรับกันว่าไวรัสเกิดการกลายพันธุ์และดื้อยาต่อยาที่รักษาอยู่น้อยมากหากเทียบกับการมีปริมาณไวรัสที่สูงกว่า (ชัชวาล ศิรินิรันดร์ และสุภาวรัชต์ กาญจนะวนิชย์, 2548)

3. การวัดปริมาณภูมิคุ้มกัน (CD4) เป็นการเจาะเลือดตรวจเลือดติดตามผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสตรวจทุก 6 เดือน และตรวจเพิ่ม 1 ครั้งเพื่อยืนยันผลกรณีที่สงสัยว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว การตรวจ CD4 หากพบว่ามี $CD4 > 200 \text{ cell/mm}^3$ แสดงว่ามีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสดีซึ่งอาจบ่งบอกได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์น่าจะมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากตรวจพบ $CD4 < 50 \text{ cell/mm}^3$ แสดงว่าการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดไม่อยู่ในระดับ ที่จะสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีไม่ให้มีการแบ่งตัวได้ (เชิดเกียรติ แก้วกสิกิจ, 2550; สุรภิ ปิ่นอำพล, 2548)

ข้อดี เป็นการวัดปริมาณเชื้อไวรัสโดยตรงซึ่งประเมินได้ทั้งความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา ปริมาณเชื้อไวรัส และความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อเสีย แพง และบางครั้งไม่มีความจำเป็นถึงต้องเจาะเลือดเพื่อดูปริมาณเชื้อไวรัสโดยอาจดูจากปริมาณเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสสามารถทำได้หลายวิธีและแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกันไป

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยการใช่แบบสอบถามประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาลักษณะเป็นเส้นตรงมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากปลายซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายขวาสุด) ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547) พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) ได้นำไปใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศอังกฤษ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวน viral load อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)

การจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลวิธีนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทา ชะลอผลทางลบที่เกิดจากอาการ (จันทน์ จันทรทำจิน, 2548; Dodd & Miaskowski, 2000) โดยอาจทำได้ด้วยการพึ่งพาทีมสุขภาพและการดูแลจัดการด้วยตนเอง ในด้านการดูแลด้วยตนเองเริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เอง ปฏิบัติการจัดการกับอาการและประเมินผลการปฏิบัติ

การจัดการกับอาการแต่ละอาการอาจเลือกใช้เพียงวิธีการเดียวหรือมากกว่านั้น จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์มีการใช้วิธีการจัดการกับอาการหลายวิธี ได้แก่ การใช้สมุนไพร การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างความหวังและจินตนาการ (สุจิตร์ แก้วมณี และคณะ, 2549)

วิธีในการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจมีอาการอื่น ๆ ทั้งที่เป็นผลจากยาโดยตรง และโดยอ้อม รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 มักมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการเลือกใช้กลวิธีในการดูแลและจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เหมาะสม ซึ่งในการบรรเทาอาการและการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่ดีอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ความก้าวหน้าของโรคช้าลงและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการและอาการแสดงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคืออาการที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคเอง และอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับการรักษาด้วยยา (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548) ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา เช่น อาการผื่นแพ้ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ซึ่งอาการดังกล่าวนี้พบว่าบางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสโดยการหยุดยาหรือปรับยาเองเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยานั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายวิธีและแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ วิธีการจัดการกับอาการ โดยการใช้ยา และวิธีการจัดการกับอาการ โดยไม่ใช้ยา (จันทน์ จันทรทำจัน, 2548; มยุรี บุญทัด, 2547; สุจิตร์ แก้วมณี และคณะ, 2549; Holzemer, Hudson, Kirksey, Hamilton, & Bakken, 2001; Yun - Fang Tsai, Ping - Chuan Hsiung, & Holzemer, 2002)

1. วิธีการจัดการอาการ โดยการใช้ยา (Pharmacological Intervention) ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ไอ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยาแก้คัน ยาแก้ท้องเสีย หรือ การรับประทานวิตามินเพื่อลดอาการอ่อนล้า เป็นต้น โดยบางครั้งพบว่าผู้ติดเชื้อเลือกใช้การซื้อยาเหล่านี้มารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักเกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากผลข้างเคียงของยา จากการศึกษาของ มยุรี บุญทัด (2547) พบว่า เมื่อมีอาการผื่นคันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้วิธีการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ และเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนผู้ติดเชื้อ

เฮชไอวี/เอดส์เลือกใช้วิธีการรับประทานยาแก้ไอและรับประทานผลไม้รสเปรี้ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตจิตร แก้วมณี และคณะ, (2549) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเฮชไอวีมีการใช้ยาบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเช่น อาการคันคันโดยการใช้น้ำแก้คันทาและมีการใช้สมุนไพรเข้ามาช่วยด้วย

2. วิธีการบรรเทาอาการโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Intervention) ได้แก่ การออกกำลังกาย การได้รับความรู้และคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ การพักผ่อน การใช้สารอาหาร หรือ การดูแลโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน หรือการดูแลสุขภาพทางเลือก (Alternative therapy) เช่น การใช้ธรรมชาติบำบัด จินตภาพบำบัด การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพรในการบำบัดอาการต่าง ๆ การนวดเพื่อลดอาการปวด เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาผลของการให้บริการผู้ติดเชื้อแบบองค์รวมของ มนัชยา มรรคอนันตโชติ (2540) โดยการนำการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ มาใช้ ในผู้ติดเชื้อจำนวน 170 ราย พบว่า อาการที่สำคัญที่พบก่อนเข้าร่วมโครงการเช่น อาการปวดศีรษะ อาการท้องเสีย อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้ติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอาการต่าง ๆ ไปในทางที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ มยุรี บุญทัต (2547) พบว่าการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาของผู้ติดเชื้อเฮชไอวี/เอดส์ คือ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงความเครียด การนวด การฝังเข็ม นอกจากนี้อาจใช้วิธีในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น การที่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับคำปรึกษา หรือการพูดคุยจากเพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเฮชไอวีด้วยกันจะช่วยให้มีกำลังใจและมีการจัดการกับอาการดีขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส

ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเฮชไอวี/เอดส์ทั้งด้านของการใช้ยาทั้งยาแก้ไอและยาแก้คันโดยตรง และยาป้องกันอาการ และการไม่ใช้ยา ต่างก็มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่ดีมีประสิทธิภาพโดยส่งผลให้มีการที่เกิคมืออาการทุเลาลงหรือหมดไปนั่นเอง

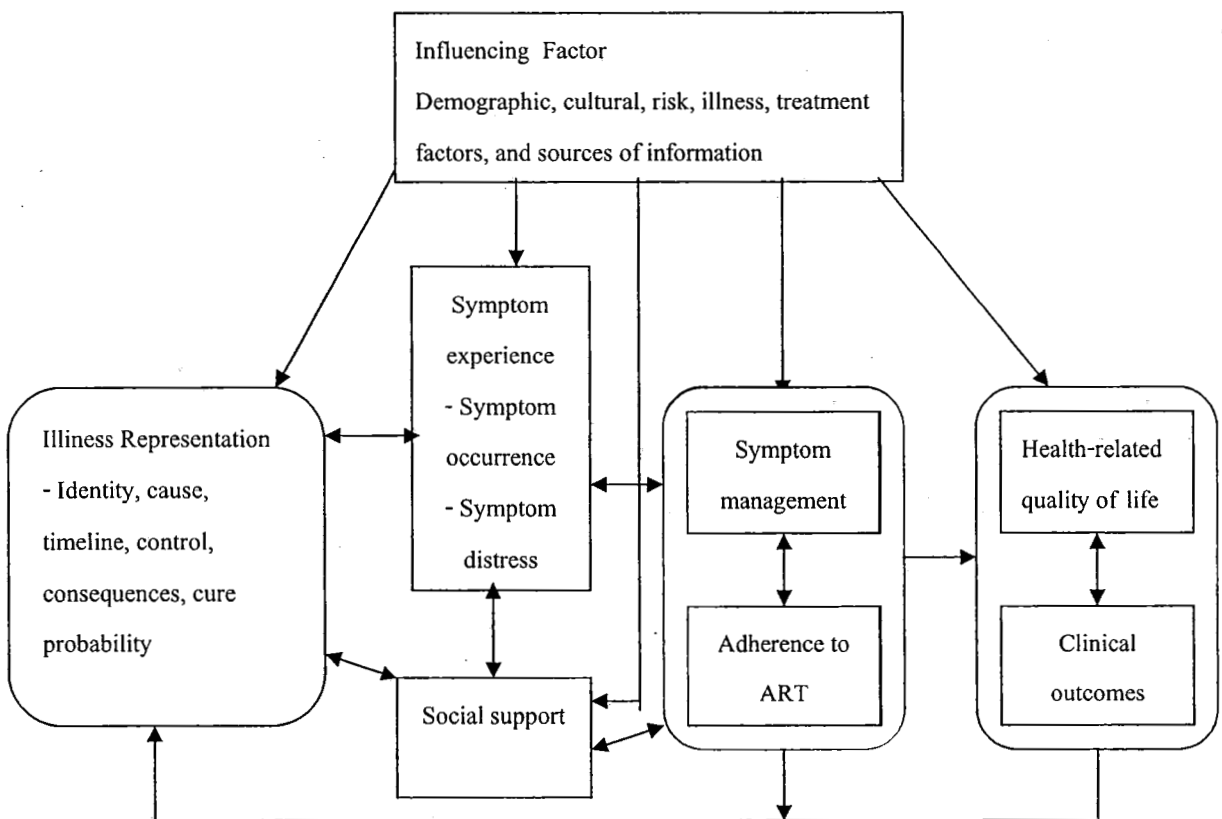
ผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเฮชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

หลังจากผู้ติดเชื้อเฮชไอวีได้รับการจัดการกับอาการต่าง ๆ ทั้งโดยการใช้น้ำ ไม่ใช้ยา ผลการจัดการดังกล่าวอาจทำให้อาการดีขึ้น คงเดิม หรืออาการแย่ลงก็ได้ การศึกษาของ มยุรี บุญทัต (2547) พบว่า ผู้ติดเชื้อเฮชไอวี/เอดส์มีอาการคันคันที่ผิวหนังเป็นอาการที่พบมากที่สุด วิธีการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อ เฮชไอวี/เอดส์ไว้หลายวิธีร่วมกัน เช่น วิธีการทา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินผลลัพธ์ว่าทำให้อาการคันคันแย่ลงร้อยละ 63.77 แต่ในการใช้น้ำแก้คันตามแผนการรักษาพบว่าผู้ติดเชื้อเฮชไอวี/เอดส์ประเมินว่าผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการคันได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 91.07

ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการดังกล่าว อาจทำให้อาการต่าง ๆ ลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำ
หน้าที่ของร่างกายดีขึ้น รวมทั้งภาวะสุขภาพร่างกายดีขึ้น

แนวคิดการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เออดส์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Spirig et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานของการวิจัย ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการของสไปริก, มูดี, แบต
ตาเกล และเจชนัน ได้มีการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากทฤษฎีการกำกับตนเอง
(Self – regulation Theory) Leventhal et al. (1992) แนวคิดการจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
นี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influencing Factor)
2) การแสดงออกถึงการเจ็บป่วย (Illness Representation) 3) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom
Experience) 4) การจัดการกับอาการ (Symptom Management) 5) การสนับสนุนทางสังคม (Social
Support) 6) การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (Adherence to Antiretroviral Therapy)
7) ผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้านคือ ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health- related
Quality of Life) และด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) ดังที่นำเสนอในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Self – regulatory HIV/AIDS Symptom Management Model (SSMM-HIV)

ที่มา: Spirig et al. (2005). Advancing the Conceptualization. Advances in Nursing Science, 4, 333 - 344.

การจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดการจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้สามารถอธิบายในแต่ละตัวแปรได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influencing Factor) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล, วัฒนธรรม ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย, ปัจจัยด้านการรักษาแหล่งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในด้านของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างในประสบการณ์การมีอาการ จากการศึกษา (Crystal, Fleishman, Hays, Shapiro, & Bozzette, 2000) พบว่า วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีการเสื่อมของร่างกายมากกว่าเมื่อเทียบกับในวัยรุ่น และเพศหญิงมีความอดทนต่ออาการและอาการแสดงมากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานมักมีข้อจำกัดในระดับสูงในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และระยะของโรคเอชไอวี, โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น เช่น ไวรัสตับอักเสบ การมีอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา ก็มีอิทธิพลต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเอดส์ โดยจะมีการแสดงออกมาในลักษณะของอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ระยะของโรคจะมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยระยะของโรคจะส่งผลให้เกิด อาการแสดงหลากหลายอาการและมีความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น

การแสดงออกถึงการเจ็บป่วย (Illness Representation) ในแนวคิดการจัดการกับอาการนี้ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการแสดงออกถึงการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การสังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประสบการณ์ในอดีต การติดต่อสื่อสารในสังคม ปุ่มหลังวัฒนธรรม และการรับรู้ของแต่ละบุคคลในการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อที่ได้รับจากสังคม ผลจากการแสดงของโรคหรือการเจ็บป่วยนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ซึ่งการแสดงออกของการเจ็บป่วยมีผลต่อทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิดซึ่งมีความสำคัญ (Spirig et al., 2005) เพราะว่าการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีลักษณะเฉพาะของโรคโดยมีอาการหลากหลายอาการที่บรวนการดำเนินชีวิต เช่น การมีตุ่มผื่นคันหรือตุ่มหนองเกิดขึ้นตามร่างกายเป็นอาการแสดงของโรคเอดส์ รวมถึงอาการท้องเสีย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด (สุจิตกร แก้วมณี และคณะ, 2549)

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความคิด ในแนวคิดการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้กล่าวถึงประสบการณ์การมีอาการว่าสามารถพิจารณาได้จากอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Occurrence) และความทุกข์ทรมาน

จากการมีอาการ (Symptom Distress) โดยความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้น (Spirig et al., 2005)

อาการที่เกิดขึ้น (Symptom Occurrence) คือ การรับรู้ของอาการ ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาในการเกิดอาการ ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายอาการ (Mathews et al., 2000) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 9.1 จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 4042 ราย มีอาการที่มีความสัมพันธ์กับเอชไอวี/เอดส์ในระหว่าง 6 สัปดาห์ถึง 1 เดือนจากการรายงานของอาการที่เกิดขึ้นเน้นที่ความถี่ของอาการ หลังจากเริ่มยาต้านไวรัส พบว่ามีอาการที่เกิดขึ้นคือ อ่อนเพลีย ร้อยละ 60 – 80 ท้องเสียร้อยละ 40 – 75 อาการที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบได้ทั้งอาการทางด้านร่างกายและอาการทางด้านจิตใจ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (มยุรีบุญทด, 2547; เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และคณะ, 2549)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom Distress) คือปัจจัยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาการที่เกิดขึ้นรบกวนจิตใจ รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากการศึกษาของ วาธินี คัทมาตย์ (2540) ซึ่งศึกษาอาการทุกข์ทรมานและภาวะพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 77 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อย อาการคันบริเวณผิวหนัง และการมีผื่นแผลหรือรอยแผลบริเวณผิวหนัง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระดับสูง และอาการทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและระดับความทุกข์ทรมานเมื่อการดำเนินโรคก้าวหน้ามากขึ้น

การจัดการกับอาการ (Symptom Management) หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กระทำเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น การปรึกษาแพทย์ การหยุดการรับประทานยา การออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหาร ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะเป็นผู้ตัดสินใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพราะตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้มีประสบการณ์ของอาการที่สัมพันธ์กับเอชไอวี/เอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัส โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจทำการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยมีการจัดการกับอาการและการติดตามอาการ ในการวิจัยในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่มักจะศึกษาการจัดการกับอาการเพียงอาการเดียว เช่น ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์จากการจัดการอาการอ่อนล้าของ ชีรนนัฐ เพ็ชรทอง (2547) แต่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการเกิดขึ้นหลากหลายอาการและมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องพยายามในการจัดการหลาย ๆ อย่างเพื่อให้จัดการกับอาการได้สำเร็จ

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งได้มีการตระหนักถึงความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับปัจจัยที่สำคัญทาง

ภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมมาจากแหล่งที่หลากหลาย ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในรูปของการสนับสนุนอารมณ์ ความรู้สึก การประเมินค่า จากทางสารสนเทศ และทางด้านค่าใช้จ่าย ในแนวทางการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส เพื่อนมีความสำคัญกับภาวะสุขภาพและความผาสุก (Spirig et al., 2005) จากการศึกษาของ บุญดี ศรีคำ (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในด้านความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ สมจิตร ตูลาทอง (2547) พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีกว่าจะมีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (Adherence to Antiretroviral Therapy) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ความเข้มงวดในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสำคัญมากในการรักษาโรคเอดส์ ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจะส่งผลให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น ระดับของภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัสเอชไอวี ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิต อัตราการเจ็บป่วย ในแนวทางการจัดการกับอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ การจัดการกับอาการมีความสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จากการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อยร้อยละ 95 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 22 ผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 80 - 94.9 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 61 และผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 80 มีความล้มเหลวในการรักษาได้ถึงร้อยละ 80 การเกิด ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเกิดขึ้น ได้จากหลายปัจจัย เช่น ความซับซ้อน ของสูตรยา ความถี่และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความทนต่ออาการ

ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึงผลที่ตามมาหลังจากที่มีการจัดการกับอาการและมีการ รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ โดยผลลัพธ์จะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Health - related Quality of Life) และผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome)

สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Health - related Quality of Life) เป็นการ ประเมินในมิติของทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การมีความผาสุกและการไม่มีการ เจ็บป่วย ในแนวทางการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ประเมินสถานะทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการและอาการแสดงจะมีผลให้คะแนนของสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตน้อย ประสิทธิภาพการมีอาการและการเกิดอาการมีผลกระทบทางด้านลบกับสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในด้านของจำนวนและความถี่ของอาการ

ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิภาพการมีอาการและมีการจัดการกับอาการที่สัมพันธ์กับความก้าวหน้าของโรค มีการวัดผลได้จากปัจจัยทางคลินิกเช่น การตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือด การตรวจระดับ CD4 ซึ่งจะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยในแนวคิดในการจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่ามีความสัมพันธ์กันในประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการกับอาการและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยเมื่อมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ก็จะส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้น ระดับของยาอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีได้ การวัดผลลัพธ์ทางคลินิกก็จะพบว่าระดับของไวรัสในกระแสเลือดลดลง ภูมิคุ้มกันร่างกายเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ สุรภี ปิ่นอำพล (2548) ทำการศึกษาติดตามดูปริมาณ CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส 6 เดือนพบว่าปริมาณ CD4 เพิ่มขึ้น โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 24 ราย พบว่าก่อนได้รับยาต้านไวรัสกลุ่มตัวอย่างมี CD4 น้อยกว่า 50 cell/mm^3 ถึง 21 ราย หลังจากได้รับยาต้านไวรัสพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มี CD4 น้อยกว่า 50 cell/mm^3 เพียง 3 ราย และมีจำนวน 13 รายที่มี CD4 มากกว่า 200 cell/mm^3 นั้นแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาต้านไวรัสมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น โดยมีปริมาณ CD4 เพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ารรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกความสำเร็จในระยะยาวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อยร้อยละ 95 จะมีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 22 ส่วนผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าร้อยละ 80 พบความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 80 ซึ่งสาเหตุของการไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ การ ลืมรับประทานยา ไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เบื่อหน่ายการรับประทานยา หลับจนเลยเวลารับประทานยา (Maneesriwongul, Tulathong, Fennie, & Williams, 2006) การรบกวนการดำเนินชีวิต การเกิดอาการข้างเคียง ความไม่สะดวกในการรับประทานยา ระยะเวลาในการรับประทานยา ขนาดและจำนวนเม็ดยา การเก็บรักษา ยา ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาต้านไวรัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (สมจิตร ตุลาทอง, 2547)

อย่างไรก็ดีในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างน้อยหนึ่งอาการ (สมจิตร์ ตูลาทอง, 2547) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและเป็นที่สังเกตจากบุคคลรอบข้าง เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงผู้ป่วยจึงไม่กล้ารับประทานยา รวมทั้งเกิดการเบื่อหน่ายในการรับประทานยาซึ่งมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

สำหรับการศึกษากครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้วิจัยเลือกตัวแปรต่าง ๆ เข้ามาศึกษาดังนี้ ประสพการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการและการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และการรับประทานยาต้านไวรัสล้วนส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ทั้งอาการทางด้านร่างกาย และอาการทางด้านจิตใจ ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดการเบื่อหน่าย หรือกลัวในการรับประทานยา การเกิดอาการเหล่านี้ย่อมจะส่งผลทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีประสพการณ์การเกิดอาการเหล่านั้นและสามารถหาทวิธีในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดีโดยผลลัพธ์หลังจากมีการจัดการกับอาการนั้นแล้วมีอาการดีขึ้น อาการต่าง ๆ บรรเทาลง หรือหมดไป ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น และนอกจากนี้การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ คลายความกลัว ความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีกำลังใจในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ตามแผนการรักษา โดยในแต่ละตัวแปรมีรายละเอียดต่อไปนี้

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับประสพการณ์การมีอาการ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับ ประสพการณ์การมีอาการหลายทาง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ต้องเผชิญทั้งจากการคุกคามของโรค และจากทัศนคติของบุคคลในสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์

อาการทางด้านร่างกายได้แก่ ผื่นคันผิวหนัง ไขมันในเลือดสูง แก้มตอบ/ แขนขาอักเสบ/ พุงป่อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ชาปลายมือปลายเท้า ปวดท้อง/ ท้องเสีย/ นอนไม่หลับ/ ผื่นร้าย อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ (จันทน์ จันทราทำจีน, 2548; Fantoni, Ricci, & Del Borgo, 1997; Holzemer et al., 2001; Hsiung, Tsai, Liany, & Shih, 2000; Yun-Fang Tsai et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี บุญหัด (2547) พบว่า อาการที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มากที่สุด ได้แก่ อาการผื่นคันตามผิวหนัง (83%) รองลงมาคือมีไข้ (73%) อ่อนเพลีย (71%) ปวดศีรษะ (69%) และ หายใจเหนื่อย (60%) สำหรับอาการที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากคือ น้ำหนักลด (31%) รองลงมาคือปวดศีรษะ (30%) มีไข้ (28%) หายใจเหนื่อย (28%) และผื่นคันผิวหนัง (27%) อาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความไม่สุขสบายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จากการศึกษาในต่างประเทศ

พบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การมีอาการหลายอาการ เช่น เมื่อเกิดอาการอาเจียน ท้องเสีย วิดกกังวล ซึมเศร้า สับสน มีอาการฟุ้งเฟ้อ มีความสัมพันธ์กับความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Ammassari et al., 2001; Holzemer, Corless, & Nokes, 1999) เมื่อมีอาการเหล่านี้ขึ้นผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงที่จะเกิดอาการ โดยการหยุดรับประทานยาหรือปรับลดยาเองเพื่อให้อาการข้างเคียงเหล่านี้ลดลงทำให้เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และส่งผลให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาได้

อาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล หวาดกลัว อาการนอนไม่หลับและซึมเศร้า (Dan, 1999; Holzemer et al., 2001; Hsiung et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ จันทรทำจิ้น (2548) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสมีอาการทางด้านจิตใจคือ กังวลกับรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 52.5 รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาร้อยละ 42.5 กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ร้อยละ 70 กลัวความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 57 รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เหล่านี้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ยาวนานก่อให้เกิดอาการกลัว หมดหวัง วิดกกังวล ดังการศึกษาของ ทิพวรรณ วานิชสันต์ (2545) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาต้านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รับประทานครั้งละมาก ๆ หลาย ๆ ตัว และหลายเวลาก็เป็นสาเหตุของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดความกลัว วิดกกังวล เบื่อหน่าย ทุกข์ทรมาน ไม่อยากรับประทานยาจึงมีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (Gifford & Sengupta, 1999) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 133 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับสูงจะมีระดับของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยลง

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับผลลัพธ์การจัดการอาการ

เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นทั้งอาการจากโรคและอาการจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการเหล่านี้มักมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (จันทน์ จันทรทำจิ้น, 2548) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะหาวิธีการเพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้นให้บรรเทาลงหรือหมดไป ซึ่งอาจใช้วิธีการใช้ยา หรือไม่ใช้ยา แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีการใด เป้าหมายของการจัดการอาการนั้นก็เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ คือ อาการต่าง ๆ ดีขึ้น มีความสุขสบายมากขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต

ก็จะส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผลลัพธ์ของการจัดการอาการไม่มีประสิทธิภาพ อาการไม่บรรเทาลงหรือมีอาการแย่ลง ทำให้ยิ่งก่อให้เกิดความไม่สบาย หรือรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสตามมา

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ถือเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นผู้ที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรา การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคนไปตลอดชีวิต ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ตลอดจนการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ในการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความหวัง กำลังใจและมีแหล่งสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ศึกษากันมาก และมีการให้ความหมายดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้เขาเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่อง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงเป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง เป็นการสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในทางด้านสิ่งของ การเงินหรือบริการต่าง

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า คือ สิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการได้รับความรัก ความห่วงใย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเหมือนการเสริมแรงทางสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) เป็นพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องวัตถุสิ่งของ เงิน และแรงงาน รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์เป็นแนวคิดพื้นฐานและประเมินโดยการใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แยกตัวออกจากสังคมและปิดบังตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกเป็นตราบาป (บุษดี ศรีคำ, 2546) และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีการใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอ นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมด้านต่าง ๆ ในทุกระยะของการรักษาบำบัด ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา และระหว่างการรักษา นอกจากนี้ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ดีจากครอบครัวด้วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความเชื่อและทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจต่อประสิทธิภาพของการรักษา จนส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่องครบถ้วน

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสมตามความพร้อมของแต่ละบุคคล เนื่องจากการเปิดเผยตนเองเป็นประเด็นแรกสู่การรักษาบำบัด และสู่การรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ มีโอกาสได้รับรู้ และสามารถให้การสนับสนุนในทุกด้านได้ตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คลายความเครียด ความวิตกกังวล มีความหวังและกำลังใจที่จะเผชิญกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา (บุษดี ศรีคำ, 2546) อีกทั้งไม่ต้องแอบซ่อนกินยาเพราะเกรงว่าคนอื่นจะรู้ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประสบความสำเร็จในการรักษา เกิดกำลังใจในการรับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นความหวังและกำลังใจมีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีอนาคตทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาส่งผลให้กินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (จันทร์ จันทรทำจัน, 2548; สมจิตร ตุลาทอง, 2547)

จากการศึกษาของ Young, Geest, and Spirig (2004) ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลสำคัญ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะความผาสุก และจากรายงานการศึกษา (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe, 2000) ศึกษาครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 11 ครอบครัว พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อความผาสุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ในการศึกษาของ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่การศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Gifford et al., 2000; Gordillo, Del Amo, Soriano, & Bonzalex-Lahoz, 1999) และพบว่าผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะสามารถรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่พอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (Spire et al., 2002) ในการศึกษาของ สมจิตร ตุลาทอง (2547) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .202, P < .01$)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งต้องรับประทานต่อเนื่องไปจนตลอด

ชีวิต และต้องรับประทานอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง สม่าเสมอเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การเกิดอาการต่างๆของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งอาจเป็นอาการที่เกิดจากโรคหรือจากการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งพบว่ายาต้านไวรัสแทบทุกตัวมักจะมีอาการข้างเคียง ซึ่งอาการก็จะมีแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษา เนื่องจากเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสแล้วเกิดอาการข้างเคียงขึ้นก็จะเกิดความกลัว วิดกกังวล เบื่อหน่ายในการรับประทานยา แต่หากผู้ป่วยสามารถจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือบรรเทาอาการลงได้ ก็จะส่งผลดีต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยเชื่อว่าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง นอกจากนี้ ปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา ก็มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน หากแต่ในการศึกษาที่ปรากฏอยู่ในขณะนี้ยังมีความหลากหลายอยู่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งเป็นการพัฒนาความรู้ของวิชาชีพการพยาบาล และการให้บริการที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาหาร ผลลัพธ์การจัดการอาหาร และการสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชัยนาท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจาก 6 โรงพยาบาล ที่มีบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย โรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคบุรี และ โรงพยาบาลหันคา รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาทั้งหมดในปัจจุบัน 300 ราย ซึ่งประชากรทั้งหมดเป็นสมาชิกกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดชัยนาท (สถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาท จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เลือกมาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นแอลฟาที่ระดับ .05 ให้อำนาจในการทดสอบ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Effect Size) .25 จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย (Polit & Hungler, 1999)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามคุณสมบัติดังนี้

1. บุคคลทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและรับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. พูดและฟังภาษาไทยได้ดี
4. การรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่อยู่ในระดับปกติ
5. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาล ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตรของ ศิริชัย พงษ์วิชัย (2544) ดังนี้

$$n_i = \frac{N_i \times n}{N}$$

- n_i = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล
- N_i = จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล
- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย
- N = ขนาดของประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย

 โดยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย
ภาวะติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลทั่วไป ซึ่งจัดเป็น Sensitive Population ดังนั้นการเก็บข้อมูลจึงต้องผ่าน
กลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาล โดยสถานที่เก็บข้อมูลเป็นคลินิกผู้ป่วยนอกของแต่ละ
โรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับบริการไม่พร้อมกันและการเก็บข้อมูลได้ต้องให้กลุ่ม
ตัวอย่างยินยอมเท่านั้น จึงทำให้มีข้อจำกัดในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล ดังนั้นการคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลในการ
วิจัยโดยมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชัยนาทที่ให้บริการยาต้านไวรัส จำนวน 6 โรงพยาบาล
ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถเป็นตัวแทนของประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ณ จังหวัด
ชัยนาทได้ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในจังหวัดชัยนาท

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลชัยนาท	75	32
โรงพยาบาลวัดสิงห์	33	14
โรงพยาบาลสรรคบุรี	71	30
โรงพยาบาลสรรพยา	25	10
โรงพยาบาลหันคา	64	27
โรงพยาบาลมโนรมย์	32	13
รวม	300	126

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ยาชนิดอื่นที่ใช้ ระดับภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับยา และระดับภูมิคุ้มกันที่ตรวจครั้งล่าสุด น้ำหนักตัวก่อนได้รับ ยาต้านไวรัส น้ำหนักตัวในปัจจุบัน การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างใช้วัดการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ที่สร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Dodd, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบสัมภาษณ์นี้ไม่ได้มีการนำมาหาความความเชื่อมั่นเนื่องจากลักษณะของคำตอบเป็นเชิงคุณภาพ เมื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วได้นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 100 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ ที่เกิดระหว่างรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 10 อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง การรับรู้อาการท้องเสีย การรับรู้อาการคลื่นไส้อาเจียน การรับรู้อาการผื่น/คันตามร่างกาย การรับรู้อาการชาตามปลายมือปลายเท้า การรับรู้อาการปวดท้อง การรับรู้อาการเวียนศีรษะ การรับรู้อาการนอนไม่หลับ การรับรู้อาการวิตกกังวล/กลัว การรับรู้อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับอาการอื่น ๆ รวมถึงการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ประเมินครอบคลุม ความถี่ของการเกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนประกอบด้วย คะแนนการรับรู้ความถี่ของการเกิดอาการรวมกับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการแต่ละอาการ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

การรับรู้ความถี่ของอาการ ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนน

5 หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นบ่อยครั้งมากที่สุด	ให้คะแนน	5 คะแนน
4 หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นบ่อยครั้งมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน
3 หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง	ให้คะแนน	3 คะแนน
2 หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นน้อยครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
1 หมายถึง	ไม่มีอาการ	ให้คะแนน	1 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนน

5 หมายถึง	มีความรุนแรงมากที่สุด	ให้คะแนน	5 คะแนน
4 หมายถึง	มีความรุนแรงมาก หมายถึง	ให้คะแนน	4 คะแนน
3 หมายถึง	มีความรุนแรงปาน	ให้คะแนน	3 คะแนน
2 หมายถึง	มีความรุนแรงเล็กน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
1 หมายถึง	ไม่มีความรุนแรง	ให้คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

โดยนำคะแนนประสบการณ์การมีอาการในส่วนของการรับรู้ความถี่ของอาการ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงที่มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ของแต่ละอาการมารวมกัน ซึ่งจะได้คะแนนเต็มของประสบการณ์การมีอาการนั้น ๆ เท่ากับ 10 คะแนน แล้วนำคะแนนรวมของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของสัมภาษณ์นี้อยู่ระหว่าง 3 - 100 คะแนน การแปลผลคะแนนโดย ถ้าคะแนนรวมของประสบการณ์การมีอาการมาก หมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ประสบการณ์การมีอาการมาก ถ้าคะแนนรวมของประสบการณ์การมีอาการน้อย แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ประสบการณ์การมีอาการน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการที่ได้รับการรักษา

ด้วยยาด้านไวรัส เป็นแบบประเมินวิธีการจัดการอาการและการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของมยุรี บุญทศ (2547) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างใช้วัดการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ สร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Dodd, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และได้นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 100 ราย แต่แบบสัมภาษณ์นี้ไม่ได้มีการนำไปหาค่าความเชื่อมั่นลักษณะของแบบสัมภาษณ์นี้ไม่ได้มีการหาค่าคะแนนเนื่องจากคำตอบเป็นเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการใช้ ประเมินอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง การรับรู้อาการ ท้องเสีย การรับรู้อาการคลื่นไส้อาเจียน การรับรู้อาการผื่น/ คันตามร่างกาย การรับรู้อาการชาตาม ปลายมือปลายเท้า การรับรู้อาการปวดท้อง การรับรู้อาการเวียนศีรษะ การรับรู้อาการนอนไม่หลับ การรับรู้อาการวิตกกังวล/ กลัว การรับรู้อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ แต่ละอาการมีการจัดการอาการ 11 วิธี ประกอบด้วย วิธีรับประทายตามแพทย์สั่ง ซึ่พยายามรับประทานเอง ใช้สมุนไพร หยุดยา ต้านไวรัส ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ พักผ่อน ทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ ปลดปล่อยอาการหายไปเอง ปรึกษาผู้อื่น และมีคำถามปลายเปิดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ อธิบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการอื่น ๆ ที่ใช้ในการจัดการอาการ

ลักษณะข้อคำถามของการจัดการอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ใช้ ใช้เป็นบางครั้ง และใช้เป็นประจำ โดยในส่วนของแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการอาการนี้ไม่ได้นำมา คิดคะแนน แบ่งการจัดการอาการข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ลักษณะคำตอบ ดังนี้

- 3 หมายถึง ใช้เป็นประจำ
- 2 หมายถึง ใช้เป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ใช้

เกณฑ์การแปลผล

แปลผลตามระดับมาตราส่วนประมาณค่าระดับที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบมากที่สุดในการใช้วิธีการจัดการอาการของแต่ละอาการ ซึ่งแสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ใช้วิธีการจัดการ อาการนั้นมากที่สุดในการจัดการของแต่ละอาการที่เกิดขึ้น

ผลลัพธ์การจัดการอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ลักษณะคำตอบดังนี้

- 3 หมายถึง ดีขึ้น
- 2 หมายถึง คงเดิม
- 1 หมายถึง แย่ลง

เกณฑ์การแปลผล

แปลผลตามระดับมาตราส่วนประมาณค่าระดับที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุดในผลลัพธ์ การจัดการอาการของแต่ละอาการ ซึ่งแสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการ อาการของแต่ละอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับนั้น "

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ วันทนา มณีศรีวงษ์กุล (2547) ใช้ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาโดยผู้สัมภาษณ์ถามผู้ถูกสัมภาษณ์และทำเครื่องหมายบันทึกไว้ว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาได้สม่ำเสมอเพียงใด มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีคะแนน 100 คะแนนเต็ม โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จุดเริ่มของเส้นด้านซ้ายสุด) ซึ่งมีความสม่ำเสมอที่น้อยที่สุด จนถึง 100 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) ซึ่งหมายถึงการรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด โดยไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่เม็ดเดียว ซึ่งแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

คิดตามระยะห่างที่วัดได้เป็นมิลลิเมตรจากจุดเริ่มต้นของเส้น (ด้านซ้ายสุด) ถึงจุดตัดของเครื่องหมาย X บนเส้นตรงนี้ เช่น 100 มิลลิเมตร = 100 คะแนน หรือ 50 มิลลิเมตร = 50 คะแนน บอกระดับความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

- | | |
|---------|---|
| 100 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยขาดยาเลย แม้แต่เม็ดเดียว) |
| 75 - 99 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ (เคยขาดยาบ้าง แต่ยังกินยาได้มากกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์) |
| 51 - 74 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์ |
| 50 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอประมาณครึ่งหนึ่งของ จำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์ |
| 25 - 49 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอครึ่งหนึ่งของ จำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์ (เคยขาดยามากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ยังกินยาได้มากกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนยาที่ต้องกินตามแผนการรักษา) |
| 1 - 24 | คะแนน หมายถึง การกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนที่ต้องกินตามแผนการรักษาของแพทย์ |
| 0 | คะแนน หมายถึง การกินยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์เลย แม้แต่เม็ดเดียว) |
- (วันทนา มณีศรีวงษ์กุล, 2547)

การแปลผล

การแปลผลจากภาพรวมของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง โดยถ้านำคะแนนต่ำกว่า 95 แสดงว่าไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ถ้านำคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 95 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แสดงว่ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นแบบสอบถามใช้ประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของ จำนวนทั้งสิ้น 64 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 48 ราย แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบำราศนราดูร ได้ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้านเท่ากับ .71, .88, .81 และ .82 ตามลำดับและได้ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการดัดแปลงโดยยุบรวมข้อคำถามที่มีความคล้ายคลึงกันและตัดข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นรายข้อในระดับ ต่ำออก จำนวน 16 ข้อ โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ยุบรวม 1 ข้อ คือข้อ 10 ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 5, 6, 13, และ 15 ด้านข้อมูลข่าวสาร ตัดออกจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 2, 7, 11, 12 และ 13 ด้านวัสดุสิ่งของ ยุบรวมจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 7, 8, 9, 10 เหลือข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน โดย ในแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถาม ดังนี้

ด้านที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	15 ข้อ
ด้านที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม	10 ข้อ
ด้านที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	11 ข้อ
ด้านที่ 4 การสนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของ	12 ข้อ

ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

ดังนี้

- | | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | หมายถึง | ข้อความนั้นผู้ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นผู้ตอบเห็นด้วย |

- 3 หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่ง ข้อคำถามเชิงลบมีจำนวน 8 ข้อคำถามเป็นข้อคำถามของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11 และ 15

การแปลค่าคะแนน โดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกันได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 48 - 240 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547) ไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องและครอบคลุมของเนื้อหาในแบบสอบถาม การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความคิดเห็นของแต่ละข้อ ถ้าเห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน และถ้าไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และเลือกจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในระดับคะแนน 3 และ 4 ตรงกันนำผลการพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้ค่า $CVI = 1.00$

ในส่วน of แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีการตรวจหาค่าความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากได้นำแบบสอบถามฉบับเดิมมาใช้ทั้งหมดและเมื่อนำทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ตอบไม่เข้าใจในข้อคำถามต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพที่ต่างสาขาวิชาชีพกัน ได้แก่ แพทย์

พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเมื่อหาค่าความเชื่อมั่นรายข้อพบว่า มี จำนวน 16 ข้อที่มีความเชื่อมั่นในระดับต่ำ อยู่ในช่วง .46 - .77 จึงยุบรวมข้อถามดังกล่าว โดยใช้คำรวมว่า แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน ในส่วนของญาติ พี่น้อง เพื่อนก็เช่นกัน ได้รวมข้อความ และใช้คำรวมว่า ญาติพี่น้อง/ เพื่อนแทน หลังจากยุบรวมข้อคำถาม ปรับข้อความในข้อคำถามแล้ว เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอา การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทาณยาต้านไวรัสของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความ เชื่อมั่น ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ควรมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2548) นำเสนอค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสัมภาษณ์ ประสบการณ์การมีอา การ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	
	ทดลองใช้	เก็บข้อมูลจริง
แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการฯ	0.89	0.85
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	0.94	0.90
- ด้านอารมณ์	0.87	0.85
- ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม	0.71	0.91
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.81	0.91
- ด้านวัสดุสิ่งของ	0.82	0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อโครงร่างผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้วผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 6 โรงพยาบาลเพื่อขอคำเนิการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาคั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด และข้อมูลที่ไ้จะเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ – สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ผลของการวิจัยเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการพยาบาลแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัยจากนั้นจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ ประสพการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในสถานที่ที่เตรียมไว้เป็นสัดส่วนและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) มีขั้นตอนและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ทำหนังสือจากคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคนบุรี และโรงพยาบาลหันคา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคนบุรี และโรงพยาบาลหันคา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่นัดมารับยา และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเฉพาะที่จัดไว้ในแต่ละโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการมาตรวจตามนัดและมารับยาต้านไวรัส ซึ่งอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบคำถามในการสัมภาษณ์ หลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดไว้เฉพาะปราศจากสิ่งรบกวน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณคนละ 45 - 60 นาที โดยใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยส่วนบุคคล
2. แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

3. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlation Research Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และการสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 126 คนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากสถานบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาท และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n แทน กลุ่มตัวอย่าง

p แทน ระดับนัยสำคัญ

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ นำเสนอผลวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์จำนวน 126 ราย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สูตรยาที่ใช้ในการรักษา จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ระดับ CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสและระดับ CD4 ในปัจจุบันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ แสดงใน รูปตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 126)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	66	52.4
	หญิง	60	47.6
อายุ (ปี)			
	20 – 24	1	0.8
	25 – 29	10	7.9
	30 – 34	21	16.6
	35 – 39	34	27
	40 – 44	24	19
	45 – 49	23	18.3
	50 – 54	5	4
	55 ปีขึ้นไป	8	6.4
$\bar{X}$ = 40.10 ปี SD = 8.65 Min = 22 ปี Max = 66 ปี			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	72	57.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	9.1
เกษตรกร	17	13.5
ค้าขาย	11	8.7
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	77	61.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	21.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	7.1
ไม่ได้รับการศึกษา	9	7.1
อนุปริญญา	3	2.4
ปริญญาตรี	1	0.8
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า หรือ เท่ากับ 5000 บาท	102	81
5001 – 10,000 บาท	22	17.4
10,001 – 15,000 บาท	1	0.8
15,001 – 20,000 บาท	1	0.8
สถานภาพสมรส		
คู่	66	52.4
โสด	24	19
หม้าย	22	17.5
หย่า	9	7.1
แยกทาง	5	4

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.4 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40 - 44 ปี และ 45 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 19 และ 18.3 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 61.1และ 21.5 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 81 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.4

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (n = 126)		
1 ปี	24	19.1
2 ปี	17	13.5
3 ปี	12	9.5
4 ปี	48	38.1
5 ปี	11	8.7
มากกว่า 5ปีขึ้นไป		
$\bar{X}$ = 3.26 ปี SD = 1.79	14	11.1
สูตรยาที่ใช้ในการรักษา (n = 126)		
สูตร 1 (d4T, 3TC, NVP)	72	57.1
สูตร 2 (AZT, 3TC, NVP) หรือ (d4T, 3TC, EFV)	31	24.6
สูตร 3 (3TC, d4T, IDV/RTV)หรือ (AZT, 3TC, IDV/RTV)	23	18.3
ยาอื่นที่ใช้ร่วม (n = 37)		
Bactrim	17	46
ยาบำรุง/ วิตามิน	11	29.7
Fluconazole	5	3.5
ยารักษาวัณโรค	4	10.8
การเปลี่ยนสูตรยา (n = 126)		
เคยเปลี่ยนสูตรยา	54	42.9
ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยา	72	57.1

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเม็ดยาทุกชนิดที่รับประทานต่อวัน (n = 126)		
1 – 5	116	92.0
6 – 10	4	3.2
11 – 15	2	1.6
16 – 25	4	3.2
$\bar{X}$ = 3.48 เม็ด SD = 3.99 Min = 2 เม็ด Max = 25 เม็ด		
ระดับ CD4 (n = 126)	ก่อนได้รับยา	หลังจากได้รับยา
0 – 200 cell/mm ³	48(66.7)	34(27.0)
201 – 499 cell/mm ³	15(11.9)	73(57.9)
≥ 500 cell/mm ³	-	19(15.1)
ไม่มีผล CD4	27(21.4)	-
$\bar{X}$ CD4 (cell/mm ³)	91.89	328.46
SD CD4	92.60	180.47
Min (cell/mm ³)	0	21
Max (cell/mm ³)	469	1006

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ส่วนใหญ่ได้รับยาด้านไวรัสมาเป็นเวลา 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 ส่วนใหญ่ใช้ยา ด้านไวรัสสูตร 1 คิดเป็นร้อยละ 57.1 และไม่เคยเปลี่ยนสูตรยา คิดเป็นร้อยละ 57.1 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 92 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 201 - 499 cell/mm³ คิดเป็นร้อยละ 57.9 ร้อยละ 27 ไม่มีผล CD4 ก่อนได้รับยา ด้านไวรัสเนื่องมาจากเปลี่ยนสถานที่รับยาด้านไวรัสมาจากต่างพื้นที่

ส่วนที่ 2 การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นำเสนอดังตารางที่ 7, 8, 9 และ 10

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสหรือเมื่อเกิดอาการของโรค โดยเมื่อมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นผู้ติดเชื้อมักมีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ แสดงผลการศึกษาดังตารางที่ 7 และ 8 ดังนี้

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n = 126)

การรับรู้ประสบการณ์ การมีอาการ	ไม่มี	มีอาการ	พิสัยการรับรู้		$\bar{X}$ ของค่า คะแนนที่ ได้	SD
	อาการ		ประสบการณ์การมี			
			อาการ			
			จำนวน	จำนวน		
	(%)	(%)	คะแนน จริง	คะแนน ที่ได้		
การรับรู้ประสบการณ์						
การมีอาการโดยรวม	-	126(100)	3 – 100	3 – 58	21.70	12.18
ปวดศีรษะ/ มีไข้	33 (26.2)	93(73.8)	3 – 10	3 – 9	5.13	1.62
ชาตามปลายมือ						
ปลายเท้า	47 (37.3)	79 (62.7)	3 – 10	3 – 10	4.23	1.37
ผื่นคันตามร่างกาย	48 (38.1)	78 (61.9)	3 – 10	3 – 8	4.79	1.39
อ่อนเพลียไม่มีแรง	51 (40.5)	75 (59.5)	3 – 10	3 – 10	4.76	1.60
ท้องเสีย	68 (54)	58 (46)	3 – 10	3 – 10	4.02	1.47
เวียนศีรษะ	73 (57.9)	53 (42.1)	3 – 10	3 – 9	4.36	1.72

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้ประสบการณ์	ไม่มี	มีอาการ	พิสัยการรับรู้		$\bar{X}$	SD
การมีอาการ	อาการ		ประสบการณ์การมี		ของค่า	
			อาการ		คะแนนที่	
	จำนวน	จำนวน	ค่า	ค่า	ได้	
	(%)	(%)	คะแนน	คะแนน		
			จริง	ที่ได้		
ปวดท้อง	76 (60.3)	50 (39.7)	3 – 10	3 – 7	4.22	1.22
คลื่นไส้	87 (69)	39 (31)	3 – 10	3 – 8	4.46	1.43
นอนไม่หลับ	88 (69.8)	38 (30.2)	3 – 10	3 – 8	4.76	1.36
วิตกกังวล/ กลัว	89 (70.6)	37 (29.4)	3 – 10	3 – 7	4.22	1.13
ผอม/ แก้มตอบ	119 94.4)	7 (5.5)				

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการมาก 4 อันดับแรกคือ การรับรู้อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาได้แก่ การรับรู้อาการชาตามปลายมือปลายเท้า การรับรู้การผื่นคันตามร่างกาย และ การรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง คิดเป็นร้อยละ 62.7, 61.9 และ 59.5 ตามลำดับ อาการอื่นในข้อคำถามปลายเปิดพบว่ามีอาการผอม แก้มตอบ ร้อยละ 5.5

เมื่อพิจารณาการรับรู้ ความถี่ และความรุนแรงของแต่ละอาการ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความถี่และความรุนแรงของประสบการณ์การมีอาการปวดศีรษะ/ มีไข้ มากที่สุด ($\bar{X} = 5.13$, $SD = 1.62$) รองลงมาคือ การรับรู้การผื่นคันตามร่างกาย ($\bar{X} = 4.79$, $SD = 1.39$) และ การรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงและอาการนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 4.76$, $SD = 1.60$)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ ของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ เอคส์

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (%)	ผลลัพธ์การจัดการอาการโดยรวม		
			ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง
			จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ปวดศีรษะ/มีไข้ (n = 93)	พักผ่อน	56 (44.4)	71 (76.4)	22 (23.6)	-
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	42 (33.3)			
	ซื้อยามารับประทานเอง	21 (16.7)			
	หยุดยาด้านไวรัส	14 (11.1)			
ชาตามปลายมือ ปลายเท้า (n = 79)	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	40 (31.7)	52 (65.8)	26 (33)	1 (1.3)
	พักผ่อน	34 (27)			
	ออกกำลังกาย	23 (18.3)			
	ใช้สมุนไพร	19 (15.1)			
ผื่นคันตามร่างกาย (n = 78)	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	51(40.5)	61 (78.2)	17 (21.8)	-
	พักผ่อน	26 (20.6)			
	หยุดยาด้านไวรัส	17 (13.5)			
	ออกกำลังกาย	15 (11.9)			
อ่อนเพลียไม่มีแรง (n = 75)	พักผ่อน	43 (34.1)	46 (61.3)	25 (33.3)	4 (5.3)
	ปล่อยให้อาการหายไปเอง	25 (19.8)			
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	21 (16.7)			
	หยุดยาด้านไวรัส	20 (15.9)			
ท้องเสีย (n = 58)	พักผ่อน	31 (24.6)	47 (81.1)	11 (18.9)	-
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	24 (19)			
	ปล่อยให้อาการหายไปเอง	14 (11.1)			
	หยุดยาด้านไวรัส	13 (10.3)			
เวียนศีรษะ (n = 53)	พักผ่อน	23 (18.3)	32 (60.4)	19 (35.8)	2 (3.8)
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	21 (16.7)			
	ปล่อยให้อาการหายไปเอง	15 (11.9)			
	หยุดยาด้านไวรัส	14 (11.1)			

ตารางที่ 8 (ต่อ)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (%)	ผลลัพธ์การจัดการอาการโดยรวม		
			ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง
			จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ปวดท้อง (n = 50)	พักผ่อน	31 (24.6)	39 (78)	11 (22)	-
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	12 (9.5)			
	หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	9 (7.1)			
	ออกกำลังกาย	8 (6.3)			
คลื่นไส้อาเจียน (n = 39)	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	24 (19)	25 (64.1)	14 (35.9)	-
	พักผ่อน	15 (11.9)			
	หยุดยาด้านไวรัส	11 (8.7)			
	ปล่อยให้อาการหายไปเอง	8 (6.3)			
นอนไม่หลับ (n = 38)	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	18 (14.3)	22 (57.9)	15 (39.5)	1 (2.6)
	หยุดยาด้านไวรัส	16(12.7)			
	พักผ่อน	16 (12.7)			
	ออกกำลังกาย	12 (9.5)			
วิตกกังวล/กลัว (n = 37)	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	13 (10.3)	14 (37.8)	22 (59.5)	1 (2.7)
	หยุดยาด้านไวรัส	13 (10.3)			
	พักผ่อน	12 (9.5)			
	ทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ	7 (5.6)			

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการหลายวิธีร่วมกัน โดยพบว่า ใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการพักผ่อนบ่อยมากที่สุด เมื่อมีอาการปวดศีรษะ/ มีไข้ อาการอ่อนเพลีย อาการท้องเสีย อาการเวียนศีรษะและ อาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 44.4, 34.1, 24.6, 18.3 และ 24.6 ตามลำดับ และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการผื่นคันตามร่างกาย อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการนอนไม่หลับและอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5, 31.7, 14.3 และ 19 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกใช้วิธีการหยุดรับประทานยาด้านไวรัส เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการอาการของทุกอาการเช่นกัน โดยเฉพาะใช้เป็นวิธีการจัดการอาการใน

ลำดับต้น ๆ ของการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการวิตกกังวล/ กลัว และอาการนอนไม่หลับ โดยคิดเป็นร้อยละ 8.7, 10.3 และ 12.7 ตามลำดับ

และจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ใช้วิธีการจัดการกับอาการหลาย ๆ วิธีรวมกันส่งผลให้ผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น โดยอาการที่เกิดขึ้นมาก 4 อันดับแรก คืออาการปวดศีรษะ/ มีไข้ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการผื่นคันตามร่างกาย และอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อมีการจัดการอาการแล้วผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่ดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 76.4, 65.8, 78.2 และ 61.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง อาการเวียนศีรษะ อาการวิตกกังวล/ กลัว อาการนอนไม่หลับและอาการชาตามปลายมือปลายเท้า บางส่วนที่มีผลลัพธ์ของการจัดการอาการแย่ง คิดเป็นร้อยละ 5.3, 3.8, 2.7, 2.6 และ 1.3 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ นำเสนอในภาพรวม และในรายด้านได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุ แสดงผลการศึกษาไว้ดังตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (n = 126)

การสนับสนุนทางสังคม	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นจริง	คะแนนที่ได้		
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	48 - 240	112 - 238	174	21.75
- ด้านอารมณ์ (15 ข้อ)	15 - 75	23 - 74	49.25	7.57
- ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (10 ข้อ)	10 - 50	10 - 50	37.23	8.33
- ด้านข้อมูลข่าวสาร(11 ข้อ)	11 - 55	19 - 55	46.93	6.76
- ด้านวัสดุสิ่งของ (12 ข้อ)	12 - 60	21 - 60	40.59	9.45

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมค่อนข้างสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 174 (SD = 21.75) เมื่อพิจารณารายด้านได้แก่การสนับสนุน

ทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ค่อนข้างสูงทุกด้านเช่นกัน

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อมูลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พิจารณาตามเกณฑ์ของ กระทรวงสาธารณสุข (2550) โดยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 หมายถึงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมาก คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 95 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อย ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n = 126)

ความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
น้อยกว่าร้อยละ 95	88	69.8	79.01	13.33
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	38	30.2	98.08	1.2

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 69.8 ($\bar{X} = 79.01$, $SD = 13.33$)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีประสบการณ์การมีอาการ ทั้งด้านการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน และใช้วิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย จึงทำให้ไม่สามารถสรุปค่าคะแนนโดยรวมของการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการที่เป็นภาพรวมได้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงศึกษาได้เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเท่านั้น

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวผู้วิจัยทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวคือ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายแบบ

ปกติ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการและการสนับสนุนทางสังคมตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงเส้น กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์นำเสนอ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n = 126)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
การสนับสนุนทางสังคม	.187*
การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ	.145

*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$) และการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการซึ่งประกอบด้วยจำนวนความถี่และความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์แยกในแต่ละอาการกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ามีเพียงอาการอ่อนเพลียเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.245$) นำเสนอผลดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างประสบการณ์การมีอาการแยกเป็นราย
อาการ กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์
(n = 126)

อาการ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
ปวดศีรษะ/ มีไข้	- .046
ชาตามปลายมือปลายเท้า	- .033
ผื่นคันตามร่างกาย	.067
อ่อนเพลียไม่มีแรง	- .245*
ท้องเสีย	- .154
เวียนศีรษะ	.154
ปวดท้อง	- .179
คลื่นไส้	- .108
นอนไม่หลับ	- .009
วิตกกังวล/กลัว	.010

*p < .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาหาร ผลลัพธ์การจัดการอาหาร การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลรัฐบาล 6 โรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท จำนวน 126 รายโดยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 1 เดือน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบสัมภาษณ์ประสิทธิภาพการมีอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบสัมภาษณ์การจัดการอาหารและผลลัพธ์การจัดการอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของ มยุรี บุญทัด (2547) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการได้รับ การสนับสนุนทางสังคมคัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ประสิทธิภาพการมีอาหาร การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่พัฒนาขึ้นไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน ประเมินความสอดคล้องและครอบคลุมของเนื้อหาในแบบสอบถามหลังจากผ่านการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและภาษาแล้วนำไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2-3 ท่าน ช่วยอ่านแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้ทดลองจริง ได้ค่า CVI = 1.00

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอากร การจัดการกับอากร ผลลัพธ์การจัดการอากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอากร การจัดการกับอากร ผลลัพธ์การจัดการอากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนำไปทดลองใช้ครั้งแรกได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้านประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรม ด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของ เท่ากับ .87, .71, .81, และ .82 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for Social Science) นำเสนอผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.4 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 35 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40 - 44 ปี และ 45 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 19 และ 18.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 21.4 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 81 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 19

ข้อมูลทางด้านการรักษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นเวลา 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ 1 ปี และ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 13.5 โดยส่วนใหญ่ใช้ยาต้านไวรัสสูตร 1 คิดเป็นร้อยละ 57.1 ตัวยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้คือ 3TC, และไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาคิดเป็นร้อยละ 57.1 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 92 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยา

ด้านไวรัส ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 201 - 499 cell/mm³ คิดเป็นร้อยละ 57.9 การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นไข้หวัด คิดเป็นร้อยละ 50.6

2. การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส

2.1 การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการมาก 4 อันดับแรกคือ การรับรู้อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาได้แก่ การรับรู้อาการชาตามปลายมือปลายเท้า การรับรู้อาการผื่นคันตามร่างกาย และการรับรู้อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงคิดเป็นร้อยละ 62.7, 61.9 และ 59.5 ตามลำดับ

2.2 วิธีการจัดการอาการ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการหลายวิธีร่วมกันโดยพบว่า ใช้วิธีการจัดการอาการโดยการพักผ่อนมากที่สุดเมื่อมีอาการปวดศีรษะ/ มีไข้ อาการอ่อนเพลีย อาการท้องเสีย อาการเวียนศีรษะและ อาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 44.4, 34.1, 24.6, 18.3 และ 24.6 ตามลำดับ และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการผื่นคันตามร่างกาย อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการนอนไม่หลับและอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการโดยการรับประทายาตามแพทย์สั่งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5, 31.7, 14.3 และ 19 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เลือกใช้วิธีการหยุดรับประทายาต้านไวรัสเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการอาการของทุกอาการเช่นกัน โดยเฉพาะใช้เป็นวิธีการจัดการอาการในลำดับต้นๆของการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการวิงเวียน/ง่วง/กลัว อาการนอนไม่หลับและ โดยคิดเป็นร้อยละ 10.3, 12.7 และ 8.7 ตามลำดับ

2.3 ผลลัพธ์การจัดการอาการ จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้วิธีการจัดการกับอาการหลายวิธีร่วมกันส่งผลให้ผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น โดยอาการที่เกิดขึ้นมาก 4 อันดับแรก คืออาการปวดศีรษะ/ มีไข้ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการผื่นคันตามร่างกาย และอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อมีการจัดการอาการแล้วผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่ดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 76.4, 65.8, 78.2 และ 61.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง อาการเวียนศีรษะ อาการวิงเวียน/ง่วง/กลัว อาการนอนไม่หลับและอาการชาตามปลายมือปลายเท้าบางส่วนที่มีผลลัพธ์ของการจัดการอาการแย่ลง คิดเป็นร้อยละ 5.3, 3.8, 2.7, 2.6 และ 1.3 ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมค่อนข้างดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 174 (SD = 21.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านได้แก่ เมื่อพิจารณารายด้านได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุ

สิ่งของ และด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ค่อนข้างสูงทุกด้าน เช่นกัน ($\bar{X}$ = 49.25, 46.93, 40.49 และ 37.23) ตามลำดับ

4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 69.8 ($\bar{X}$ = 79.01, SD = 13.33)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .187) และการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

นอกจากนี้ยังพบว่า อาการอ่อนเพลีย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.245)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามคำถามการวิจัย ดังนี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมและ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในจังหวัดชัยนาทเป็นอย่างไร

ประสบการณ์การมีอาการ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ประสบการณ์การมีอาการมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ (ร้อยละ 73.8), อาการชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 62.7), อาการผื่นคันตามร่างกาย (ร้อยละ 61.9), อาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 59.5) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ระดับความถี่และความรุนแรงของอาการค่อนข้างน้อย อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ รับประทานยาต้านไวรัสสูตร 1 ซึ่งประกอบด้วย d4T, 3TC, NVP เป็นส่วนใหญ่ และมีจำนวนน้อยที่รับประทานยาต้านไวรัสสูตร 2 ซึ่งประกอบด้วย AZT, 3TC, NVP หรือ d4T, 3TC, EFV และสูตรยาอื่น ๆ ซึ่งผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเหล่านี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ กัน เช่น Zidovudine (AZT) ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ Stavudine (d4T) ทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า

Lamivudine (3TC) อาจพบอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ผื่นคันได้ (จันทน์ จันทรพำจัน, 2548; เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้ยาต้านไวรัสสูตร 1 เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ d4T, 3TC, NVP ยาทัง 3 ชนิดนี้มีผลข้างเคียงทำให้พบอาการปวดศีรษะมากเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ NVP ยังทำให้เกิดอาการเป็นไข้ในผู้ป่วยบางราย และจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ 4 ปี ทำให้ระดับของ CD4 เพิ่มขึ้น ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้เมื่อมีการได้รับเชื้อโรคต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย ร่างกายจะมีการต่อต้านเชื้อโรคต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ/ มีไข้ ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของการตอบสนองทางร่างกาย

นอกจากนี้ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลของการศึกษานี้ยังเป็นช่วงการเปลี่ยนฤดูกาลจากฤดูหนาวเป็นฤดูร้อน อากาศที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปรับตัวและอาจส่งผลต่อการเกิดการเจ็บป่วย จึงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ/ มีไข้ ดังข้อมูลสัมภาษณ์การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยการเป็นไข้หวัดเป็นส่วนใหญ่ และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมีการรับประทานยาที่ไม่ใช่ยาต้านไวรัสรวมด้วย เช่น ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Bactrim, Fluconazole ยารักษาโรคฉวยโอกาส และวิตามิน/ ยาบำรุงร่างกาย ซึ่งยาเหล่านี้อาจมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดอาการแสดงออกทางร่างกายได้ เช่น มีอาการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน เป็นต้น (ตารางที่ 6)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีประสบการณ์การมีอาการหลาย ๆ อาการ แต่ละคนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่มิมีค่าต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในแต่ละอาการ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้วิธีการจัดการอาการหลายวิธีร่วมกัน (ตารางที่ 7)

ด้านการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธีร่วมกัน โดยให้เหตุผลว่าการใช้วิธีการจัดการเพียงวิธีเดียวไม่ได้ผล ผลลัพธ์จากการใช้วิธีการจัดการอาการวิธีแรกได้ผลช้าเกินไป จึงต้องใช้วิธีการอื่น ๆ ช่วยเพื่อให้บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “เวลาป่วยนอกจากกินยาแล้วต้องนอนพักผ่อนด้วยนะจะได้หายเร็ว ๆ ไม่งั้นไม่หายหรอก” (ภาคผนวก ง) ในการศึกษาครั้งนี้วิธีที่พบบ่อยที่สุดคือ การพักผ่อนและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เลือกใช้วิธีการพักผ่อนเนื่องจากการพักผ่อนเป็นวิธีการจัดการที่ง่ายที่สุด เมื่อเกิดอาการแล้วสามารถทำได้ในทันทีและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ดังข้อมูลจากคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “ง่ายที่สุดเลยคือการพักผ่อนนะเวลาเวียนหัวขึ้นมานอนก่อนเลย กินยาแล้วก็นอน บางทีเพลีย ๆ นอนก็หายไม่ต้องกินยาหรอก”

และ “เราก็ต้องดูแลตัวเองก่อน ยังไม่ต้องไปหาหมอเลยก็ได้ นอนพักไปก่อน หรือบางที่ถ้าทำงาน อยู่ก็หยุดพัก” (ภาคผนวก ง)

ส่วนวิธีการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เป็นวิธีการจัดการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เลือกใช้มากที่สุดเช่นกัน โดยเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ เกิดขึ้น ทั้งในการเจ็บป่วยทางกาย และ อาการทางจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มักมีการปรึกษาผู้รู้เกี่ยวกับอาการนั้น ๆ ซึ่งคือแพทย์ หรือพยาบาล ที่ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ ดังคำสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “เวลาป่วย ส่วนใหญ่จะไปหาหมอ” (ภาคผนวก ง) และวิธีการรับประทานยาตามแพทย์สั่งยังเป็นวิธีการใช้ยาที่ปลอดภัยที่สุดมากกว่า การซื้อยามาใช้เอง และยาด้านไวรัสหรือยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยังไม่สามารถหาซื้อได้เอง ตามร้านขายยาได้ ต้องมีการซื้อตามใบสั่งยาของแพทย์ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ต้อง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เลือกวิธีการหยุดยาด้านไวรัส เป็นวิธีหนึ่งในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการรับประทานยาด้านไวรัสอาจส่งผล ให้เกิดอาการข้างเคียงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยา เช่น d4T, 3TC, NVP ทำให้เกิด อาการปวดศีรษะ บางรายเกิดอาการมีไข้ อาการผื่นคัน อาการคลื่นไส้อาเจียน จึงอาจเป็นเหตุผลให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เลือกวิธีการหยุดยาด้านไวรัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Holzermer, Henry, Reilly, and Portillo (1995) ซึ่งพบว่าบางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีวิธีในการจัดการข้างเคียงจาก ยาด้านไวรัสโดยการหยุดยาหรือปรับยาเองเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ ซึ่งส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพของ การรักษาด้วยยาด้านไวรัส จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ยังคงรับประทานยา ด้านไวรัสต่อไปเป็นส่วนใหญ่ แต่มีการหยุดยาเป็นพัก ๆ เมื่อมีอาการ ปรับขนาดยา และหรือเลื่อน เวลาการรับประทานยาออกไปเพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยา (ภาคผนวก ง)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์จำนวน 7 รายที่มีอาการผอมแถมตอบ อันเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาด้านไวรัส โดย กลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการนี้ ไม่ทราบวิธีในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผอม แถมตอบได้ให้สัมภาษณ์ว่า “ตอนนี้เริ่มมีอาการ ผอมลง แถมตอบ สะ โทกพองไปข้างนี้ง อยาเค้านะหมอ แต่ไม่รู้จะทำยังไงถึงจะ หาย หยุดกินยาจะดีขึ้นไหมละหมอ” และ “พี่ก็ไม่รู้ว่าต้องทำไงถึงแถมจะหายตอบ ก็พยายามกินจะ ได้มีแถม ตอนนี้ไม่อยากจะออกจากบ้านไปไหน ไม่อยากเจอใคร กลัวเค้าถาม” (ภาคผนวก ง)

สำหรับผลลัพธ์การจัดการอาการ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ส่วนใหญ่รับรู้ผลลัพธ์ การจัดการอาการดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี บุญทัต (2547) ที่พบว่า การรับประทาน ยาตามแผนการรักษาถูกใช้ในการจัดการกับอาการและได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ 91.07 ซึ่งใน

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการใช้วิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย และในแต่ละอาการก็ใช้หลายวิธีการจัดการทำให้ผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีอาการที่เมื่อใช้วิธีการจัดการอาการแล้วยังมีผลลัพธ์การจัดการอาการที่แย่ลงนั่นคือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 5.3 อาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 3.8 เมื่อพิจารณาถึงวิธีการที่ใช้จัดการกับอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงของกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ คือ วิธีการพักผ่อน การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง วิธีการหยุดรับประทานยาต้านไวรัสซึ่ง การหยุดการรับประทานยาต้านไวรัสอาจเป็นผลให้มีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นที่ก่อให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย และ เวียนศีรษะ (เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และคณะ, 2549) อาจส่งผลให้ผลลัพธ์การจัดการอาการมีอาการแย่ลง นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผอม แ่้มตอบ ที่ส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการแก้ไขก็มักใช้วิธีการปล่อยไว้เฉยอาการหายไปเอง ทำให้ผลลัพธ์การจัดการอาการอยู่ในระดับคงเดิม (ตารางที่ 8, ภาคผนวก ง)

การสนับสนุนทางสังคม

ผลจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดชัยนาททั้งหมด ได้มีการร่วมโครงการกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ในด้านของโรค การติดเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาต้านไวรัส และแหล่งสนับสนุนทางด้านการรักษาจากหน่วยงานของจังหวัด ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลที่รับบริการ องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกันสังคมและสวัสดิการของจังหวัด มีการจัดบริการอบรมอาชีพเสริมเพิ่มรายได้กันเองในกลุ่มเครือข่าย และมีการจัดตั้งภาคี เครือข่ายผู้ติดเชื้อโดยรวมกลุ่ม 3 จังหวัด คือ ชัยนาท สิงห์บุรี และลพบุรี เพื่อคอยดูแลและให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง

นอกจากนี้ชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชัยนาทอาศัยอยู่มีการยอมรับผู้ติดเชื้อให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสามารถอยู่ร่วมกับในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวว่า “ชาวบ้านข้างเคียงเค้าก็รู้ว่าผมเป็นเอดส์ เค้าก็ไม่รังเกียจยังมาซื้อ ไรต์ของผมนู่นขายดีจนตอนนี้ทำไม่ทัน ที่จริงเค้าเคยมาซื้อบ้างไม่ต้องมาอุดหนุนมากผมก็ดีใจมากแล้วที่เค้าไม่รังเกียจ” “พี่ได้เป็นวิทยากร ไปพูดเรื่องโรคเอดส์ การติดต่อตามโรงเรียน ตามชุมชนอื่น เค้าก็ไม่เคยแสดงว่ารังเกียจ อาจมีบางที่ดูกลัว ๆ เวลาเราเข้าไปใกล้ ก็เสียใจนะแต่เค้าก็พูดดีกับเรา” (ภาคผนวก ง) ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญดี ศรีคำ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สูงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ซึ่งการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อ

สุขภาพโดยทำให้เกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองส่งผลให้ภาวะเครียดลดลงมีการดูแลตนเองดีขึ้น

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชัยนาทส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 69.8 ซึ่งมาตรฐานในการรักษาเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งจะทำให้ระดับเชื้อเอชไอวีในร่างกายลดต่ำลง

อภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับรู้ประสบการณ์การมีอาการหลายอาการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกใช้วิธีการหยุดยาต้านไวรัสเป็นวิธีการจัดการอาการ (Spirig et al., 2005) ดังผลในตารางที่ 8 นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้เหตุผลว่า ลืม ทำงานยุ่งมากจนไม่มีเวลา ไม่ได้น่ายา ติดตัวไปเมื่อต้องไปธุระนอกบ้าน ดังทำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง “ฉันก็มีบอยนะ ที่ขายของอยู่ ๆ แล้วไม่ได้กินยา กะว่าอีกเดี๋ยวจะกินแล้วก็ลืมเลย บางทีเราก็กินงานจนลืม” (ภาคผนวก ง) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ ลืมหรือยุ่งจนไม่มีเวลา (Chesncy, 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า เหตุผลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสคือ ลืมรับประทานยา ร้อยละ 36 ไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 33 (Maneesriwongul, Tulathong, Fennie, & Williams, 2006) ร่วมกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานและส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างต้องออกไปทำงานนอกบ้านอาจทำให้เกิดความลำบากหรือยุ่งยากในการรับประทานยา ร่วมกับเกรงว่าบุคคลรอบข้างจะสงสัยในการเจ็บป่วยของตนเองจึงทำให้รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (ภาคผนวก ง)

นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มาเป็นระยะเวลานานคือโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 4 ปี ซึ่งการรับประทานยาเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดการเบื่อหน่ายในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ วาณิชสันต์ (2545) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการยาต้านไวรัสมีความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอร้อยละ 30.2 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ข้อมูล ถึงวิธีการที่ทำให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ โดยการตั้งเวลาเตือนให้รับประทานยา

โดยใช้โทรศัพท์มือถือ การนำยาแบ่งใส่กล่องยาเล็ก ๆ พกติดตัวเมื่อต้องออกไปทำงานหรือทำธุระนอกบ้าน และทำให้ไม่มีผู้อื่นทราบว่าตนเป็นยาอะไรเนื่องจากไม่มีฉลากยา และเลือกรับประทานยาขณะอยู่ลำพังคนเดียว หากเล็งไม่ได้พยายามรับประทานยาให้อยู่ห่างจากผู้อื่น นอกจากนี้การช่วยเตือนโดยบุคคลในครอบครัวก็ช่วยให้สามารถรับประทานยาด้านไวรัสได้ตรงตามเวลาและทุกวัน ดังคำให้สัมภาษณ์ “ก็ใช้วิธีการป้องกันการลืม ตั้งเตือนในโทรศัพท์มือถือ ใจ 8 โมงเช้ากับ 2 ทุ่ม ออกไปทำงานข้างนอกแบ่งยาใส่ตลับแบ่ง ไม่มีใครรู้ยาอะไร กินเงียบ ๆ คนเดียว” และ “ใช้ทั้งตั้งเตือนที่โทรศัพท์ แล้วก็ฟังวิทยุ ตอนเพลงชาติขึ้น กับเวลามีข่าวในพระราชสำนัก นี่แหละเวลากินยา” (ภาคผนวก ง)

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ประสพการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัสในจังหวัดชัยนาทหรือไม่

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส และ ประสพการณ์การมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โดยการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความรู้การสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้ง การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 49.25$, $SD = 7.57$) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรมตนเอง ($\bar{X} = 37.23$, $SD = 8.33$) การสนับสนุนทางสังคมด้าน ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 46.93$, $SD = 6.76$) และ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ ($\bar{X} = 40.59$, $SD = 9.45$) โดยกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดชัยนาททั้งหมด ได้รับการยอมรับจากชุมชน และได้รับการช่วยเหลือจากนโยบายของทางจังหวัดทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสามารถอยู่ร่วมกับในสังคมได้อย่างมีความสุข ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ กำลังใจ สามารถรับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ ดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง “ครอบครัวสำคัญที่สุด เเลยนะผมว่า ถ้าไม่ได้พวกเค้าผมก็ยังไม่อยากกินยา” และ “พวกหมอให้กำลังใจมากเลย คอยดูแลสารพัด บอกป้ากินยานะแล้วอาการจะดีขึ้น ให้ข้อมูลทุกอย่าง” “มีกลุ่มเครือข่ายทำให้เรารู้สึกว่า เราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว มีปัญหาอยู่คนเดียว เราช่วยกันเตือนนะ แกกินยาหรือยัง โทรถามไถ่กัน เราก็มักมีกำลังใจ” (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญดี ศรีคำ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สูงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ซึ่งการที่บุคคล

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อสุขภาพโดยทำให้เกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองส่งผลให้ภาวะเครียดลดลงมีการดูแลตนเองดีขึ้น และสอดคล้อง Spirig et al. (2005) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส เพื่อน มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพและความผาสุก โดยจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการดูแลตนเองที่ดีส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ว่าจะรับประทานยาต้านไวรัสแล้วได้ผลดีต่อร่างกาย ทำให้มีกำลังใจ และมีความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าจะมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้นก็สามารถจัดการกับอาการนั้น ๆ ได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ หรือมีครอบครัว ที่คอยดูแลเป็นกำลังใจ ร่วมกับส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ ช่วง 35 - 39 ปี ยังสามารถดูแลตนเองได้ และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองทำให้มีการจัดการอาการได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ค่อนข้างเปิดตัว และได้รับการยอมรับ เป็นอย่างดีกับบุคลากรในทีมสุขภาพของจังหวัด และในชุมชน รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในด้าน ความรู้ของมูลข่าวสารต่างๆ จากสถานบริการสุขภาพ จึงเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้ ส่งเสริมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร ตุลาทอง (2547) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่ามีการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ประสบการณ์การมีอาการ ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าร้อยละ 27 - 81 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ ทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่ไหว (วิศิษฐ์ ประสิทธิศิริกุล และคณะ, 2545; Melbourne, Geletko, Brown, Willey-Lessne, Chase, & Fsher, 1999) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สมจิตร ตุลาทอง (2547) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 59.9 มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาน้อยหนึ่งอาการ และ อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เป็นที่สังเกตจากบุคคลรอบข้าง เกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจึงเป็นอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เหตุผลที่ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลานาน ถึงแม้จะมีอาการ

ข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่สามารถจัดการอาการได้ดี จะเห็นได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ว่าผลลัพธ์การจัดการอาการดีขึ้น (ตารางที่ 8) และประกอบกับระดับ CD4 หลังจากการรับประทานยาต้านไวรัสมีการเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันมากขึ้น อาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดำเนินของโรคจึงลดน้อยลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 35 - 39 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตค่อนข้างมาก มีการเรียนรู้ที่จะแสวงหาวิธีในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลายหลายวิธีการ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่กล่าวว่า ปัจเจกส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับความอดทนของการเกิดอาการ และการเลือกใช้ชีวิตในการจัดการอาการที่เหมาะสม (Spirig et al., 2005)

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลาย ทำให้ผลลัพธ์การจัดการกับอาการดีขึ้น โดยวิธีการจัดการอาการที่เลือกเป็นวิธีการที่ดี คือการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการพักผ่อน ตลอดจนได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง จึงทำให้การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่รุนแรงจึงพบว่าประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส และนอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ประสบการณ์การมีอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานจนทำให้มีการชินกับอาการที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยก็ไม่ส่งผลกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ประสบการณ์การมีหลายอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้หาความสัมพันธ์แยกราอาการกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า มีเพียงอาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเพียงอาการเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.245$) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากภาวะของผู้ติดเชื้อและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกอ่อนเพลียและหมดแรง (เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และคณะ, 2549) ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มีกำลังที่จะมาจัดยารับประทานได้ตรงตามเวลาและมียาที่แพทย์สั่งได้จึงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และเมื่อไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามมายิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเพิ่มมากขึ้น อาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงจึงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ผลลัพธ์การจัดการอาการ

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีประสบการณ์การมีอาการ ทั้งด้านการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน และใช้วิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย จึงทำให้ไม่สามารถสรุปค่าคะแนน

โดยรวมของการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการที่เป็นภาพรวมได้จึงไม่สามารถนำศึกษาความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าร้อยละ 95 ถึง ร้อยละ 69.8 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงเป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ผู้เกี่ยวข้องต้องเร่งหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น และควรมีการประเมินติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนหาปัญหาหรืออุปสรรคอื่น ๆ ที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังมีวิธีการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม จึงควรมีการจัดให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับอาการต่าง ๆ ที่รบกวนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่เลือกใช้วิธีการจัดการอาการโดยการหยุดยาด้านไวรัส โดยควรมีการจัดบริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อจัดการอาการอย่างเหมาะสม

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการจัดทำโครงการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนย้าให้บุคลากรทางสุขภาพเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

2.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยตรงได้มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อนำความรู้ดังกล่าวไปให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล หรือนักวิชาการ สามารถนำผลการวิจัยไป

เป็นแนวทางในการเตรียมการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4. ด้านการวิจัย

4.1 การทำการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ยังไม่ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่มากนัก ควรมีการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาถึงข้อมูลเชิงลึกที่ทำให้มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ โดยเน้นไปในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เพื่อได้เป็นข้อมูลแท้จริงของปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ หรือเลือกในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้วิธีการที่ดีและเหมาะสมในการนำมาส่งเสริมให้มีความสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ต่อไป

4.2 ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและทำการศึกษาในจังหวัดชัยนาทเท่านั้น ซึ่งผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงยังกลุ่มประชากรรวมของประเทศได้ จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกระบบบริการของการเข้าถึงยาต้านไวรัส ตลอดจนขนาดของพื้นที่การศึกษาเพิ่มขึ้นด้วย

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง*. พ.ศ. 2547. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: การศาสนา.
- _____. (2550). รายงานผลการดำเนินงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2550). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดชัยนาท: ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.*
- _____. (2552). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดชัยนาท. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.*
- เกื้อกูล ถนอมกิจ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*, 5(3), 27-39.
- จันทน์ จันทระทำจัน. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ชัชวาล ศิรินิรันดร์ และสุภารัตน์ กาญจนะวนิชย์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสสูตรยาประสิทธิภาพสูงต่อการกดปริมาณไวรัสในโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารควบคุมโรค*, 31(2), 193 - 203.
- ชีวันนที เลิศพิริยสุวัฒน์มัย สัตยชัย ชาสมบัติ และพีระมน นิงสานนท์. (2549). การประมาณการค่าใช้จ่ายชุดบริการยาต้านรีโทรไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549-2553. *วารสารโรคเอดส์*, 19(1), 35-47.
- เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ. (2550). *แนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรพื้นฐาน. วันที่ค้นข้อมูล 30 มิถุนายน 2550, เข้าถึงได้จาก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/loiinfect/resis/ance.html>.*
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์กับควมมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- ทิพวรรณ วานิชสันต์. (2545). *ทักษะและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในโครงการใช้ยาต้านไวรัส กรณีศึกษาโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปี 2545*. งานนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธีรณัฐ เพ็ชรทอง. (2547). *ความรู้ทางอายุรศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2548). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษดี ศรีคำ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). *เอดส์ การรักษา ยาและวัคซีน*. กรุงเทพฯ: ที.ซี.เอเชีย.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผน และการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการรักษาที่ ศูนย์โรคเขต 10 เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัชา มรรคอันตโชติ. (2540). *การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน*. มปท.: สภา.
- มยุรี บุญทัด. (2547). *ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรางคณา มั่นสกุล. (2546). *ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาสูตรผสมของ navirapine, stavudine และ lamivudine ในเม็ดเดียวกัน (GPO vir) ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี*. *วารสารเวชการ*, 47(1), 29 - 36.

- วราภา หุยนันท์. (2542). การรับรู้ความไม่สุขสบายทางกาย การสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันทนา มณีศรีวงษ์กุล. (2547). แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา. ใน ศันสนีย์ สมิตะเกสริน และภัทระ แสนไชยสุริยา (บรรณาธิการ), แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- วาทินี คัชมาตย์. (2540). อาการทุกข์ทรมานและภาวะพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีดามา. (2545). แนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV พ.ศ. 2546. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ, 9(5), 15-19.
- วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล, สุจิตรา พุทธวงษ์ และอัจฉรา เชาวะวณิช. (2544). *The 8-years Clinical Experiences on Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients at Bamrasnaradura Hospital*. วันที่ค้นข้อมูล 13 พฤศจิกายน 2551, เข้าถึงได้จาก http://www.kmddc.go.th/Library/research/research_s54.pdf
- ศุทธิณี ต้นพงศ์เจริญ. (2546). การให้ความรู้โดยเภสัชกร ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเภสัชกรรมคลินิก, คณะเภสัชกรรม, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสและความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร ตุลาทอง. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมนึก สังฆานุกาฬ. (2549). การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. ใน การอบรม “การพัฒนาระบบบริการพยาบาลดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS” วันที่ 2-4 พฤษภาคม 2549 ณ ห้องประชุม ชั้น 12 โรงพยาบาลราชวิถี (หน้า 168 - 191). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). การกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ. วันที่ค้นข้อมูล 1 มิถุนายน 2550, เข้าถึงได้จาก http://www.aids-thai.org/sathana_0501316.html
- สิริ เชี่ยวชาญวิทย์. (2540). *Color atlas of HIV infection*. ม.ป.ท.: พีซี ฟอเรนส์ บั๊คสเซนเตอร์.
- สุดจิตร แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้. *วารสารโรคเอดส์*, 18(1), 42 - 52.
- สุรกี ปิ่นอำพล. (2548). ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลศรีประจันต์ปี 2547. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*, 20(2), 1 - 13.
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์. (2540). *เอดส์ในสูติกรรมและการวางแผนครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ข้างฟ้า.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานัด และประณีต ส่งวัฒนา. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 19(1), 48 - 62.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abel, E., & Painter, L. (2003). Factors that influence adherence to HIV medication: Perceptions of Women and Health Care Providers. *Journal of The Association of Nurses In AIDS Care*, 14(4), 61 - 69.
- Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., & Tratta, M. (2001). Self - reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(5), 445 - 449.

- Bangsberg, D. R., Perry, S., Charlebois, E. D., Clark, R. a., Roberston, M., & Zolopa, A. R. (2003). Non - adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15, 1181 - 1182.
- Bastardo, Y. M., & Kimberlin, CL. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care*, 12(5), 673-684.
- Burgos, A., Carr, A., Samaras, K., Burton, S., Law, M., Freund, J., & Chisholm, DJ. (1998). A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidemia, and insulin resistance in Patients receiving HIV protease inhibitors. *AIDS*, 18(2), 51-58.
- Carpenter, E. J., Lin, S., & Capone, DG. (2000). Bacterial activity in south pole snow. *Applied And Environmental Microbiology*, 66(10), 4514-4517.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124 - 133.
- Chesney, M. A. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 30(12), 171-176.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300 - 314.
- Corless, I. B., Nicholas. P. K., Davis, S., Dolan, S. A., & McGibbon, C. A. (2005). Symptom status, medication adherence, and quality of life in HIV disease. *Journal Hospice & Palliative Nursing*, 7(3), 129-138.
- Cryatal, S., Fleishman, J. A., Hays, R. D., Shapiro, M. F., & Bozzette, S. A. (2000). Physical and role functioning among persons with HIV: Results from a nationally representative survey. *Medical Care*, 38(12), 1210 - 1223.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The PRO - SELF Program a self – care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminarsin Oncology Nursing*, 16(4), 300 - 316.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the function status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 465-470.

- Fantoni, M., Ricci, F., & Del Borgo, C. (1997). Multicentre study on the prevalence of symptoms And symptomatic treatment in HIV infection. *Journal Palliative Care*, 13, 9-13.
- Gifford, A. L., & Sengupta, S. (1999). Self – management health education for chronic HIV infection. *AIDS Care*, 11(4), 115- 130.
- Gifford, A. L., Bormann, J. E., Shivly, M. J., Wright, B. c., Richman, D. D., & Samuel, A. B. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 23, 386-395.
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R., Miller, L. G., Beck, K., & Ickovics, J. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 812 - 813
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V., & Gonzalez-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Holzemer, W.L., Corless, I. B., Nokes, K. M., Turner, J. G., Brown, M. A., Powell-Cope, G. M., Inouye, J., Henry, S. B., Nicholas, P. K., & Portillo, C. J. (1999). Predictors of self – reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 13(3), 185 - 195.
- Holzemer, W. L., Henry, S. B., Reilly, C. A., & Portillo, C. J. (1995). Problems of persons with HIV/AIDS Hospitalized for pneumocystis carinii pneumonia. *Journal of the Association of Nurses In AIDS Care*, 6, 23-30.
- Holzemer, W. L., Hudson, A., Kirksey, K. M., Hamilton, M. J., & Bakken, S. (2001). The revised sign and symptom check List for HIV (SSC – HIV rev). *Journal of The Association of Nurses In AIDS Care*, 12(5), 60 - 70.
- House, J. (1981). *Work, Stress and Social Support*. MA: Addison - Wesley.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. C. Syme (Eds.). *Social Support and Health*, (pp. 83-105). Florida: Academic Press.
- Hsiung, P., Tsai, Y., Liang, C., & Shih, C. (2000). Factors in psychiatric Distress of patients with AIDS Formosan. *Journal of Medicine*, 4, 9-13.

- Hugen, P. W. H., Langebeek, N., Burger, D. M., Zomer, B., Leusen, R. V. (2002). Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 324 - 334.
- Joan, S. T., Maria, O., Burnam, M. A., Cathy, D. S., Fuan-Yue, K., & Allen, L. G. (2004). Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV – positive adults. with substance used and mental health problems. *Health Psychology*, 23(4), 363 - 370.
- Kleeberger, C. A., Phair, J. P., & Strathdee, S. A. (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV - antiretroviral therapy in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26, 82 - 96.
- Leventhal, H., Dielenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Maneesriwongul, W. L., Tulathong, S., Fennie, K., & Williams, A. B. (2006) Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(11), 119 - 122.
- Mathews, W. C., McCutchan, J. A., Asch, S., Turner, B. J. Gifford, A. L., & Kuromiya, K. (2000). National estimates of HIV - related symptom prevalence from the HIV cost and services utilization study. *Medical Care*, 38(7), 750 - 762.
- Melbourne, K. M., Geletko, S. M., Brown, S. L., Willey-Lessne, C., Chaes, S., & Fesher, A. (1999). Medication adherence in patients with HIV infection: a comparison of two measurement methods. *AIDS*, 9(5), 329-338.
- Miller, L., Huffman, H. B., & Weidmer, B. A. (1999). *Provider's estimates of adherence overestimate report from medication event monitoring system (MEMS) for patient on protease inhibitor (PIs)*. Program Abstr 6th Conf Retrovir oppor Infect 1999 Chic Ill. Abstract retrieved August 23, 2007, from <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102188716.html>.

- Morris, L. S., & Schulz, R. M. (1992). Patient Compliance and overview. *Clinical Pharmacy Therapeutic*, 17(5), 283-295.
- Murri, R., ammassari, A., & Gallicano, K. (2000). Patient-reported non-adherence to HAART Is related to protease inhibitor levels. *AIDS, J Acquir Immune Defic Syndr*, 24, 123-128.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, EN., Neidig, JL., & Smith, SR. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21 - 30.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Data Analysis & Statistic for Nursing Resrarch*. New York: Appleton & Lange.
- Reynolds, HR., Testa, MA., Marc, LG., Chesney, MA., Neidig, JL., & Smith, SR. (2002). Factors influencing medication adherence beliefs and self - efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: A multicenter, crosssectional study. *AIDS and Behavior*, 8(2), 141 - 150.
- Schaefer, C., Coyne, K. S., & Lazarus, R. S. (1981). The health Related Function of Social Support. *Journal of Behavior*, 4, 381 - 406.
- Shah, MS. (2003). Use of complementary and alternative medicine by HIV/AIDS patient. *Journal Health Sciences*. Retrieved August 5, 2008, From <http://www.snhs.georgetown.Edu/gujhs/Shah.htm>.
- Spire, B., Duran, S., Sourille, M., Leport, C., Raffi, F., & Moatti, J. P. (2002). Adgerence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV – infected patients; From a predictive to a dyanemic approach. *Social Science & Medicine*, 5, 1481 - 1496.
- Spirig, R., Moody, K., Battegay, M., & Geest, S. D. (2005). Sympton Management in HIV/AIDS Advancing the Conceptualization. *Advances in Nursing Science*, 4, 333 – 344.
- Steven, A., Safren, SA., Otto, MW., Worth, JL., Salomon, E., & Johnson, W. (2001). Tow Strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and Medication monitor. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1151-1162.
- Stone, V. E., Hogan, JW., & Schuman, P. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self - reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimen: Survey of woman in her study. *AIDS. Journal of Aquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(2), 124 - 131.

- Vincke, J., & Bolton, R. (2002). Therapy asherence and highly active antiretroviral Therapy comparison of three sources of information. *AIDS Patient Care STDs*, 16, 489-495.
- 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.
- William, A. B. (1997). Adherence compliance and heart. *AIDS Care*, 9, 51-54.
- Wilson, T. E., Barron, Y., & Cohen, M. (2002). Adherence to antiretroviral therapy and its Association with sexual behavior in a national sample of women with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases*, 34, 529-534.
- Young, J., De Geest, S., Spirig, R., Flepp, M., Rickenbach, M., Furrer, H., Bernasconi, E., Hirschel, B., Telenti, A., Vernazza, P., Battegay, M., & Bucher, H. C. (2004). Stable partnership and progression to AIDS or death in HIV infection patients receiving highly active antiretroviral therapy Swiss HIV cohort study. *British Medical Journal*, 15, 30 - 37.
- Yun- Fang T., Ping- Chuan H., & Holzemer, W. L. (2002). Symptom management in Taiwanese Patients with HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(4), 301-308.
- Zornilla, C. D., Santiago, L. E., Accvedo, M., Martinez, J., Estronza, G., Rivera, E., & Gilerio, C. (2004). Improved adherence to HAART among a cohort of non-pregnant women and its associated factors. In *The 15th International AIDS Conference Bangkok*. Puerto Rico: UPR School of Medicine.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ | รองศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นายแพทย์นฤพนธ์ วุฒิเดชกำจร | แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลชัยนาท
จังหวัดชัยนาท |
| 3. คุณนันทา ดีศิษฐ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลชัยนาท
จังหวัดชัยนาท |
| 4. คุณจันทนี เต๋ไพลสิทธิ์พงษ์ | พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน)ชำนาญการ
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 5. คุณมยุรี บุญทัด | พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการ
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชัยนาท จังหวัดชัยนาท |



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการรับประทานยาต้านไวรัส

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT OUTCOME, SOCIAL SUPPORT, AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG PERSONS LIVING WITH HIV/AIDS

2. ชื่อนิติ (นาย,นาง,นางสาว): นางสาวพิมพ์ใจ ทวีศักดิ์

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

☒ ภาคปกติ☐ ภาคพิเศษ

รหัสประจำตัว 48910264

คณะ/วิทยาลัย พยาบาลศาสตร์

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(X) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง:.....29.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2550

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(ผศ.ดร.สมณวิทย์ จิรติกร)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและประกันคุณภาพ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย (Patient Information)

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ
การสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เรียนผู้ป่วยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง
ประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาต้านไวรัส ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึง
เหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาที่เหมาะสม ค่าและดีที่สุด แต่ต้อง
อาศัยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งความสม่ำเสมอนี้
นับว่ามีความสำคัญมาก แต่ในการรับประทานยาต้านไวรัสแทบทุกตัวจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์มีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น อาการเหล่านี้มีผลต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งทางด้าน
ร่างกายและทางด้านจิตใจส่งผลให้เกิดการทนต่ออาการที่เกิดในระหว่างการรับประทาน
ไวรัสไม่ไหวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจหยุดยาต้านไวรัส หรือมีการปรับยาเอง เพื่อหลีกเลี่ยงอาการ
ต่าง ๆ นั้น จากปัญหานี้กลวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทาน
ไวรัสอย่างสม่ำเสมอคือ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ถึงการมีประสิทธิภาพการมีอาการ
มีการจัดการกับอาการต่างให้บรรเทาลง หรือหมดไปได้ ตลอดจนการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการ
สนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ต้านไวรัส

ในการวิจัยครั้งนี้ จะศึกษาถึงประสิทธิภาพในการมีอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์
ในการจัดการกับอาการที่เกิดในระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสของท่าน ศึกษาการสนับสนุน
ทางสังคมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของท่าน และศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ
ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมและ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับกรรับรู้ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบใดถูก คำตอบใดผิด และไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านและการรักษาของท่านซึ่งจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20-25 นาที การเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านจะดำเนินการเพียงครั้งเดียวเท่านั้น การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากแพทย์ หรือพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

ผลการศึกษาครั้งนี้ จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่เปิดเผยสู่สาธารณชน ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวพิมพ์ใจ ทวีพัคตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท โทร 085- 2825526 ซึ่งยินดีให้คำตอบกับท่านทุกเมื่อ

ขอบพระคุณในความร่วมมือท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวพิมพ์ใจ ทวีพัคตร์

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ผลลัพธ์การ
จัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมงานวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่บิดเบือน ชอ่นเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ การสนับสนุนทางสังคม และ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ระดับภูมิคุ้มกันก่อนการได้รับยา และระดับภูมิคุ้มกันที่ตรวจครั้งล่าสุด นำหนักตัวหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในระหว่างที่ได้รับทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วยอาการทั้งหมด 11 อาการ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ ใช้ประเมินวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการในระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- ด้านที่1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จำนวน
- ด้านที่2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบกับพฤติกรรม
- ด้านที่3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร
- ด้านที่4. การสนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของ

ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. สถานภาพ (1) โสด (2) สมรส (3) หม้าย
(4) หย่า (5) แยก
4. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้รับการศึกษา (2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษาตอนต้น (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย
(5) ปวช (6) ปวส (7) อนุปริญญา
(8) ปริญญาตรี (9) อื่น ๆ.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ.....บาท
7. เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสครั้งแรกเมื่อ
8. เคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส () เคย (ระบุสูตร)..... () ไม่เคย
9. จำนวนเม็ดยาด้านไวรัสที่รับประทาน.....เม็ด/วัน
10. ใช้อื่น ๆ หรือด้วยหรือไม่.....ระบุชื่อยาที่ใช้.....
11. ระดับ CD4 ก่อนรับยา.....ระดับ CD4 ครั้งล่าสุด.....
(ระบุเวลา...../...../.....)
12. น้ำหนักตัวก่อนได้รับยาต้านไวรัส.....กก. น้ำหนักตัวปัจจุบัน.....กก.
13. การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา.....

แบบสัมภาษณ์ ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย O รอบตัวเลขให้ตรงกับกรับรู้หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด

แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ขอให้ท่านตอบตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดโดยตัวเลือกต่างๆ มีความหมายดังนี้

1. ประสิทธิภาพการมีอาการ เป็นการประเมินการรับรู้อาการต่าง ๆ ที่เกิดกับตัวท่านในระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ถามครอบคลุม การรับรู้ความถี่และความรุนแรงของอาการ โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

1.1 การรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการ

- 5 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุดมากกว่า 6 ครั้ง/เดือน
- 4 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน
- 3 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน
- 2 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน
- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

- 5 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความรุนแรงมาก
- 3 หมายถึง มีความรุนแรงปาน
- 2 หมายถึง มีความรุนแรงเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ไม่มีความรุนแรง

2. การจัดการอาการ เป็นการประเมินว่าในแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ท่านมีวิธีจัดการกับอาการนั้นอย่างไรและใช้วิธีนั้นบ่อยมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

- 3 หมายถึง ใช้เป็นประจำ
- 2 หมายถึง ใช้เป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ใช้

3. ผลลัพธ์การจัดการอาการ เป็นการประเมินผลที่เกิดกับตัวท่านหลังใช้วิธีการต่าง ๆ จัดการกับอาการที่เกิดกับตัวท่าน โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

- 3 หมายถึง ดีขึ้น
- 2 หมายถึง คงเดิม
- 1 หมายถึง แย่ลง

**อาการผอมแถมตอบใช้ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้ผู้ตอบคำถามตอบเกี่ยวผลกระทบของอาการผอมแถมตอบและ วิธีการแก้ไขและผลลัพธ์ต่ออาการผอม แถมตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ

การรับรู้อาการผื่นคันตามร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐	ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม	
1. ประสบการณ์การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิดอาการผื่นคันตามร่างกาย	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน		
	1.2 ความรุนแรงของอาการผื่นคันตามร่างกาย	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด		
2. การจัดการอาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษาอาการผื่นคันตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา(ยารับประทาน, ยาใช้ภายนอก หรือฉีดยา)	
	2.2 ใช้วิธีซื้อยามารักษาอาการผื่นคันเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา(ยารับประทาน, ยาใช้ภายนอก หรือฉีดยา)	
	2.3 ใช้สมุนไพรในการรักษาอาการผื่นคัน	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่นรับประทาน,นวด ประคบ ทา)	
	2.4 เมื่อมีอาการผื่นคันท่านจะใช้วิธีหยุดยาด้านไวรรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ		
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย	

การรับรู้การผื่นคันตามร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐	ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม	
	2.6 เมื่อเกิดอาการผื่นคัน ท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการผื่นคันคืออะไร และหลีกเลี่ยงอย่างไร	
	2.7 ใช้วิธีพักผ่อนเมื่อมีอาการผื่นคัน	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ		
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการผื่นคัน	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลานานในการทำแต่ละครั้ง	
	2.9 เมื่อมีอาการผื่นคัน ท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ		
	2.10 เมื่อมีอาการผื่นคัน ท่านใช้วิธีการปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)	
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ วิธีการ	
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด	
4. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการผื่นคันของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น		

การรับรู้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
		มี	ไม่มี
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการคลื่นไส้ อาเจียน	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ใช้วิธีชื่อยาการรักษา อาการคลื่นไส้ อาเจียนเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไร เช่น รับประทาน, นวด, ประคบ , ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนท่านใช้วิธีหยุดยา ต้านไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย

การรับรู้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
		มี	ไม่มี
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	2.6 เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านใช้วิธี หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนคืออะไร และหลีกเลี่ยงอย่างไร
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่นๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้การขาดตามปลายมือปลายเท้าใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐	ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม	
1. ประสบการณ์ การมีอาการ ปลายมือ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการขาดตามปลายมือ ปลายเท้า	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน		
	1.2 ความรุนแรงของ อาการขาดตามปลายมือ ปลายเท้า	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด		
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการขาดตามปลายมือ ปลายเท้าตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)	
	2.2 ใช้วิธีฉีดยารักษา อาการขาดตามปลายมือ ปลายเท้าเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)	
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการขาดตามปลาย มือปลายเท้า	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ , ทา)	
	2.4 เมื่อมีอาการขาดตาม ปลายมือปลายเท้าท่านใช้ วิธีหยุดยาด้านไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ		
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย	
	2.6 เมื่อมีอาการขาดตาม	1 ไม่ใช่	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	

การรับรู้การขาดตามปลายมือปลายเท้าใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	ปลายมือปลายเท้าท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	คืออะไรและหลีกเลี่ยงอย่างไร
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อเกิดอาการขาดตามปลายมือปลายเท้า	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการขาดตามปลายมือปลายเท้า	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการขาดตามปลายมือปลายเท้าท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการขาดตามปลายมือปลายเท้าท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุดและเหตุผลที่คิดว่าการจัดการนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการขาดตามปลายมือปลายเท้าของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้อาการท้องเสียใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการท้องเสีย	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการท้องเสีย	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการท้องเสียตามแพทย์ สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ใช้วิธีซื้อยามารักษา อาการท้องเสียเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการท้องเสีย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไร เช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการท้องเสีย ท่านใช้วิธีหยุดยาด้าน ไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย
	2.6 เมื่อมีอาการท้องเสีย ท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ คืออะไรและหลีกเลี่ยง อย่างไร

การรับรู้อาการท้องเสียใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการท้องเสีย	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการท้องเสีย	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการท้องเสีย ท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการท้องเสีย ท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือนุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการท้องเสียของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้การปวดท้อง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
		มี ☐	ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการปวดท้อง	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการปวดท้อง	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการปวดท้องตามแพทย์ สั่ง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนิยามา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ใช้วิธีซื้อยามารักษา อาการปวดท้องเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนิยามา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการปวดท้อง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการปวดท้อง ท่านใช้วิธีหยุดยาด้าน ไวรัส	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย
	2.6 เมื่อมีอาการปวดท้อง ท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ คืออะไรและหลีกเลี่ยง อย่างไร

การรับรู้การปวดท้องใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
มี ☐ ไม่มี ☐			
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการปวดท้อง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการปวดท้อง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการปวดท้อง ท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการปวดท้อง ท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการอาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ใช้วิธีชื้อยามารักษา อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการอ่อนเพลีย ไม่ มีแรง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงท่านใช้วิธีหยุดยา ด้านไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย

การรับรู้อาการอ่อนเพลีย 'ไม่มีแรง' ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	2.6 เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการคืออะไรและหลีกเลี่ยงอย่างไร
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)
	2.11 วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้การเวียนศีรษะใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี ☐ ไม่มี ☐			
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการเวียนศีรษะ	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการเวียนศีรษะ	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการอาการ	2.1 ใช้วิธีใช้รักษา อาการเวียนศีรษะตาม แพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ซื้อมารักษาอาการ เวียนศีรษะเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการเวียนศีรษะ	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการเวียน ศีรษะท่านใช้วิธีหยุดยา ต้านไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีออกกำลังกาย
	2.6 เมื่อมีอาการเวียน ศีรษะท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ คืออะไรและหลีกเลี่ยง อย่างไร

การรับรู้อาการเวียนศีรษะใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
		มี	ไม่มี
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	อาการ		
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการเวียนศีรษะท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการเวียนศีรษะท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการเวียนศีรษะของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้อาการนอนไม่หลับใน 1 เดือนที่ผ่านมา				มี	☐	ไม่มี	☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม				
1. ประสบการณ์การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิดอาการนอนไม่หลับ	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5-6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน					
	1.2 ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด					
2. การจัดการอาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษาอาการนอนไม่หลับตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)				
	2.2 ซื้อมารักษาอาการนอนไม่หลับเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน, ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)				
	2.3 ใช้สมุนไพรในการรักษาอาการนอนไม่หลับ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)				
	2.4 เมื่อมีอาการนอนไม่หลับท่านใช้วิธีหยุดยาค้านไวรัส	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ					
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย				
	2.6 เมื่อมีอาการนอนไม่หลับท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการคืออะไรและหลีกเลี่ยงอย่างไร				

การรับรู้การนอนไม่หลับใน 1 เดือนที่ผ่านมา				มี	☐	ไม่มี	☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม				
	อาการ						
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ					
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง				
	2.9 เมื่อมีอาการนอนไม่หลับท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ					
	2.10 เมื่อมีอาการนอนไม่หลับท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)				
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ				
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด				
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการนอนไม่หลับของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น					

การรับรู้อาการวิตกกังวล/กลัว ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			
		มี	ไม่มี
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการวิตกกังวล/กลัว	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5- 6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการวิตกกังวล/กลัว	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการวิตกกังวล/กลัวตาม แพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ซื้อมารักษาอาการ วิตกกังวล/กลัวเอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการ วิตกกังวล/กลัว	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน , นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการวิตก กังวล/กลัวท่านใช้วิธีหยุด ยาด้านไวร้ด	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออก กำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย
	2.6 เมื่อมีอาการวิตก กังวล/กลัวท่านใช้วิธี หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำ	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ คืออะไรและหลีกเลี่ยง อย่างไร

การรับรู้อาการวิตกกังวล/กลัว ใน 1 เดือนที่ผ่านมา				มี	☐	ไม่มี	☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม				
	ให้เกิดอาการ						
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการวิตกกังวล/กลัว	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ					
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการวิตกกังวล/กลัว	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง				
	2.9 เมื่อมีอาการวิตกกังวล/กลัวท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ					
	2.10 เมื่อมีอาการวิตกกังวล/กลัวท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ)				
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ				
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด				
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการวิตกกังวล/กลัวของท่านเป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น					

การรับรู้การปวดศีรษะ/มีไข้ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
1. ประสบการณ์ การมีอาการ	1.1 ความถี่ของการเกิด อาการปวดศีรษะ/มีไข้	1 ไม่มีอาการ 2 มีอาการเกิดขึ้นน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน 3 มีอาการเกิดขึ้นปานกลาง 3-4 ครั้ง/เดือน 4 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก 5- 6 ครั้ง/เดือน 5 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยมาก ที่สุด มากกว่า 6 ครั้ง/เดือน	
	1.2 ความรุนแรงของ อาการปวดศีรษะ/มีไข้	1 ไม่มีความรุนแรง 2 มีความรุนแรงเล็กน้อย 3 มีความรุนแรงปานกลาง 4 มีความรุนแรงมาก 5 มีความรุนแรงมากที่สุด	
2. การจัดการ อาการ	2.1 ใช้วิธีใช้ยารักษา อาการปวดศีรษะ/มีไข้ ตามแพทย์สั่ง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.2 ซื้อยามารักษาอาการ ปวดศีรษะ/มีไข้เอง	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุนชนิดยา (ยารับประทาน , ยาทาภายนอก หรือฉีดยา)
	2.3 ใช้สมุนไพรในการ รักษาอาการปวดศีรษะ/มี ไข้	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุชื่อ (ใช้อย่างไรเช่น รับประทาน, นวด, ประคบ, ทา)
	2.4 เมื่อมีอาการปวด ศีรษะ/มีไข้ท่านใช้วิธีหยุด ยาด้านไวรัส	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.5 ใช้วิธีออกกำลังกาย	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการออกกำลังกาย
	2.6 เมื่อมีอาการปวด ศีรษะ/มีไข้ท่านใช้วิธี หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้	1 ไม่ใช่ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ คืออะไรและหลีกเลี่ยง อย่างไร

การรับรู้การปวดศีรษะ/มีไข้ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี ☐ ไม่มี ☐
หัวข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น	อธิบายเพิ่มเติม
	ให้เกิดอาการ		
	2.7 ใช้วิธีการพักผ่อนเมื่อมีอาการปวดศีรษะ/มีไข้	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.8 ใช้วิธีทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบเมื่อมีอาการปวดศีรษะ/มีไข้	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ทำสมาธิอย่างไร ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้ง
	2.9 เมื่อมีอาการปวดศีรษะ/มีไข้ท่านใช้วิธีปล่อยให้อาการหายไปเอง	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	
	2.10 เมื่อมีอาการปวดศีรษะ/เป็นไข้ท่านใช้วิธีปรึกษาผู้อื่น	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุ ปรึกษาใครบ้าง (เช่น แพทย์, พยาบาล หรือนุคคลอื่นๆ)
	2.11 ใช้วิธีการอื่น ๆ ระบุ.....	1 ไม่ใช้ 2 ใช้เป็นบางครั้ง 3 ใช้เป็นประจำ	ระบุวิธีการ
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุด ระบุ.....			ระบุวิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุดและเหตุผลที่คิดว่าการจัดการด้วยวิธีนี้ดีที่สุด
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดศีรษะ/มีไข้ของท่าน เป็นอย่างไรบ้าง		1 แย่ลง 2 คงเดิม 3 ดีขึ้น	

การรับรู้อาการผอมแถมตอบ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา			มี	☐	ไม่มี	☐
หัวข้อ	คำถาม	อธิบายเพิ่มเติม				
1. ประสิทธิภาพการมีอาหาร	1.1 อาการผอม/แถมตอบมีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร					
2. การจัดการอาการ	2.1 ท่านมีวิธีการแก้ไขอาการผอม/แถมตอบอย่างไรบ้าง					
3. วิธีการจัดการอาการที่ดีที่สุดระบุ.....						
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการเป็นอย่างไรบ้าง						

อาการอื่น ๆ

.....

.....

การจัดการ

.....

.....

ผลลัพธ์การจัดการ

.....

.....

อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 3 อาการแรกคือ

1..... 2..... 3.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงโดยประเมินว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาได้สม่ำเสมอเพียงใด การประเมินเป็นลักษณะเส้นตรงมีคะแนน 100 คะแนนเต็ม โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จุดเริ่มของเส้นด้านซ้ายสุด) ซึ่งมีความสม่ำเสมอน้อยที่สุด จนถึง 100 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) ซึ่งมีความสม่ำเสมอมากที่สุด ไม่เคยขาดเลยแม้แต่เม็ดเดียว

ตัวอย่างในการตอบคำถาม

ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรับประทานยาได้สม่ำเสมอเพียงใด

0

X

100

ไม่สม่ำเสมอเลยสม่ำเสมอมากที่สุด(ไม่เคยขาดเลยแม้แต่เม็ดเดียว)

คำอธิบาย หมายถึง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอประมาณ 90 คะแนน

ให้ขีดเครื่องหมาย X บนเส้นตรงข้างล่างนี้

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาได้สม่ำเสมอเพียงใด

0

100

ไม่สม่ำเสมอเลยสม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยขาดเลยแม้แต่เม็ดเดียว)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ท่านได้รับ
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละ
ตัวเลือกมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง กับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ตัวอย่างการตอบคำถาม

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีคุณค่า	✓				

คำอธิบาย หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าชีวิตท่านมีคุณค่า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	1. การสนับสนุนทางสังคม					
1.	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของท่านมีคุณค่า					
2.	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในครอบครัว					
3.	ท่านรู้สึกน้อยใจที่คู่สมรสพยายามหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดท่าน					
3.	ญาติพี่น้องบางคนไม่ต้องการให้ท่านร่วมวงอาหาร ค่ำน้ำ หรือร่วมกิจกรรมด้วย					
5.	ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย					
6.	ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง					
7.	ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต					
8.	ญาติพี่น้องของท่านให้กำลังใจให้ท่านเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้มีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป					
9.	เพื่อน/เพื่อนบ้านที่เคยคบกับท่านไม่มาหาท่านอีกเลยเมื่อรู้ว่าท่านติดเชื้อโรคเอดส์					
10.	แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ท่านมีความมั่นใจในการรักษา					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11.	แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหลักเลียงที่จะเข้า ใกล้หรือแตะต้องตัวท่าน					
12.	แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทำให้ท่านมีกำลังใจ ที่จะรับประทานยาต้านไวรัส เอดส์ต่อไป					
13.	ญาติพี่น้อง/เพื่อนที่คอยดูแล คอยให้กำลังใจ เมื่อท่านไม่สบาย จากอาการข้างเคียงของยาต้าน ไวรัสเอดส์					
14.	เมื่อท่านท้อแท้ ญาติพี่น้อง/ เพื่อนที่คอยดูแลจะกระตุ้น พูดให้กำลังใจให้ท่าน รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ต่อไป					
15.	ญาติพี่น้อง/เพื่อนฝูงที่คอยดูแล ไม่เข้าใจท่านหาว่าแกล้งหรือ เรียกร้องความสนใจ เมื่อท่านมี อาการไม่สบายหลังกินยาต้าน ไวรัสเอดส์					
13.	2. การสนับสนุนทางสังคมด้าน การประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรม					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนที่คอยดูแล เตือนให้ท่านรับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์อย่างเคร่งครัดและ ต่อเนื่อง					
2.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนที่คอยดูแลจะ คอยเตือนให้ท่านพักผ่อนให้ เพียงพอ					
2.	ญาติพี่น้อง/เพื่อนที่คอยดูแลจะ คอยเตือนไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์					
4.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนที่คอยดูแลจะ คอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ ตามนัด เพื่อรับยาต้านไวรัสเอดส์ ต่ออย่างสม่ำเสมอ					
5.	ญาติพี่น้อง/เพื่อนที่คอยดูแลพูด ชมท่าน เมื่อท่านรับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์ตรงตามเวลา					
4.	เมื่อท่านจะไปทำงานหรือไปธุระ นอกบ้าน มีคนเตือนให้ท่านเอา ยาต้านไวรัสเอดส์ไปรับประทาน ด้วย					
7.	ทุกครั้งที่ท่านไปพบแพทย์ แพทย์จะเตือนให้ท่านมารับยา ต้านไวรัสเอดส์ตามนัดและ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างสม่ำเสมอ					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8.	แพทย์/พยาบาลกล่าวชมท่านเมื่อ ท่านมารับยาต้านไวรัสเอดส์ตาม นัดและท่านรับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ					
9.	มีแพทย์/พยาบาลเตือนให้ท่าน รับประทานยาสม่ำเสมอและมา ตรวจตาม แพทย์นัด					
10.	กลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเตือนท่าน ในเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อให้มี สุขภาพที่แข็งแรง					
3. การสนับสนุนทางสังคมด้าน ข้อมูลข่าวสาร	1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนจากแพทย์ และพยาบาล					
	2. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ ยาต้านไวรัสเอดส์จากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ข่าวใน วิทยุ/ โทรทัศน์					
	3. ก่อนเริ่มรับประทานไวรัสเอดส์ ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และข้อเสีย ของยาแต่ละสูตรจาก แพทย์ผู้รักษาและพยาบาล					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4.	ก่อนการรักษาท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเพียงพอ					
5.	ก่อนการรักษาท่านได้รับแจ้งว่าต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ					
5.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแพทย์และพยาบาลจนเข้าใจอย่างละเอียด					
7.	ท่านได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์และพยาบาล ถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับประทาน					
4.	ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีหรือก่อนกำหนด					
5.	ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีบรรเทาอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์จากพยาบาล					
10.	ท่านสามารถโทรศัพท์ไปปรึกษาหน่วยงานของสถานพยาบาล/ศูนย์ฮอตไลน์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้นกับท่านได้					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11.	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับผลเสีย ที่เกิดจากการรับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ					
	4. การสนับสนุนทางสังคมด้าน วัสดุสิ่งของ					
1.	ท่านสามารถยืมเงิน จากญาติ หรือเพื่อนบ้านได้					
2.	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ การช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่าน เสมอ					
2.	ท่านได้รับความช่วยเหลือจาก องค์กรภาคเอกชนที่ทำงานด้าน เอดส์					
4.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนคอยดูแลท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อท่านมีอาการ อ่อนเพลียหรือไม่สบาย					
5.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนคอยดูแล เอาใจ ใส่ ในทุกข์สุขของท่าน					
6.	ญาติพี่น้อง/ เพื่อนที่คอยดูแลช่วย จัดยาไว้ตามมียา หรือนำยามา ให้ท่านรับประทานเพื่อให้ท่าน หยุดรับประทานได้สะดวก					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7.	ญาติพี่น้อง/เพื่อนที่คอยดูแลหา วิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้ท่านไม่ลืม รับประทานยา เช่น จัดวางยาไว้ที่ โต๊ะอาหาร หลังดื่มน้ำ ตั้ง นาฬิกาปลุกเตือนท่านตามเวลา ยา					
8.	ท่านสามารถลา/หยุดงาน เพื่อไป พบแพทย์ตามนัด ได้					
9.	ท่านสามารถเดินทางไปพบ แพทย์เพื่อตรวจรักษาได้สะดวก					
10.	ท่านมีญาติพี่น้อง/เพื่อนพาท่าน ไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ รักษาตามนัด					
11.	ท่านไม่สามารถรับยาต้านไวรัส เอดส์อย่างต่อเนื่องได้เพราะมี ปัญหาด้านการเงิน					
12.	ท่านมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง					

ภาคผนวก ง
ข้อมูลผลการวิจัยเพิ่มเติม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (n = 126)

การเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการเจ็บป่วย	75	59.5
มีการเจ็บป่วย	51	40.5
ไข้หวัด	39	76.5
วัณโรค	4	7.8
หิซรอยด์	1	1.9
ปวดกระดูก	7	13.7

คำถามปลายเปิดการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีอะไรบ้างและคิดว่มาจากสาเหตุอะไรจึงทำให้มีการเจ็บป่วยนั้น พบว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือการเป็นไข้หวัด สาเหตุเนื่องมาจาก

1. การที่ร่างกายมีภูมิต้านทานน้อย จากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย
 ดังข้อความสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง เป็นหญิงอายุ 54 ปี
 “เราเป็นโรคนี้ร่างกายก็อ่อนแอ ต้องยอมรับว่าจะป่วยบ่อยกว่าคนอื่น ๆ เค้า ป่่าเป็นบ่อย
 ปวดหัวตัวร้อน ไม่ค่อยแข็งแรง อายุก็มาก”
2. เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย
 อาการปวดศีรษะ มีไข้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอาการเปลี่ยนแปลงจากหนาวเป็นฤดูร้อน
 ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี
 “อากาศบ้านเรานั้นกำลังเปลี่ยนหนาว ๆ ร้อน ๆ ทำให้ป่วยบ่อย ตัวร้อน มีไข้ ยิ่งเป็นอย่าง
 เราร่างกายอ่อนแอ นิดหน่อยก็เป็นแล้ว”

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการและการจัดการอาการ
ประสิทธิภาพการมีอาการ

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของจำนวนอาการที่เกิดขึ้น (n = 126)

อาการที่เกิดขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการเกิดขึ้น1 อาการ	11	8.7
ปวดท้อง	3	27.3
เวียนศีรษะ	3	27.3
ผื่นคันตามร่างกาย	1	9.1
ท้องเสีย	1	9.1
คลื่นไส้อาเจียน	1	9.1
ชาตามปลายมือปลายเท้า	1	9.1
ปวดศีรษะ/ มีไข้	1	9.1
มีอาการเกิดขึ้น 2 อาการขึ้นไป	115	91.3
อาการปวดศีรษะ/ มีไข้เกิดร่วมกับอาการชาๆ	65	56.5
อาการปวดศีรษะ/ มีไข้เกิดร่วมกับอาการอ่อนเพลีย	63	54.8
อาการปวดศีรษะ/ มีไข้ร่วมกับอาการผื่นคัน	61	53
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการชา	54	47
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการอ่อนเพลีย	53	46.1
อาการปวดศีรษะ/ มีไข้เกิดร่วมกับอาการท้องเสีย	47	41
อาการชาๆ เกิดร่วมกับอาการท้องเสีย	41	35.7
อาการปวดศีรษะ/ มีไข้เกิดร่วมกับอาการปวดท้อง	40	34.8
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการปวดท้อง และ อาการท้องเสีย	39	34
เกิดร่วมกับอาการอ่อนเพลีย		
อาการชาๆ เกิดร่วมกับอาการปวดท้อง และ อาการอาการ	37	32.2
อ่อนเพลียเกิดร่วมกับอาการเวียนศีรษะ		
อาการคันเกิดร่วมกับอาการท้องเสีย และ อาการปวดท้อง เกิด	36	31.3
ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และ อาการปวดศีรษะ/ มีไข้เกิด		
ร่วมกับอาการเวียนศีรษะ		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

อาการที่เกิดขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
อาการชาๆ เกิดร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	35	30.4
อาการท้องเสียเกิดร่วมกับอาการปวดท้อง	33	28.7
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการเวียนศีรษะ และ อาการ อ่อนเพลียเกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล	32	27.8
อาการชาๆ เกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล	31	27
อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และ อาการ ปวดศีรษะ/มีไข้เกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล	30	26.1
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการ อาการชาๆเกิดร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน และ อาการชาๆ เกิดร่วมกับอาการนอนไม่หลับ และ อาการอ่อนเพลียเกิด ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	29	25.2
อาการปวดศีรษะ/มีไข้เกิดร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน	28	24.3
อาการปวดศีรษะ/มีไข้เกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล	27	23.5
อาการผื่นคันเกิดร่วมกับอาการนอนไม่หลับ และ อาการ ท้องเสียเกิดร่วมกับอาการเวียนศีรษะ	25	21.7
อาการคลื่นไส้เกิดร่วมกับอาการท้องเสีย และ อาการ ผื่นคันเกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล	24	20.9
อาการนอนไม่หลับเกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล และอาการ นอนไม่หลับเกิดร่วมกับอาการท้องเสีย	23	20
อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดร่วมกับอาการเวียนศีรษะและ อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	21	18.3
อาการปวดท้องเกิดร่วมกับอาการเวียนศีรษะ อาการเวียนศีรษะเกิดร่วมกับอาการนอนไม่หลับและ อาการเวียนศีรษะเกิดร่วมกับอาการวิตกกังวล		

อาการผอมแถมตอบ

จากคำถามปลายเปิด พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการผอมแถมตอบ จำนวน 7 ราย ซึ่งอันเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความวิตกกังวลกับอาการผอมแถมตอบพอสมควร และมีผลต่อการดำเนินชีวิต คือ มีผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรอบข้างสงสัยว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการนี้ไม่ทราบวิธีในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผอม แถมตอบ ดังคำให้สัมภาษณ์ ของผู้ป่วยหญิงอายุ 44 ปี “ตอนนี้เริ่มมีอาการ ผอมลง แถมตอบ สะ โภกฟองไปข้างหนึ่ง อายเค้านะหมอ แต่ไม่รู้ว่าย่างไรถึงจะหาย หยุดกินยาจะดีขึ้นไหมละหมอ” และ “พี่ก็ไม่รู้ว่าต้องทำไงถึงแถมจะหายตอบ ก็พยายามกินจะได้มีแถม ตอนนี้ไม่อยากออกจากบ้านไปไหน ไม่อยากเจอใคร กลัวเค้าถาม”

การจัดการอาการ

ข้อคำถามปลายเปิด วิธีการใดที่เลือกใช้มากที่สุดและเพราะอะไรจึงเลือกใช้วิธีการนี้ โดยส่วนใหญ่เลือกการพักผ่อนและการรับประทานตามแพทย์สั่ง ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย เพศชาย อายุ 37 ปี “เป็นโรคนี้ ผมรู้ว่าร่างกายเราอ่อนแอ จะไปทำอะไรเองโดยไม่ปรึกษาหมอก็คงไม่ดีหรอก มีอะไรก็ไปหาหมอ กินยาที่หมอให้ดีที่สุด”

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 62 ปี “เวลาเป็นอะไรลูกก็พาไปหาหมอเลย ดูแลดีทั้งหมอนั่งทั้งพยาบาล ยาก็กินดี กินยาอื่นไม่ดีหรือต้องกินยาหมอ ที่โรงพยาบาลดีที่สุด”

“อีกอย่างนะหมอนะ ถ้าเราเริ่มปวดหัว เริ่มเหนื่อยต้องรีบ กินยาแล้วนอนเลย ถ้าไม่งั้นมันจะเป็นมาก เราใช้พักผ่อนให้มาก ๆ ดี”

ผู้ป่วยชาย อายุ 45 ปี “ง่ายที่สุดเลยคือการพักผ่อนนะ เวลาเวียนหัวขึ้นมาอนก่อนเลย กินยาแล้วก็นอน บางทีเพลีย ๆ นอนก็หายไม่ต้องกินยาหรอก”

ผู้ป่วยหญิง อายุ 27 ปี “เราก็ดูแลตัวเองก่อน ยังไม่ต้องไปหาหมอเลยก็ได้ นอนพักไปก่อน หรือบางทีถ้าทำงานอยู่ก็หยุดพัก”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการใช้วิธีการจัดการหลายๆวิธีการ โดยให้เหตุผลว่าการใช้วิธีการจัดการแรกไม่ได้ผลจึงต้องมีการจัดการวิธีการอื่นเข้าร่วมด้วยและวิธีการแรกที่ใช้ให้ผลลัพธ์การจัดการอาการที่ช้า หากใช้หลาย ๆ วิธีการร่วมกันจะได้ผลเร็วกว่า ดังคำให้สัมภาษณ์

ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 57 ปี “เวลาที่มีปวญนอกจากกินยาแล้วก็ต้องนอนพักผ่อนด้วยนะจะได้หายเร็ว ๆ ไม่งั้นก็ไม่หายหรอก” และ “เวลาที่มีผื่นคันนะปาก็ทายาที่หมอเค้าให้มา แล้วเราก็ต้องดูแลตัวเองด้วยนะ ไม่ให้มีผื่นมีอะไรมาเกา เลี่ยงได้ก็เลี่ยงไปปล่อยให้ลูกหลานเค้าเก็บกวาด ผื่นมากก็คันตัวหายใจไม่ออก”

ผู้ป่วยเพศ ชาย อายุ 45 ปี “กินยาอย่างเดียวไม่ได้หรอก ต้องออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงด้วย พักผ่อนด้วย ช่วย ๆ กันพอเราแข็งแรงก็ไม่ป่วยไม่มีอาการอะไร”
คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการอื่นที่ใช้ในการจัดการอาการ จำแนกได้ดังนี้

1. ปรึกษานักคิดในครอบครัว
2. ปรึกษาเพื่อน หรือผู้ที่มีประสบการณ์การมีอาการนั้นๆมาก่อน
3. ปรึกษาผู้มีความรู้เกี่ยวกับอาการนั้น ๆ เช่น แพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลพี่เลี้ยงที่ดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ดังเช่น คำสัมภาษณ์

ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี “เวลาป่วย ที่ไม่มากก็ปรึกษาแฟนนี่แหละว่าจะทำไงดี ไปหาหมอ หรือว่าซื้อยามากินเอง แต่ส่วนใหญ่จะไปหาหมอ ถ้ามียาอยู่ที่บ้าน แฟนก็จะหาให้กิน เป็นเหมือนกันเราก็เลยเข้าใจกันดูแลกัน”

ผู้ป่วย ชาย อายุ 48 ปี “ผมก็ถามเพื่อนในกลุ่มเครือข่ายของผมนี่แหละ ใครเคยเป็นอย่างนี้บ้าง เป็นแล้วทำไง ยา หรือหมอที่ไหนดี ก็ว่ากันไป ถ้าไม่รู้กันจริง ๆ ก็ตามหมอเล็กว่าต้องทำไง”

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี อาชีพ ค้าขาย

“ชาวบ้านข้างเคียงเค้าก็รู้ว่าผมเป็นเอดส์ เค้าก็ไม่รังเกียจยังมาซื้อโรติของผมอยู่ ขายดีจนตอนนี้ทำไม่ทัน ที่จริงแค่เค้ายอมมาซื้อบ้างไม่ต้องมาอุดหนุนมากผมก็ดีใจมากแล้วที่เค้าไม่รังเกียจ”

ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 36 ปี “พี่ได้เป็นวิทยากร ไปพูดเรื่องโรคเอดส์ การติดต่อตามโรงเรียน ตามชุมชนอื่น เค้าก็ไม่เคยแสดงว่ารังเกียจ อาจมีบางที่ดูกลัว ๆ เวลาเราเข้าไปใกล้ ก็เสียใจนะแต่เค้าก็พูดดีกับเรา”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 36 ปี “ครอบครัวสำคัญที่สุด เลยนะผมว่า ถ้าไม่ได้พวกเค้าผมก็ยังไม่อยากกินยา”

ผู้ป่วยเพศ หญิง อายุ 54 ปี อาชีพรับจ้าง “พวกหมอ ให้กำลังใจมากเลย คอยดูแลสารพัด บอกป้ากินยานะแล้วอาการจะดีขึ้น ให้ข้อมูลทุกอย่าง”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี “มีกลุ่มเครือข่ายทำให้เรารู้สึกว่า เราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว มีปัญหาอยู่คนเดียว เราช่วยกันเตือนนะ เกกนิยาหรือยัง โทรถามไถ่กัน เราก็มักกำลังใจ”

ส่วนที่ 4 การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

คำถามปลายเปิด ส่วนใหญ่แล้วทำไมถึงไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลาทุกวันและทราบหรือไม่ว่าการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ตรงตามเวลาทุกวันมีผลอย่างไรบ้าง
ทำให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยหญิง อายุ 44 ปี อาชีพ ค้าขาย

“ฉันก็มีบ่อนะที่ขายของอยู่ ๆ แล้วไม่ได้กินยา กะว่าอีกเดี๋ยวจะกินแล้วก็ลืมเลย บางทีเราก็กินงานจนลืม”

ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี กินยามา รวม 6 ปีแล้วนะหมอ ยอมรับว่าเมื่อที่จะกิน ก็มีบ้างที่หุดยนะ แต่ก็ยังกินอยู่นะไม่ได้หยุดไปเลย”

ผู้ป่วยชาย อายุ 39 ปี อาชีพรับจ้าง “ออกไปขายของตามตลาดนัด ไปแต่เช้า ไม่ค่อยอยากกินยาให้ใครเห็น พวกพ่อค้า แม่ค้าด้วยกัน ชอบมอง บางคนมองแล้วก็คุยกัน เราก็คิดไปว่าเค้าว่าเราเลยไม่อยากกิน”

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาจึงยังคงรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป

ดังคำให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยหญิง อายุ 48 ปี “อาการพวกผื่นคัน ก็มีนะ แต่ส่วนใหญ่มีไ้มากกว่า อาการพวกนี้ถึงมีมากยังงิ เราก็กินยาไม่ได้หรอกนะ หมอเค้านบอกไว้ว่าต้องกินยาให้ถูก ไม่งั้นมันจะคื้อยา”

ข้อคำถามปลายเปิด ทำอย่างไรจึงรับประทานยาได้ทุกวันและตรงตามเวลาอย่างนี้
จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์รับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลามาก่อนและแก้ปัญหาโดยการปรึกษาเพื่อนในกลุ่มผู้ติดเชื้อ การใช้เครื่องมือในการช่วยเตือน และการให้บุคคลช่วยเตือนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังคำให้สัมภาษณ์

ผู้ป่วย หญิง อายุ 45 ปี “ก็ใช้วิธีการป้องกันการลืม ตั้งเตือนในโทรศัพท์มือถือ ใจ 8 โมง เข้ากับ 2 หุ่ม ออกไปทำงานข้างนอกแบ่งยาใส่ตลับแบ่ง ไม่มีใครรู้ยาอะไร กินเจียบ ๆ คนเดียว”

ผู้ป่วยหญิง อายุ 27 ปี “ใช้ทั้งตั้งเตือนที่โทรศัพท์ แล้วก็ฟังวิทยุ ตอนเพลงชาติขึ้น กับเวลามีข่าวในพระราชสำนัก นี่แหละเวลากินยา”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี “อาศัย ให้ลูกเตือน พ่อกินยาหรือยัง พวกบ้าน (ภรรยา) ก็ช่วยเตือน 2 หุ่มาแล้วกินยารึยัง”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 48 ปี “ก็เพื่อนในกลุ่มเครือข่ายเรากันเองนี่แหละ ช่วยกันเตือน โทษากันกันยารี่ยัง”

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ในการจัดการอาการ โดยวิธีการหยุดยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาการ	วิธีการย่อยในการหยุดยา		
	ต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
ปวดศีรษะ/มีไข้ (n = 14)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	10	71.43
	เลื่อนมียา	3	21.43
	ปรับขนาดยาเอง	1	7.14
ผื่นคันตามร่างกาย (n = 17)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	9	52.94
	เลื่อนมียา	4	23.53
	ปรับขนาดยาเอง	4	23.53
อ่อนเพลียไม่มีแรง (n = 20)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	16	80.00
	ปรับขนาดยาเอง	4	20.00
ท้องเสีย (n = 13)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	13	100.00
เวียนศีรษะ (n = 14)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	8	57.14
	เลื่อนมียา	2	14.30
	ปรับขนาดยาเอง	4	28.57
คลื่นไส้ (n = 11)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	7	63.63
	เลื่อนมียา	2	18.18
	ปรับขนาดยาเอง	1	9.09
นอนไม่หลับ (n = 16)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	12	75.00
	ปรับขนาดยาเอง	4	25.00
วิตกกังวล/ กลัว (n = 13)	หยุดยาเป็นพัก ๆ	7	53.85
	เลื่อนมียา	6	46.15