

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

วรรณภา งอกอ่อน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

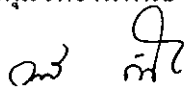
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

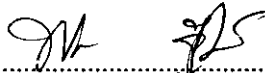
มิถุนายน 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ วรรณภา งอกอ่อน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

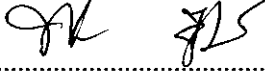
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

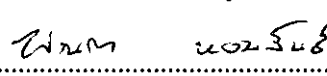
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

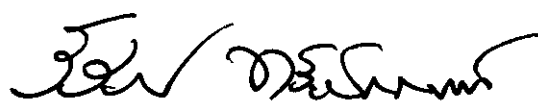
  
..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)  
วันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2556

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ ให้ความหวังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่คิดชื่อ เอชไอวี รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่โครงการ NAPHA คุณวิภาวดี ต่อวงษ์ คุณพัชรี คุณนิมิตร และผู้ร่วมงานของหน่วยงานศูนย์บริการสิทธิประโยชน์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาและการวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางละมุง และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธเนศ จัควัฒนกุล และคุณพรเพ็ญ เมธาจิตติพันธ์ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้คิดชื่อเอชไอวี ที่ได้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเอม คุณแม่สำอางค์ โชติกลาง ญาติพี่น้องของผู้วิจัยและคุณเสนาะ งอกอ่อน สามิของผู้วิจัย ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน กำลังใจ กำลังใจ รวมทั้งกำลังใจ รวมทั้งกำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแต่นุพการี บุรพจารย์ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตรงหน้าทุกวันนี้

วรรณภา งอกอ่อน

52920238: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ ยาต้านไวรัส/ ผู้สูงอายุ/  
โรคติดเชื้อเอชไอวี

วรรณภา งอกอ่อน: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี (THE EFFECT OF PROMOTING SELF  
CARE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR IN ELDERLY PATIENTS WITH HIV  
RECEIVING ANTIRETROVIRAL DRUGS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วาริ กังใจ,  
พย.ค., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. 121 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ  
ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส  
ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมว่า  
เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 44 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม  
เปรียบเทียบ กลุ่มละ 22 ราย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ  
ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยสร้าง  
ขึ้นตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการดูแล  
ตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส และแบบบันทึกการรับประทานยา  
ต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน ดำเนินการวิจัยกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านของ  
ผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส ที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .89 วิเคราะห์  
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมี  
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่าผู้สูงอายุที่  
ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่  
ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการนำ  
โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถาน  
พยาบาลต่าง ๆ ที่มีการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

52920238: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: PROMOTING SELF CARE PROGRAM/ SELF-CARE BEHAVIOR/  
ANTIRETROVIRAL DRUGS/ ELDERLY/ HIV

WANNAPA NGOK-ON: THE EFFECT OF PROMOTING SELF CARE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR IN ELDERLY PATIENTS WITH HIV RECEIVING ANTIRETROVIRAL DRUGS. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D. 121 P. 2013.

This is quasi-experimental research the pretest-posttest design with non-equivalent groups. This research aimed to study the effect of The Promoting Self Care Program (PSCP) on self-care behavior in elderly patients with HIV receiving antiretroviral drugs. Forty-four elderly with HIV receiving antiretroviral drugs were recruited from the out-patient department, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chon Buri province. They were selected using simple random sampling technique and were assigned into the experimental and comparative groups equally. The comparative group received routine care whereas the experimental group individually received the PSCP elaborated by the researcher based on Orem Self-care Deficit Theory together with The Manual of The Promoting Self Care Program for HIV elderly during receiving antiretroviral drugs, and The Antiretroviral Medication Record for HIV Elderly at home. The researcher conducted this study at the patient's home. Data were collected using The Self-care Behavior Promotion Scale for HIV elderly with its reliability of .89. Descriptive statistics and *t*-test were computed for data analysis.

The results revealed that the mean score of self-care behavior of the experimental group was significantly higher after receiving The Promoting Self Care Program ( $p < .05$ ) and also significantly higher than that of the comparative group ( $p < .05$ ).

The study indicated that this program is able to improve the self-care behavior among older adults with HIV. Therefore, nurses should apply this Promoting Self Care Program as a nursing guideline for providing good care for older adults with HIV so to promote their self-care behavior.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื่อเอชไอวีในผู้สูงอายุ.....	12
ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็ม.....	34
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ ติดเชื่อเอชไอวี.....	42
โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	55
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	57
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5 สรุปและอภิปรายผล.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	78
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	87
ภาคผนวก ค.....	99
ภาคผนวก ง.....	104
ภาคผนวก จ.....	106
ภาคผนวก ฉ.....	113
ภาคผนวก ช.....	119
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	121

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณ CD4+ T cell และ โรคแทรกซ้อน.....	17
2-2 การเริ่มใช้ยาต้านไวรัส โดยเลือกใช้ยา 1 ตัวใน Column A ร่วมกับ Column B.....	24
2-3 ข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการพิจารณาสำหรับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	26
4-1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	65
4-2 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ.....	68
4-3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ.....	70
4-4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ.....	71
4-5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	71
ภาคผนวก ข-1 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง.....	120



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
3-1 ขั้นตอนการทดลอง.....	62

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีอุบัติการณ์มากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์โลก จากรายงานของ UNAIDS/ WHO ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2008 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 2.7 ล้านคน และเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ประมาณ 2.0 ล้านคน (United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2009) ในปีเดียวกันนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ประมาณ 36,641 คน คิดเป็นร้อยละ 3.31 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ทั้งประเทศ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะในปี ค.ศ. 2008 ปีเดียว มีจำนวนถึง 2,002 คน คิดเป็นร้อยละ 5.46 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี (Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, 2008) สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ทั้งสิ้น 366,264 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 96,999 คน ในจำนวนนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์จำนวน 5,316 คน คิดเป็นร้อยละ 1.45 และในจำนวนนี้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำนวน 1,668 คน ในจังหวัดชลบุรีมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์จำนวน 6,390 คน (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี 2552 มีจำนวนประมาณ 3,145 คน เป็นผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60 เป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศชายจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 51.70 และผู้ป่วยสูงอายุหญิงจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 48.29 (ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2552)

จากอุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย และถือว่ามีสำคัญในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีในสังคมไทยยังไม่ได้ให้การยอมรับเท่าที่ควร ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างเหมาะสม เกิดความยากลำบากในการ

เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งส่วนใหญ่มีการแยกตัวออกจากสังคม (สุทธิดา ศศหลวงฝัน, 2546) ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากขาดผู้ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากภาวะการติดเชื้อเอชไอวีและความเสื่อมถอยจากความสูงวัย เกิดความวิตกกังวล สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ต้องการได้รับการบริการการรักษาพยาบาลด้วยความเสมอภาคในการเข้ารับบริการ การได้รับยาต้านไวรัส ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะการดูแลตนเอง การผ่อนคลาย ความเครียด ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม ด้วยการสนับสนุนและประคับประคองทางจิตใจ (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และวราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, 2550) ซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ หากไม่ได้รับการตอบสนองหรือดูแลอย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ในการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่ตนเองเป็นอยู่ โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากในปัจจุบันเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นเชื้อไวรัสที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงถือเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยสว่าง นันทจันทร์ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 132 ราย ผลการศึกษา พบว่าประชากรที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

จันทร์เพ็ญ เผือกไร่ (2550) ทำการศึกษาการ自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการแอนติรีโทรไวรัสของโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า การ自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสประกอบด้วย การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ความคาดหวังต่อยารักษาด้วยยาต้านไวรัส และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการ

รักษาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการรับประทานยาให้ตรงเวลา สังเกต ติดตาม ประเมินประสิทธิผลการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียง การรับประทานยาที่สะอาดมีประโยชน์ ของแสดงต่าง ๆ บริโภคน้ำดื่มมาก ๆ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยการรักษาเบื้องต้นก่อน เมื่ออาการ ไม่ดีขึ้นจึง ไปพบแพทย์ ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ โดยการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม โดยงดมีเพศสัมพันธ์หรือขณะมีเพศสัมพันธ์จะใช้ถุงยางอนามัย จากผลการศึกษาของ จันท์เพ็ญเฟือกไว้ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่าง นันทจันทร์ ที่จำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

จากเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ดังกล่าวข้างต้น บ่งชี้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญต่อการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่นั้นมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประคับประคองทางจิตใจที่ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และบุคคลที่สามารถให้การสนับสนุนประคับประคองผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ดีที่สุดคือ ผู้ดูแล โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเปิดเผยการเจ็บป่วยกับผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี จะส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น (สุทธิดา ยศหลวงฝัน, 2546) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ยังไม่มีการนำรูปแบบการพยาบาลใดมาใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปติดเชื้อเอชไอวี และอายุสูงสุดที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วง 50-59 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัสยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเท่าที่ควร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยนำผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียมมาประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ดูแลสามารถประเมินความต้องการ ความพร้อมในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่แท้จริง โดยทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา การเข้าร่วม โปรแกรมมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้มีการวางแผนไว้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนที่โรงพยาบาล โดยมีการจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีความผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสได้ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดจากการขาดแคลนน้อยลง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และส่งผลให้งบประมาณของประเทศที่นำมาใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอลดน้อยลงได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

## สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

#### เหตุผลสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ยังไม่กล้าเปิดเผยตัวต่อสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนที่เหมาะสม เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งส่วนใหญ่มีการแยกตัวออกจากสังคม (สุทธิดา ยศหลวงฝัน, 2546) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาและความต้องการด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและความเสื่อมถอยจากความสูงวัย เกิดความวิตกกังวล สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ต้องการได้รับการบริการการรักษาพยาบาลด้วยความเสมอภาค การได้รับยาต้านไวรัส ได้รับความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะการดูแลตนเอง การผ่อนคลายความเครียด และความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมด้วยการสนับสนุนและประทับประคองทางจิตใจ (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ, 2550) ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันที่สามารถลดอัตราการเกิดโรคเอดส์และอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาครบตามชนิด จำนวนและตรงตามเวลา ต้องมีการติดตามอาการและผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลจากอาการข้างเคียงของยา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของยาในการลดและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอชไอวี รวมถึงการคือยาต้านไวรัสของผู้ป่วย การรับประทานยาครบตามชนิด จำนวนและตรงตามเวลา จะมีผลต่อการลดปริมาณของเชื้อเอชไอวีในพลาสมาลงประมาณ 10 เท่า หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสภายใน 8 สัปดาห์ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนไม่พบระดับ HIV RNA ภายใน 4-6 เดือน (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) มีผลให้ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4+) ในร่างกายของผู้ป่วยเพิ่มปริมาณมากขึ้น ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การรับประทานยาครบตามชนิด จำนวนและตรงตามเวลา จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และความเสื่อมถอยจากความสูงวัย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นใน

ภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีจำแนกออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

2. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

3. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

ถ้าหากผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นอย่างครบถ้วนและเหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีดีขึ้น

นอกจากพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีแต่ละราย อาจมีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างสงบสุขอื่น ๆ จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีแต่ละราย เพื่อร่วมกันวางแผนให้ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีนั้น ได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมของโอเร็มนั้น ได้มีการเสนอวิธีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการอย่างมีแบบแผน เพื่อเพิ่มการรับรู้ พัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และความรู้เชิงวิชาการเรื่องการ

ดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
  2. การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
  3. การปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
  4. การติดตามประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
- การเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นทางการจำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มได้เน้นในเรื่องของการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ความต้องการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ในการประเมินความพร้อมและพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองที่ดีและเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเองและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสดีขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และหลังจากผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง



## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with non equivalent groups) เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 22 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2555 ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

## นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อเพิ่มการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) และความรู้เชิงวิชาการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 3) การปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 4) การติดตามประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นทางการ จำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กระบวนการที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ ความคิดและความรู้สึกในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างตั้งใจ ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็ม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพขณะรับประทานยาต้านไวรัส

## ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สว่าง นันทจันทร์ (2549)

**ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี

**ยาต้านไวรัส** หมายถึง ยาที่แพทย์สั่งการรักษาให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีรับประทาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งหรือชะลอวงกระบวนการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคหรือภูมิคุ้มกันต้านทานโรคของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ช่วยชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้การพยาบาล โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาเป็นรายบุคคล

**ผู้ดูแล** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้สูงอายุที่มีความไว้วางใจ ทำหน้าที่ในการดูแลและรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และความเสื่อมถอยจากความสูงวัย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม จากพยาธิสภาพของโรคและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีจึงมีความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี จำแนกออกเป็น 3 ด้าน (สว่าง นันทจันทร์, 2549) ดังนี้

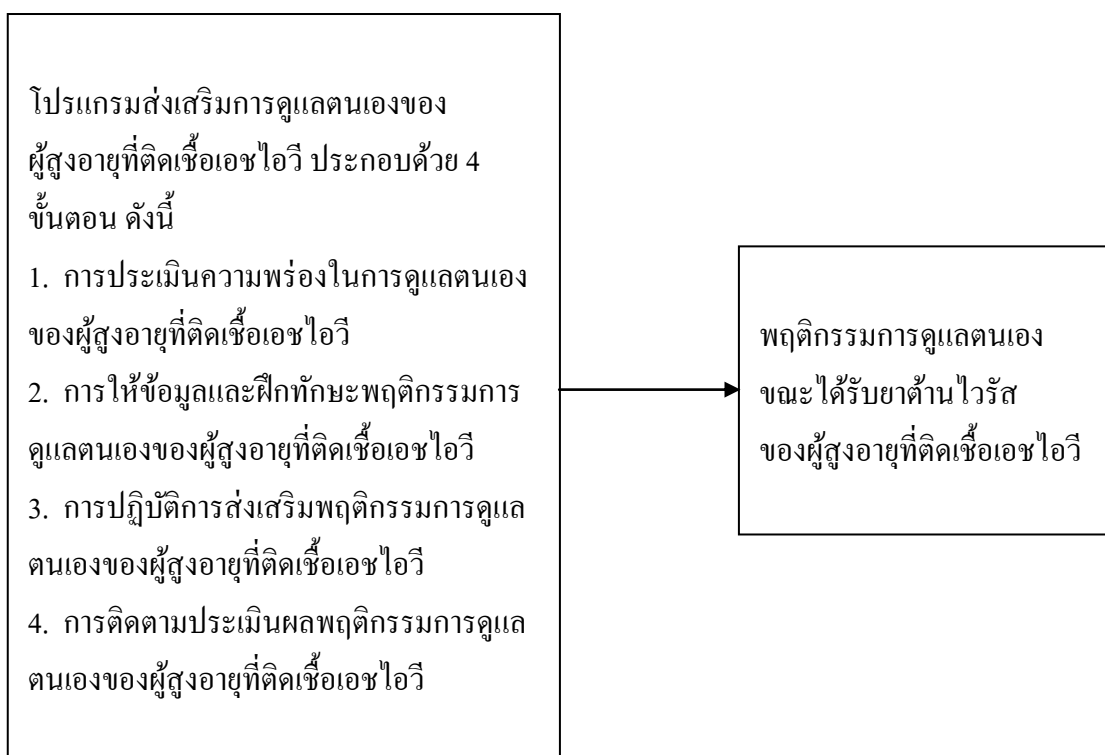
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

ถ้าหากผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นอย่างครบถ้วนและเหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการวิจัย โดยนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มได้เน้นในเรื่องของการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ปัญหาและความต้องการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี ส่งผลให้

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ความพร้อมนั้นได้รับการตอบสนองที่ดีและเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็มจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 3) การปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 4) การติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นขั้นตอน จำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น สรุปดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ได้รับยาด้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ  
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของได้รับยาด้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ

การติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพก่อนการติดเชื้อเอชไอวีที่ดี  
การดำเนินของโรคติดเชื้อเอชไอวีก็จะดีกว่าในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลไม่ดี ซึ่งผู้วิจัยได้  
ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ  
ดังนี้

#### ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่บุคคลได้รับเชื้อ Human Immunodeficiency Virus  
(HIV) เข้าไปในร่างกาย ซึ่งเชื้อเอชไอวีนี้ เป็นเชื้อ Retrovirus ชนิดหนึ่งในตระกูล Retroviridae ซึ่ง  
มีเอนไซม์ Reverse transcriptase (ภาณูพงษ์ ลาภณิขพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) ที่ทำหน้าที่  
ในการสร้าง DNA โดยใช้ RNA เป็นแม่พิมพ์ กลไกการเกิดพยาธิสภาพของร่างกายที่สำคัญเมื่อมี  
การติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ โดยเฉพาะ Helper T-lymphocyte  
ซึ่งมีโมเลกุลชนิด CD4+ อยู่บนผิวเซลล์เป็นเป้าหมายและจุดรับ (Receptor) ของเชื้อเอชไอวีที่จะเข้าสู่  
เซลล์แล้วมีการเพิ่มจำนวนไวรัสเข้าสู่เซลล์อื่นต่อไป จำนวนและการทำหน้าที่ของเซลล์ลดลง  
อย่างต่อเนื่อง จนก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกัน  
บกพร่องที่เกิดจากการติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) อย่างเรื้อรัง ซึ่งเป็นเชื้อไวรัส

ที่ทำให้ลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายมนุษย์ จึงก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ที่เดิมมีระดับภูมิคุ้มกันปกติ (Acquired Immunodeficiency) การลดลงของ CD4+ cell หรือ CD4+ T-lymphocytes หรือ CD4+ T cell นี้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections) และการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด

### อุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ

การติดเชื้อเอชไอวีนี้มีรายงานการพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 ในผู้ป่วยชายรักร่วมเพศที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis jirovecii* ซึ่งเดิมเรียกเชื่อนี้ว่า *Pneumocystis carinii* (ภานุพงษ์ ลาภนิชพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) การติดเชื้อชนิดนี้ถือได้ว่าเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หลังจากการพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกนี้แล้ว ได้มีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีมีหลายสาเหตุ ได้แก่ เกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสาเหตุนี้ถือได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีประมาณมากกว่าร้อยละ 88 เกิดจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน ประมาณร้อยละ 6 และเกิดจากการติดเชื้อทางกระแสเลือดจากแม่ไปสู่บุตรในครรภ์ ประมาณร้อยละ 5 ข้อมูลในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประมาณ 50,000 คน (ภานุพงษ์ ลาภนิชพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552)

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน และมีอุบัติการณ์ของการเพิ่มจำนวนมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์โลก จากรายงานของ UNAIDS/ WHO ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2008 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 2.7 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.0 ล้านคน (United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2009) ในปีเดียวกันนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 36,641 คน คิดเป็นร้อยละ 3.31 ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งประเทศ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะในปี ค.ศ. 2008 ปีเดียว มีจำนวนถึง 2,002 คน คิดเป็นร้อยละ 5.46 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในปีเดียวกัน (Department of Health and Human Service of Centers for Disease Control and Prevention, 2008) สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 366,264 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 96,999 คน ในจำนวนนี้ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 5,316 คน คิดเป็นร้อยละ 1.45 และในจำนวนนี้เสียชีวิตด้วยโรค

เอดส์จำนวน 1,668 คน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

### พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีเป็น Retrovirus ชนิดหนึ่งในตระกูล Retroviridae ซึ่งมีเอนไซม์ Reverse transcriptase ที่ทำหน้าที่ในการสร้าง DNA โดยใช้ RNA เป็นแม่พิมพ์ ซึ่งตรงข้ามกับสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ การติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นได้ทั้งในมนุษย์และลิงชิมแปนซี แต่จะก่อโรคได้เฉพาะในมนุษย์เท่านั้น (ภาณุพงษ์ ลาภพิชชุลผล และขงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) กลไกการเกิดพยาธิสภาพที่สำคัญเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ โดยเฉพาะ Helper T-lymphocyte ซึ่งมีโมเลกุลชนิด CD4+ อยู่บนผิวเซลล์เป็นเป้าหมายและจุดรับ (Receptor) ของเชื้อเอชไอวีที่จะเข้าสู่เซลล์และมีการเพิ่มจำนวนไวรัสเข้าสู่เซลล์อื่นต่อไป จำนวนและการทำหน้าที่ของเซลล์มีการลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency) ในผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันปกติ การลดลงของ CD4+ T cell หรือ CD4+T-lymphocytes หรือ CD4+ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections) และการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด เมื่อระดับ CD4+ T cell ลดลงมาก ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งโรคมะเร็งที่พบยากในคนปกติ เช่น ปอดอักเสบจาก P. Jirovecii โรคมะเร็ง Kaposi's Sarcoma ของหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดปฐมภูมิของสมอง นอกจากนั้น เชื้อเอชไอวียังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลือง ประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ทำให้เกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ จากการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง

เชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว โดยไวรัสตัวใหม่จะถูกสร้างขึ้น  $10^{10}$  ตัว/วัน (ภาณุพงษ์ ลาภพิชชุลผล และขงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) ลักษณะผันแปรทางพันธุกรรม เกิดจากการผ่าเหล่าของไวรัสในช่วงเวลาที่เพิ่มจำนวน ทำให้ผู้ติดเชื้อแต่ละรายมีเชื้อลักษณะต่าง ๆ อยู่ร่วมกัน (Quasi-species) และเมื่อเวลาผ่านไปจะยิ่งมีความหลากหลายมากขึ้น Phenotype ของเชื้อก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ ทำให้ความไวต่อยาต้านไวรัสเปลี่ยนแปลงไป หรือการเลือกเชื้อต้นแบบสำหรับการผลิตวัคซีนทำได้ยากมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ การติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นโรคที่กลไกของร่างกายมีการควบคุม กำจัดได้ยาก การติดต่อและการดำเนินของโรคอาจสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมอีกด้วย ดังนั้น การป้องกันและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือวัคซีนในปัจจุบันจึงยังมีข้อจำกัด

#### 1. ธรรมชาติของการดำเนินโรคและระยะของโรค (Natural History and Staging)

เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หากมิได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การติดเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินโรคต่อไปจนเป็นกลุ่มอาการโรคเอดส์เต็มขั้น การแบ่งระยะของโรคนี้เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์ด้านการรักษา (ภาณุพงษ์ ลาภพิชชุลผล และขงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) ดังนี้

##### 1.1 ระยะเฉียบพลันหรือการติดเชื้อปฐมภูมิ (Acute or Primary HIV Infection)

ระยะนี้นับตั้งแต่มีการติดเชื้อจนเริ่มสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ภายหลังสัมผัสเชื้อประมาณ 1-6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะพักตัวของโรค ผู้ป่วยส่วนมากยังไม่มีอาการใด ๆ ส่วนน้อยมีอาการของ Acute Retroviral Syndrome หรือ Seroconversion Illness ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ไข้ เจ็บคอ ต่อม น้ำเหลืองโต ผื่น ถ่ายเหลว อาจมีฝ้าในปากจากเชื้อรา มักมีอาการ 1-2 สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยจะหาย เป็นปกติ การตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในระยะที่มีอาการใหม่ ๆ นี้ ผลจะเป็นลบ และเปลี่ยน เป็นบวก 1-10 สัปดาห์หลังจากมีอาการ (ภาณุพงษ์ ลาภพิชชุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) ลักษณะทางคลินิกรวมทั้งการนับแยกเม็ดเลือดขาวคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการ Infections Monocleosis ซึ่งเกิดจากเชื้อ Epstein-Barr Virus การตรวจปริมาณไวรัสในพลาสมาจะลดลงมาอยู่ที่ระดับ ซึ่ง แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เรียกว่า Viral Set Point และระดับ Viral Set Point นี้จะคงอยู่หลายปี ซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีอาการ ระดับที่คงที่นี้เกิดจากความสมดุลของการทำลายไวรัสโดยระบบภูมิคุ้มกัน และการสร้างไวรัสขึ้นใหม่โดยเซลล์ที่มีการติดเชื้อ ส่วนระดับ Viral Set Point ที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ช่วยพยากรณ์โรคในระยะถัดไปได้ โดยผู้ที่มีระดับ Viral Set Point สูงจะเสี่ยง ต่อการเป็นโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับ Viral Set Point ต่ำ การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนนั้น ต้องอาศัยการตรวจ RNA ของเชื้อเอชไอวีในเลือดโดยวิธี Polymerase Chain Reaction หรือ p24 Antigen หรือติดตามตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี 2-3 เดือนหลังจากมีอาการ

1.2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) เป็นระยะตั้งแต่ตรวจพบ แอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยอาจยังไม่มีอาการใด ๆ ของการติดเชื้อเอชไอวี แต่หากผู้ป่วย เคยมีอาการของ Acute Retroviral Syndrome มาก่อน มักจะหายเป็นปกติ ปัจจุบันได้รวมระยะ ไม่มี อาการและกลุ่มอาการต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent Generalized Lymphadenopathy) ไว้ในระยะนี้ ผู้ป่วยอาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีขนาดประมาณ 0.5-1.5 เซนติเมตร (ภาณุพงษ์ ลาภพิชชุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) กดไม่เจ็บ และโตเป็นกลุ่มตั้งแต่ 2 บริเวณ ขึ้นไป โดยเฉพาะบริเวณข้างคอ เนื้อกระดูกไหปลาร้า รักแร้ ข้อศอก ไม่มีไข้หรืออาการทั่วไป อื่น ๆ พยาธิสภาพของต่อมน้ำเหลืองเป็น Reactive Hyperplasia เชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมี Active Viral Replication, Rapid Turnover Rate มีการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทำให้มี Rapid Turnover Rate ของเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะ CD4+ T cell ด้วยเช่นกัน หากร่างกายยังคง สร้าง CD4+ T cell ทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไปได้ทัน ร่างกายก็จะเข้าสู่ภาวะสมดุล ปริมาณไวรัส ในพลาสมาและปริมาณ CD4+ T cell จะค่อนข้างคงที่ โดยปริมาณ CD4+ T cell จะอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย มักไม่ต่ำกว่า 500 เซลล์/ ลบ.มม. แต่ปริมาณไวรัสในพลาสมาจะค่อนข้างต่ำ หาก ปริมาณรวมของเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มไม่เพียงพอที่จะทดแทนเซลล์ที่สูญเสียไป ปริมาณ CD4+ T cell จะลดต่ำลงอย่างช้า ๆ ราว 30 เซลล์/ ลบ.มม./ปี จนถึงระดับที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรค



ปริมาณไวรัสในพลาสมาจะกลับสูงขึ้น จากนั้นผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคต่อไป ถึงขั้นเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยในระยะไม่มีอาการนี้พบได้เป็นส่วนมากของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด โดยเฉพาะในระยะแรกของการระบาดในประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากในขณะนั้นยังไม่มีอาการของโรค จะมีการดำเนินของโรคเป็นเวลาหลายปี (โดยเฉลี่ย 3-5 ปี) จึงเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยในระยะนี้จึงมีโอกาสแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นได้เป็นเวลายาวนาน หากมีเพศสัมพันธ์หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกันหรือจากมารดาสู่บุตรในครรภ์

1.3 ระยะเริ่มมีอาการ (Symptomatic Infection) หรือระยะมีอาการขั้นต้น (Early Symptomatic HIV Infection) ระยะนี้ได้รวมกลุ่มอาการที่ไม่ได้จัดเป็นโรคเอดส์และกลุ่มอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (AIDS Related Complex) ไว้ด้วยกัน ผู้ติดเชื้อในระยะไม่มีอาการจะกลายเป็นระยะมีอาการขั้นต้นประมาณร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยทั้งหมดต่อปี (ภาณุพงษ์ ลาภณิซพุลผล และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) ผู้ป่วยในระยะนี้จะเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือน ได้แก่ ไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส โดยอาจเป็นเฉพาะเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือเป็นติดต่อกัน น้ำหนักตัวลดลงเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ต่อม่าน้ำเหลืองโต อูจจาระร่วง มีการติดเชื้อรา Candida ในช่องปากหรือช่องคลอด อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น งูสวัด วัณโรคปอด โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรือโรคแทรกซ้อนที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) ปริมาณ CD4+ T cell ในระยะนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 100-300 เซลล์/ ลบ.มม. และลดลงร่วมกับปริมาณไวรัสในพลาสมาที่สูงขึ้นตามลำดับ จนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการขั้นรุนแรงหรือโรคเอดส์ต่อไป ระยะนี้นานประมาณ 1-2 ปี

1.4 ระยะเข้าสู่โรคเอดส์ หรือระยะมีอาการขั้นรุนแรงหรือโรคเอดส์ระยะนี้ คือ โรคและกลุ่มอาการที่เป็นโรคเอดส์ทั้งหมดตามระบบจำแนกที่กำหนดโดยศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกาและรวมถึงผู้ป่วยที่มีปริมาณ CD4+ T cell ต่ำกว่า 200 เซลล์/ ลบ.มม. ด้วย ผู้ป่วยระยะนี้มีปริมาณ CD4+ T cell อยู่ในช่วง 50-200 เซลล์/ ลบ.มม. โรคและกลุ่มอาการที่เป็นโรคเอดส์ได้แก่ หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อ Candida หรือเชื้อ Cryptococcosis และวัณโรคทั้งในและนอกปอด

1.5 โรคเอดส์ระยะลุกลาม (Advanced HIV Infection) ผู้ป่วยระยะนี้มีปริมาณ CD4+ T cell ต่ำกว่า 50 เซลล์/ ลบ.มม. ผู้ป่วยที่มีปริมาณ CD4+ T cell ต่ำเช่นนี้ มีอัตราการรอดชีวิตต่ำค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะเวลาอยู่รอดประมาณ 12-18 เดือน (ภาณุพงษ์ ลาภณิซพุลผล และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) และสาเหตุของการเสียชีวิตมักสัมพันธ์กับโรคเอดส์โดยตรง ผู้ป่วยจะมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิดในเวลาหรืออวัยวะเดียวกัน ผู้ป่วยมักมีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง โลหิตจาง ภาวะสมดุลน้ำและเกลือแร่ผิดปกติและอวัยวะล้มเหลวในที่สุด ปริมาณ CD4+ T

cell และปริมาณไวรัสในพลาสมา (Plasma HIV RNA หรือ Viral Load) มีความสัมพันธ์กับระยะของโรค คือ ปริมาณ CD4+ T cell จะลดลงมากในระยะการติดเชื้อเฉียบพลัน หลังจากนั้น จะกลับขึ้นไปเกือบเท่าระดับปกติในระยะไม่มีอาการ แล้วจึงลดลงอย่างช้า ๆ อีกครั้งในเวลาหลายปี จนกระทั่งต่ำสุดหรือหมดไปในระยะโรคเอดส์ลุกลาม ส่วนปริมาณไวรัสในพลาสมาจะตรงข้ามกับปริมาณ CD4+ T cell โดยจะอยู่ในปริมาณสูง ในระยะติดเชื้อเฉียบพลัน และลดลงในระยะไม่มีอาการ จะขึ้นสูงอีกครั้งในระยะโรคลุกลามและสูงสุดในระยะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ตั้งแต่ระยะที่เริ่มมีอาการจนถึงระยะลุกลามจะมีอาการที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง หรือจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วย โดยโรคแทรกซ้อนเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับปริมาณของ CD4+ T cell โดยขณะที่ปริมาณ CD4+ T cell ยังคงสูง ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มภูมิไวเกิน (Autoimmunity) หรือโรคติดเชื้อที่มีศักยภาพ และเมื่อ CD4+ T cell ลดน้อยลง ผู้ป่วยจะเริ่มเกิดโรคติดเชื้อกลุ่มที่มีศักยภาพก่อโรคต่ำ (Low Virulence) ได้ง่าย ส่วนโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรกและระยะท้ายของโรค ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณ CD4+ T cell และโรคแทรกซ้อน

CD4+T cell (cell/ mm <sup>3</sup> )	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	โรคมะเร็งและโรคแทรกซ้อนอื่น
> 500	Acute retroviral syndrome Candidial vaginitis	Persistent generalized lymphadenopathy (PGL), Guillain-Barre syndrome, Myopathy, Aseptic meningitis
200-500	Pulmonary tuberculosis, Pneumococcal and other bacterial pneumonia, Herpes zoster, Oropharyngeal candidiasis, Cryptosporidiosis, self-limited, Kaposi's sarcoma, Oral hairy leukoplakia	Cervical and anal dysphasia, Cervical and anal cancer, B-cell lymphoma, Anemia, Mononeuronal multiplex, Idiopathic thrombocytopenic purpura, Hodgkin's lymphoma, Lymphocytic interstitial pneumonitis
< 200	Pneumocystis jirovecii pneumonia, Miliary/ extrapulmonary tuberculosis,	Wasting syndrome, Peripheral neuropathy HIV-associated dementia, Cardiomyopathy, Vacuolar myopathy, Non-Hodgkin's lymphoma,

## ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

CD4+T cell (cell/mm <sup>3</sup> )	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	โรคมะเร็งและโรคแทรกซ้อนอื่น
< 100	Progressive polyradiculopathy, Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML), Disseminated histoplasmosis and coccidioidomycosis	
< 50	Disseminated herpes simplex, Toxoplasmosis, Cryptococcosis and Penicilliosis marneffei, Chronic cryptosporidiosis, Microsporidiosis, Candidal esophagitis	Primary central nervous system lymphoma (PCNSL)
	Disseminated cytomegalovirus (CMV), Disseminated Mycobacterium avium complex	

ที่มา : ภาณุพงษ์ ลาภณิขพุลผล และยงค์ รุ่งเรือง (2552, หน้า 632)

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีปนเปื้อน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อทางเลือดจากแม่ไปสู่บุตรในครรภ์ อุบัติเหตุเข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน สำหรับโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ จำนวนเชื้อเอชไอวีในเลือด ผู้แพร่เชื้อมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร่วมด้วย และปริมาณของเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี โดยผู้ที่ได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีปนเปื้อนจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากถึงร้อยละ 95 บุตรในครรภ์ของมารดาที่ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 25 ส่วนผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อ 1 ใน 150 การถูกเข็มฉีดยาโดยอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงานนั้น มีโอกาสติดเชื้อ 1 ใน 300 โอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก คือ 1 ใน 10 ถึง 1 ใน 1,600 โอกาสที่ผู้หญิงจะติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ชายจากการร่วมเพศทางช่องคลอด คือ 1 ใน 200 ถึง 1 ใน 2,000 โอกาสที่ผู้ชายจะติดเชื้อเอชไอวีจากผู้หญิงจากการร่วมเพศทางช่องคลอด คือ 1 ใน 100 ถึง 1 ใน 3,000 (ภาณุพงษ์ ลาภณิขพุลผล และ

ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552)

### การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ทำได้โดยการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี การตรวจเบื้องต้นอาศัยวิธี Enzyme Immunoassay หรือ EIA ที่มีความไวมากกว่าร้อยละ 99.5 (ภาณุพงษ์ ลาภณิขพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) และสามารถตรวจหาได้ทั้งแอนติบอดีโดยวิธี EIA ได้ แต่แพทย์จำเป็นต้องมีการตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot ร่วมด้วย ปัจจุบันมีวิธีการตรวจเบื้องต้นอีกวิธีหนึ่งซึ่งทราบผลได้เร็ว และเป็นการตรวจเลือดจากปลายนิ้วมือของผู้ตรวจ คือ วิธี Oraquick ซึ่งสามารถใช้ตรวจตัวอย่างที่เป็นของเหลวจากช่องปากได้ด้วย เมื่อตรวจพบการติดเชื้อ HIV-1 ด้วยวิธี Oraquick แพทย์จำเป็นต้องมีการตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot ร่วมด้วย

บุคคลที่ควรได้รับการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ผู้ชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ที่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ผู้หญิงขายบริการทางเพศ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือกับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีเชื้อราในช่องปาก ต่อม้ำเหลืองโตทั้งร่างกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ผู้ที่มีอาการแสดงของ Acute Retroviral Syndrome หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำทางเพศ ผู้ที่ได้รับของมีคมจากผู้ป่วยตำหรือบาด และผู้ที่สมัครใจขอตรวจ

ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3 เดือนก่อนการตรวจ ควรได้รับการตรวจซ้ำอีก 6, 12 และ 24 สัปดาห์ (ภาณุพงษ์ ลาภณิขพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2552) เพราะแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี อาจยังไม่ปรากฏภายใน 3 เดือนแรกหลังได้รับเชื้อ แพทย์ไม่ควรวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจหา HIV-RNA ในพลาสมาเพียงวิธีเดียวผู้ป่วยที่ตรวจพบ HIV-RNA ในพลาสมาควรได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี EIA เสมอ

### ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อผู้สูงอายุมีการติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะได้รับผลกระทบทั้งจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง และผลกระทบที่เกิดจากการตีตราทางสังคม ที่มีการรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นโรคน่ารังเกียจ และผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวียังจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบทางจิตสังคมตามมา ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี (สว่าง นันทจันทร์, 2549) ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วมีผลให้ภาวะสุขภาพเกิดการขาดความสมดุล จากการที่ระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ในร่างกายถูกทำลายตลอดเวลา บางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย ทั้ง ๆ ที่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย สำหรับผู้ที่มีอาการนั้นจะมีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย (ดังตารางที่ 2-1) ผู้สูงอายุโรคเอดส์เต็มขั้นจะมี

ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เกิดการเจ็บป่วย การดำเนินของการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระยะต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตามมา การดำเนินของโรคมะเร็งหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังได้รับเชื้อเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ระยะโรคเอดส์เต็มขั้น ผู้สูงอายุจะมีน้ำหนักลดลง มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีการติดเชื้อได้ง่าย (สว่าง นันทจันทร์, 2549) อาจมีการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ มีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอด เช่น วัณโรคปอด หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในปอด ซึ่งเป็นสาเหตุของปอดอักเสบได้ ผู้สูงอายุอาจมีอาการซีดอ่อนเพลีย เนื่องจากเม็ดเลือดแดงลดลง และจำนวนเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดลดลงร่วมด้วย

2. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและเป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความสิ้นหวัง ผู้สูงอายุเมื่อทราบผลการตรวจเชื้อจะมีปัญหาด้านจิตประสาท คือ มีอาการตกใจและตกตะลึง หวาดกลัว ซึมเศร้า เสียใจ สับสน มีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกสิ้นหวังและหมดหนทาง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิดในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา รู้สึกโกรธผู้ที่นำเชื้อเอชไอวีมาติดตน รู้สึกไม่แน่นอนต่อการมีชีวิตอยู่ต่อไปในอนาคต ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยของแพทย์ มีการแยกตัวออกจากสังคม อาจมีอาการทางจิตประสาท มีสภาพความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ หลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (สว่าง นันทจันทร์, 2549) กลุ่มคลัง แต่บางรายอาจปฏิเสธหลีกเลี่ยงหนีจากความเป็นจริง โดยจะแสดงออกในลักษณะของความพอใจที่ตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้น การติดเชื้อเอชไอวียังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพราะสังคมมีการรับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ มักได้รับการปฏิเสธทางสังคม เนื่องจากทัศนคติไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการที่สื่อเสนอภาพออกมาสู่สายตาประชาชนว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นภัยที่น่ากลัว ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว ไม่กล้าที่จะพูดคุย ไม่กล้าสัมผัส ไม่กล้ารับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เกิดการรังเกียจและไม่ยอมรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความมีศักดิ์ศรีของตนเองลดน้อยลง นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกอ่อนแอ รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถึงแม้มียาที่รักษาการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากความรุนแรงของโรค มีความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัว ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ เกิดการเก็บกด ซึมเศร้า มีความพรัองในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้โรคเอดส์เกิดการกำเริบคุกคามผู้สูงอายุมากขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ต้องตก

งาน เสียรายได้ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาทในครอบครัวขาดความมั่นคงในชีวิต บางรายอาจถูกมองว่าเป็นตราบาปของสังคม ไม่ได้รับการยอมรับ จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องถดถอย และแยกตัวจากสังคมในที่สุด

3. ผลกระทบต่อครอบครัว การติดเชื้อเอชไอวีกับโรคอื่น ๆ มีความแตกต่างกัน การที่ผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีนั้น บางรายไม่กล้าบอกญาติ กลัวลูกหลาน ญาติพี่น้องไม่ยอมรับ รู้สึกอับอายเพื่อนบ้านหรือสังคม การที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเปิดเผยให้ครอบครัวได้รับทราบการเจ็บป่วยของตนเองนั้น จะต้องมีความรู้สึกไว้วางใจเป็นอย่างมาก จะต้องรู้สึกว่าครอบครัวเป็นที่พึ่งพาได้ ไม่ซ้ำเติม ครอบครัวและญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการยากมากที่จะทำให้ครอบครัวมีการยอมรับได้ว่าเป็นครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเกิดจากการที่สังคมตราบาปผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นบุคคลน่ารังเกียจ ส่งผลให้การเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องมิมลทิน การปฏิบัติตัวของครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ส่วนใหญ่มาจากสื่อโฆษณาที่กล่าวถึงโรคเอดส์นั้น นำเสนอทางลบ ในลักษณะที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (สว่าง นันทจันทร์, 2549) เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีต้องเสียชีวิต การติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม หรือการใช้สารเสพติด สื่อที่ออกมาทางลบเหล่านี้มีผลต่อครอบครัวและคนใกล้ชิดในการยอมรับการเป็นครอบครัวของผู้ติดเชื้อ เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำร่วมกัน ผู้สูงอายุบางคนจึงไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของตนเองกับครอบครัว กลัวถูกรังเกียจ ไม่ยอมรับจนกว่าจะปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจน หรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถปกปิดได้ต่อไปเท่านั้นจึงเปิดเผย จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่อาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในเวลาที่รวดเร็ว ปัญหาสำคัญของครอบครัว อีกประการหนึ่งคือ ครอบครัวประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้ และขาดความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง ทำให้สมาชิกในครอบครัวประสบปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล การเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธภาพของครอบครัวเสียไป สมาชิกรรยาอาจแสดงความรังเกียจ ไม่ไว้วางใจ และแยกทางกันไปได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย นอกจากจะขาดรายได้แล้ว จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น ภรรยาอาจต้องเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามี มีภาระรับผิดชอบเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียในลักษณะของโรค (Burden of Disease) ของโรคเอดส์ในประชากรที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost : YLL) ในปี พ.ศ. 2542 เพียงปีเดียว คนไทยเสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 398,875 คน เป็นชาย 234,167 คน

หญิง 164,708 คน คิดเป็นจำนวนปีที่ต้องสูญเสียไป เพราะการตายก่อนวัยอันควร เพศชายเท่ากับ 7,739,248 ปี และเพศหญิง 4,779,225 ปี และเป็นการสูญเสียจากโรคเอดส์เพียงโรคเดียวถึง 1,788,737 ปี หรือร้อยละ 23 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิง (สว่าง นันทจันทร์, 2549) ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจของประเทศ และขัดขวางการพัฒนาประเทศชาติอย่างมากมาย ประสิทธิภาพของการผลิตลดลง รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล จัดหาเวชภัณฑ์และยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การจัดสรรงบประมาณในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้กระจายไปสู่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งการศึกษาวิจัย การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การค้นคว้าทดลองหาวิธีที่จะรักษาโรคนี้ หรือผลิตวัคซีนมาป้องกันโรคให้ได้ ยังมีปัญหาโรคเอดส์ที่ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของประเทศไทย ซึ่งเคยทำรายได้ให้กับประเทศอย่างมาก เนื่องจากนักท่องเที่ยวกลัวการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเผยแพร่ชื่อเสียงของประเทศไทยก็ลดน้อยลง นอกจากนี้การพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศก็มีอุปสรรคมากขึ้น การลงทุนจากต่างประเทศก็ลดน้อยลง การส่งสินค้าออกไปขายต่างประเทศก็จะถูกรังเกียจ แรงงานไทยที่จะไปทำงานต่างประเทศก็ถูกกีดกัน การขยายตัวทางเศรษฐกิจก็ทำได้ในขีดจำกัด ผลกระทบทางด้านสังคมที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบ เนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคมขณะเดียวกันครอบครัว จะมีความวิตกกังวลในการเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดความตึงเครียดนำไปสู่วิกฤติการณ์การแตกแยกของครอบครัวได้ ในชุมชนและสังคมยังไม่ยอมรับทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่เข้ารับการรักษา ทำให้โอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำเติมและเสียชีวิตได้เร็วขึ้น

#### **การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส**

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวี สามารถยับยั้งการติดเชื้อของไวรัสได้ตั้งแต่ระยะที่ไวรัสเข้าเกาะจับเซลล์ ระยะที่ไวรัสเข้าไปในเซลล์ ระยะที่ไวรัสเพิ่มจำนวน จนกระทั่งระยะที่ไวรัสมีการแตกออกจากเซลล์ ร่วมกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการรักษาอาการ การรักษาแบบประคับประคอง แต่เนื่องจากยังไม่มีวิธีการกำจัดไวรัสให้หมดไปและฟื้นฟูภูมิคุ้มกันให้กลับมาปกติได้ การรักษาในปัจจุบันจึงมีวัตถุประสงค์ในการพยายามลดจำนวนไวรัสเอชไอวีให้มากที่สุด เป็นเวลานานที่สุด ยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวน หักยั้งการลดลงของภูมิคุ้มกันของร่างกายและพยายามเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทั้งทางตรงและทางอ้อม

วิธีที่ดีที่สุดของการรักษาในปัจจุบัน จึงเป็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลายตัวร่วมกัน ซึ่งพบว่าได้ผลดีกว่าใช้ยาเพียงลำพังตัวเดียว และที่นิยม คือ การใช้ Nucleoside Reverse Transcriptase Analogue กับ Protease Inhibitor (PI) และ/ หรือร่วมกับ Non- Nucleoside Reverse

Transcriptase Inhibitor ซึ่งโดยการใช้วิธีนี้ ตามปกติแล้วระดับ HIV RNA ในพลาสมา ควรลดลง ประมาณ 1 log หรือ 10 เท่า (เหลือ 1/ 10 หรือ 10%) ใน 8 สัปดาห์ และวัดไม่ได้ (คือน้อยกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร หรืออาจถึง 50 copy/ มิลลิลิตรในอนาคต) ใน 4-6 เดือน ถ้า HIV RNA เหลือ มากกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร อาจเกิดจากรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขนาดยาต่ำเกินไป หรือเลือกใช้ยาไม่แรงพอหรือไม่ดีพอ ยาเสื่อมเหลวหรือเชื้อคือยา หรือจากสาเหตุ อื่นที่ยังไม่ทราบแน่ชัด (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) สำหรับยาด้านไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน มีดังนี้

1. กลุ่มยาด้านไวรัส ในปัจจุบันยาที่นำมาใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทางคลินิกมี 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ คือ

1.1 กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase ของไวรัส (Reverse Transcriptase Inhibitors : RTI) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ไวรัสสร้าง Proviral dsDNA ในระยะที่เข้าเซลล์ (Establishment Phase) จึงไม่มีผลกับเซลล์ที่ติดเชื้อเรียบร้อยแล้วและไวรัสได้เพิ่มจำนวนแล้ว เพราะ ไวรัสสร้าง Proviral dsDNA แล้ว และได้เข้ารวมกับโครโมโซมของเซลล์เรียบร้อยแล้ว ยากลุ่มนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 Nucleoside RTI Analogues (NRTI) เป็น 2'3'-Dideoxy-Nucleoside Analogues ซึ่งมีสูตรโครงสร้างคล้าย Endogenous Nucleoside จึงเป็น Competitive Inhibitors กับ Endogenous Nucleoside ในการเป็น Substrate ของเอนไซม์ Reverse Transcriptase แต่ยาไม่มี 3-Hydroxyl Group ทำให้การสร้างสาย DNA สิ้นสุดลง ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Zidovudine, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine และ Lamivudine เป็นต้น

1.1.2 Non-Nucleoside RTI (NNRTI) ยากลุ่มนี้เป็น Non-Competitive Inhibitors กับ Endogenous Substrate เมื่อยาจับกับเอนไซม์ Reverse Transcriptase ของ HIV-1 แล้วจะทำให้ เอนไซม์เปลี่ยนรูปร่างแล้วเสียหายที่ไม่สามารถสร้าง dsDNA ขึ้นมาได้ ยามีผลเฉพาะ HIV-1 และ ไม่มีผลต่อ HIV-2 และ Lentivirus อื่น ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Nevirapine และ Delavirdine เป็นต้น

1.2 กลุ่มยาที่ยับยั้งเอนไซม์ Protease ของไวรัส (Protease Inhibitor : PI) ยากลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส (Replication หรือ Expression Phase) ในเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสแล้ว ทำให้ได้ไวรัสที่ไม่สมบูรณ์แตกออกมาและไม่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ยามีผลที่ความเข้มข้นต่ำมาก (Nanomolar) และเมื่อใช้ร่วมกับยา RTIs จะเสริมฤทธิ์กัน ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Saquinavir, Indinavir และ Nelfinavir เป็นต้น

2. การเลือกใช้ยาด้านไวรัส ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อเอชไอวี และควร ได้รับยาด้านไวรัส ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรค เอ็ดส์ทั้งระยะต้นและระยะรุนแรง และเมื่อพิจารณาแล้วว่าควรได้รับยาด้านไวรัส ควรตรวจร่างกาย



ให้ละเอียด โดยการวัดระดับ HIV RNA CD4+ T cell CBC Blood Chemistry และอื่น ๆ ซึ่งอยู่ใน  
ดุลยพินิจของแพทย์ เช่น ถ่ายภาพรังสีปอด ตรวจนัยน์ตา การตรวจ Tuberculin Test การตรวจไวรัส  
ตับอักเสบ B ไวรัสตับอักเสบ C การตรวจ Toxoplasma IgG การตรวจ CMV การตรวจทางนรีเวช  
ได้แก่ Pap Smear และ VDRL

ยาที่ควรเลือกใช้ในการรักษา คือ ยา Nucleoside RTI Analogue 2 ตัว ใน Column A  
ร่วมกับ PI 1 ตัวใน Column B (ดังตารางที่ 2-2) โดยจะเลือกจับคู่ไหนก็ได้ แต่ไม่แนะนำให้ใช้  
Nucleoside RTI Analogue 2 ตัวต่อไปนี้ร่วมกัน คือ Zidovudine และ Stavudine, Stavudine และ  
Zalcitabine, Zalcitabine และ Didanosine, Zalcitabine และ Lamivudine เพราะให้ผลลดปริมาณ  
ไวรัสในพลาสมาน้อยกว่า และอาจมีผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น

การใช้ยาร่วมกันหลายตัวอื่น ๆ กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษา เช่น การใช้ Nucleoside  
RTI Analogues 2 ตัวร่วมกับ Non-Nucleoside RTI 1 ตัวและการใช้ Nucleoside RTI Analogues 2  
ตัว กับ Non-Nucleoside RTI 1 ตัว และ PI 1 ตัว สำหรับการใช้นิวคลีโอไซด์แอนะล็อก 2 ตัว  
ร่วมกัน พบว่าได้ผลน้อยกว่าเมื่อเพิ่ม PI เข้าไป ปัจจุบันไม่ควรใช้ยาต้านไวรัสรักษาเพียงตัวเดียว  
ไม่ว่าจะเป็นยาใดในกลุ่มใด ๆ ก็ตาม ยกเว้นการใช้ยา Zidovudine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี CD4+ T cell  
สูงและ HIV RNA ต่ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปยังบุตรในครรภ์ ปกติการใช้ยาต้านไวรัสจะใช้ขนาด  
ยาเต็มที่ แต่มียา 3 ตัวที่เริ่มใช้ในขนาดต่ำกว่าก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อลดผลข้างเคียงจากยา ได้แก่  
Ritonavir, Nevirapine และ Saquinavir ร่วมกับ Ritonavir ในบางกรณี

ตารางที่ 2-2 การเริ่มใช้ยาต้านไวรัส โดยเลือกใช้ยา 1 ตัวใน Column A ร่วมกับ Column B

Column A	Column B
1. สูตรยาที่แนะนำให้เลือกใช้เป็นอย่างมาก	
Efavirenz	Stavudine + Didanosine
Indinavir	Stavudine + Lamivudine
Nelfinavir	Zidovudine + Didanosine
Ritonavir + Indinavir	Zidovudine + Lamivudine
Ritonavir + Lopinavir	Didanosine + Lamivudine
Ritonavir + Saquinavir SGC หรือ HGC	
2. สูตรยาที่เลือกใช้แทนได้	
Abacavir	Zidovudine + Zalcitabine
Amprenavir	

## ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

Column A	Column B
Delavirdine	
Nevirapine	
Ritonavir	
Saquinavir-Soft Gel Capsule (SGC)	
Nelfinavir + Saquinavir-SGC	
3. สูตรยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ รวมทั้งไม่แนะนำให้ใช้เพียง 1 ตัว	
Saquinavir-Hard Ged Capsule (HGC)	Stavudine + Zidovudine
	Zalcitabine + Didanosine
	Zalcitabine + Lamivudine
	Zalcitabine + Stavudine

ที่มา : ปราโมทย์ ชีรพงษ์ (2546, หน้า 165-166)

### 3. การพิจารณาใช้ยารักษาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การใช้ยาด้านไวรัสกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีซีรัมเปลี่ยนเป็นเอชไอวีบวก (Seroconversion) ภายใน 6 เดือน (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนั้น การใช้ยารักษาขึ้นอยู่กับภาวะของภูมิคุ้มกัน และปริมาณไวรัสในพลาสมาและการพยากรณ์การดำเนินของโรค ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์และการยินยอมและเห็นชอบของผู้ป่วย (ดังตารางที่ 2-3) ผู้ป่วยจึงควรได้รับการอธิบายถึงข้อดีข้อเสียต่าง ๆ และมีความประสงค์หรือเต็มใจที่จะใช้ยา หรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษา เพราะเป็นการใช้ยาในระยะเวลาานาน จึงต้องการความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการใช้ยาเป็นอย่างมาก และอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาใช้ยาด้านไวรัส แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

#### 3.1 กลุ่มผู้ป่วย HIV ที่มีอาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1.1 กลุ่มที่มีอาการของโรคเอดส์รุนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ขั้นต้น เช่น มีเชื้อราในปาก มีไขเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ มีต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่ง ควรได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสทุกคนอย่างเต็มที่ ด้วยการให้ยาร่วมกันหลายตัวดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าได้ประโยชน์จากการใช้ยาด้านไวรัส

ตารางที่ 2-3 ข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการพิจารณาสำหรับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

อาการทางคลินิก	จำนวนนับ CD4+ T cell และ ระดับ HIV RNA level	ข้อแนะนำ
มีอาการ (Symptomatic) - เอดส์ หรืออาการรุนแรง	ค่าใด ๆ ก็ได้	ให้การรักษา
ไม่มีอาการ (Asymptomatic)	จำนวนนับ CD4+ T cell < 200 (บางคน < 350) ลบ.มม.	แนะนำให้รักษา
ไม่มีอาการ (Asymptomatic)	จำนวนนับ CD4+ T cell > 350 ลบ.มม. หรือระดับ HIV RNA > 55,000 โดย bDNA หรือ RT-PCR	แพทย์บางท่านแนะนำให้ ให้รักษา เนื่องจาก ความเสี่ยงในการเกิด โรคเอดส์ภายใน 3 ปี มีค่า > 30 % แต่ถ้า HIV RNA < 55,000 แพทย์หลายท่านยังไม่ แนะนำให้ใช้ยาต้าน ไวรัส

ที่มา : ปราโมทย์ ชีรพงษ์ (2546, หน้า 165-166)

ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการผอมลง เบื่ออาหาร มีการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นมะเร็ง สมองเสื่อม หรือมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้ค่า HIV RNA CD4+ T cell และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาการเริ่มใช้ยา ขนาดของยาที่ใช้และการดูแลผลการรักษาของยา ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการป่วยเหล่านี้อาจใช้ยาไม่สม่ำเสมอ เช่น รับประทานไม่ได้ หรืออาจทนต่อผลข้างเคียงของยาหรือปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อใช้ยาหลายตัวไม่ได้ เช่น ทนต่อพิษต่อตับของยากุ่ม PI ไม่ได้ ทนต่อผลกดไขกระดูกของ Zidovudine และ/ หรือผลต่อระบบประสาทส่วนปลายของ Zalcitabine, Stavudine, Didanosine เมื่อใช้ร่วมกันไม่ได้ หรือจากการดูดซึมยาหรือการทำลายยาในร่างกายเปลี่ยนแปลงทำให้ระดับยาในเลือดหรือค่าครึ่งชีวิตของยาในเลือดเปลี่ยนไปเป็นเหตุให้ทนต่อยาไม่ได้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) เช่น Indinavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir, Delavirdine ยับยั้ง Cytochrome P450 ขณะที่ Nevirapine ชักนำการสร้าง

เอนไซม์ ถ้าผู้ป่วยรับประทานร่วมกับยาอื่นที่มีผลต่อ Cytochrome P450 อาจทำให้ระดับของยาต้านไวรัสหรือของยาอื่นสูงขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปจนเกิดความเป็นพิษสูงหรือผู้ป่วยทนต่อยาไม่ได้

ก่อนที่จะตัดสินใจว่ายาที่ใช้ล้มเหลวในการรักษา ต้องพิจารณาให้ได้ว่ายาไม่ได้ผลจริง ๆ หรือผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือทนต่อผลข้างเคียงหรือพิษของยาไม่ได้ เพราะถ้าเกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือจากผลข้างเคียงหรือพิษของยา สามารถแก้ไขได้โดยการปรับขนาดยาหรือวิธีการใช้ยาให้ถูกต้อง หรือถ้าจำเป็นต้องเปลี่ยนยากี่เปลี่ยนยาที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ นั่น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนยาทีละตัว ขณะที่ถ้าเกิดจากการใช้ยาไม่ได้ผลต้องเปลี่ยนยาหลายตัวหรือเปลี่ยนสูตรยา

3.1.2 กลุ่มที่มีอาการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้จะยังไม่มียารายงานที่แสดงว่าการใช้ยาต้านไวรัสได้ประโยชน์ และควรใช้ยานานเท่าไร หรือกรณีถ้าใช้ยาเป็นเวลานานจะเกิดผลดีหรือผลเสียอย่างไร แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์สนับสนุนให้ใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะเป็นระยะที่มีไวรัสเอชไอวี อยู่ในกระแสเลือดสูงชั่วคราว เพื่อลดการเพิ่มจำนวนของไวรัส และลดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ลดความรุนแรงของการติดเชื้อเฉียบพลัน อาจสามารถลด Viral Set Point เพื่อลดอัตราการดำเนินโรค และอาจลดอัตราการเกิด Mutation เพราะยาลดจำนวนไวรัส (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ยาในกรณีนี้มีผลเสีย คือ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากผลข้างเคียงและพิษของยา อาจเกิดเชื้อดื้อยาขึ้น อาจต้องใช้ยาเป็นเวลานาน และอาจล้มเหลวใช้ไม่ได้ผลทั้งในระยะแรกหรือในอนาคตทำให้มียาเลือกใช้น้อยลง ในระยะที่มีอาการเฉียบพลันนี้จะมีลักษณะอาการดังนี้

1) อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดข้อ/ ปวดกล้ามเนื้อ คอหอยอักเสบ ปวดศีรษะ/ ปวดหลัง เบื่ออาหาร/ น้ำหนักลด กลืนลำบาก/ อาเจียน/ ท้องเสีย 2) อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ไข้สันหลังผิดปกติ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ ระบบประสาทส่วนปลายเสีย และ 3) อาการทางผิวหนัง ได้แก่ ผื่นแดงแบบ Maculopapular แผลที่ผิวหนังและเยื่อ Mucosa

3.2 กลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ แพทย์บางท่านจะให้การรักษาดังแต่แรกขณะที่ภูมิคุ้มกันยังไม่ถูกกด แต่แพทย์บางท่านเฝ้าติดตามดูผล HIV RNA และ CD4+ T cell และยังไม่ให้การรักษาในกรณีที่มี CD4+ T cell มากกว่า 500 เซลล์/ ไมโครลิตร และ HIV RNA ต่ำกว่า 10,000 copy/ มิลลิลิตร หรือ 20,000 copy/ มิลลิลิตร แต่ถ้าให้การรักษาผู้ป่วยทุกคนที่ CD4+ T cell ต่ำกว่า 500 เซลล์/ ไมโครลิตร และผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคสูงจากการที่มี HIV RNA ในพลาสมาสูงมาก แม้ CD4+ T cell สูงกว่า 500 เซลล์/ ไมโครลิตร ก็ตาม การให้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการนี้ มีทั้งข้อดีและข้อเสียเช่นเดียวกับการใช้ยาในผู้ที่ตรวจพบ HIV antibody ภายใน 6 เดือน (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) โดยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกจะมีข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

### 3.2.1 ข้อดีหรือประโยชน์ของการรักษา ได้แก่

- 3.2.1.1 ลดปริมาณไวรัส (Viral load หรือ Viral burden) โดยลดการเพิ่มจำนวนของไวรัส
- 3.2.1.2 ลดโอกาสเกิดการกลายพันธุ์ ทำให้การกลายพันธุ์น้อยลง เนื่องจากปริมาณไวรัสและการเพิ่มจำนวนลดลง
- 3.2.1.3 ชะลอ ลดหรือป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์
- 3.2.1.4 พยายามคงสถานะของภูมิคุ้มกันที่ดีไว้ และทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น

### 3.2.2 ข้อเสียหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

- 3.2.2.1 เกิดผลข้างเคียงและพิษจากยาทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 3.2.2.2 คุณภาพชีวิตลดลงจากการเกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยา
- 3.2.2.3 ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาที่ใช้อยู่เร็วขึ้น
- 3.2.2.4 ลดโอกาสเลือกชนิดและประเภทของยาที่จะใช้ในอนาคต เนื่องจากเชื้อดื้อยา
- 3.2.2.5 ยามีราคาแพง และไม่ทราบว่าจะต้องใช้ยาเป็นเวลานานเท่าไร

4. การเปลี่ยนกลุ่มยา เมื่อเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ต้องมีการติดตามผลของยาว่า ได้ผลเป็นที่พอใจหรือไม่ เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาหรือไม่อย่างไร ซึ่งจำเป็นที่ต้องลดขนาดหรือปรับเปลี่ยนยาหรือไม่ ดังนั้น ภายหลังการใช้ยา 4-6 เดือน ถ้าตรวจพบว่า HIV RNA เหลือมากกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร ต้องพิจารณาว่าเกิดจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือเกิดจากการรักษาล้มเหลว กรณีที่พบว่าเกิดจากการรักษาล้มเหลว ต้องหาสาเหตุของการล้มเหลวว่าเกิดจากอะไร เช่น อาจเป็นเพราะสูตรยาไม่เหมาะสม หรือเชื้อดื้อยา ในการพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาจะกระทำเมื่อสูตรยาเดิมลด HIV RNA ในพลาสมาน้อยกว่า 0.5-0.75 log ใน 4 สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 1 log ใน 8 สัปดาห์ หลังเริ่มให้ยา หรือยังวัดระดับ HIV RNA ได้มากกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร ภายหลังให้ยา 4-6 เดือน หรือเปลี่ยนยาเมื่อจำนวน HIV RNA ที่ลดลงตอนแรกกลับเพิ่มขึ้นใหม่ หรือระดับ HIV RNA เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำสุดเท่ากับหรือมากกว่า 3 เท่า หรือเปลี่ยนยาเมื่อจำนวน CD4+ T cell ลดลงเรื่อย ๆ เมื่อวัดอย่างน้อย 2 ช่วงเวลาที่ห่างกัน หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่แย่ง และ HIV RNA ลดลงน้อยกว่า 10 เท่า (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

ในการพิจารณาเปลี่ยนสูตรยา ควรเปลี่ยนเป็นยาใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้มาก่อนทั้งสูตร ถ้าไม่สามารถทำได้ให้เปลี่ยนยาอย่างน้อย 2 ตัว เพื่อให้เชื้อดื้อยากขึ้น สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจหายาตัวใหม่ได้ยาก อาจต้องใช้สูตรยาเดิม ในกรณีที่สูตรยาเดิมนั้นก็ยังสามารถลดการเพิ่มจำนวนของ

ไวรัสเอชไอวีได้บางส่วน หรืออีกวิธีคือการกลับมาใช้ยาเดิมที่เคยใช้หรือเคยดื้อยามาก่อนเนื่องจากมีรายงานว่าหลังจากหยุดยาที่เชื้อมาแล้ว ต่อมาเชื้อที่ดื้อยาถูกแทนที่ด้วยเชื้อที่ไวต่อยาตัวใหม่ จึงสามารถใช้สูตรยาเดิมได้ผล แต่ก็อาจพบว่าเชื้อกลับมาดื้อยาใหม่ได้ในเวลาที่รวดเร็ว และสำหรับในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาเดิมได้ผลและไม่สามารถหายาใหม่มาเปลี่ยนได้ ระดับ HIV RNA ในพลาสมากลับมาอยู่ในระดับเดิมก่อนการรักษา ระดับ CD4+ T cell ลดลงเรื่อย ๆ อาจมีการพิจารณาหยุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

5. การติดตามระดับ HIV RNA และ CD4+ T cells เนื่องจากระดับ HIV RNA และ CD4+ T cell ในร่างกายร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ช่วยบ่งบอกถึงสถานะของไวรัสเอชไอวีและภูมิคุ้มกันในร่างกาย ความเสี่ยงในการดำเนินโรคไปสู่โรคเอดส์ การพยากรณ์โรค และผลของการรักษา ดังนั้น จึงใช้ระดับ HIV RNA และ CD4+ T cell ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิกในการพิจารณาการเริ่มใช้ยา รักษา การเปลี่ยนยาและสูตรยา และการติดตามผลการรักษาและสถานะของผู้ป่วย โดยในการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรมีการวัดทั้งระดับ HIV RNA และ CD4+ T cell ตั้งแต่ที่วินิจฉัยได้ว่าติดเชื้อเอชไอวี และหลังจากนั้นทุก 3-6 เดือน (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) และวัดทั้งก่อนเริ่มให้ยาและหลังจากให้ยา 4-8 สัปดาห์อีกครั้ง ซึ่งระดับ HIV RNA ควรลดประมาณ 0.5-0.75 log ภายใน 4-8 สัปดาห์ และตรวจไม่พบหรือต่ำกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร ภายใน 12-16 สัปดาห์ ถ้าไม่ลดหรือลดลงน้อยกว่านี้ ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาสม่ำเสมอหรือถูกต้องหรือไม่ หรือเกิดความบกพร่องในการดูดซึมยา ถ้าไม่มีควรตรวจระดับ HIV RNA ซ้ำเพื่อยืนยันผลการตรวจว่ายาไม่ได้ผลจริง และพิจารณาเปลี่ยนยา แต่ถ้ายาได้ผลดีและยังพิจารณาให้ยาเดิมต่อ ควรตรวจ HIV RNA ซ้ำทุก 3-4 เดือน ซึ่งควรพบว่าต่ำกว่า 500 copy/ มิลลิลิตร เมื่อครบ 6 เดือน ปกติระดับ HIV RNA จะมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางคลินิก และสัมพันธ์กับระดับ CD4+ T cell แต่ก็อาจพบว่าระดับ HIV RNA และ CD4+ T cell ไม่สัมพันธ์กันได้ อัตราการลดลงของ HIV RNA ขึ้นอยู่กับความแรงของยาที่ใช้ ปริมาณ HIV RNA และระดับ CD4+ T cell ก่อนให้ยา มีการรับประทานยาที่ถูกต้องหรือไม่ และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วยหรือไม่ เช่น Herpes simplex ซึ่งทำให้ปริมาณ HIV RNA ในพลาสมาเพิ่มขึ้นนาน 2-4 สัปดาห์ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) ดังนั้น จึงไม่ควรวัดระดับ HIV RNA ในพลาสมาในระหว่างที่มีการติดเชื้อภายใน 4 สัปดาห์หลังการรักษา การติดเชื้อหายหรือหลังการหายจากอาการของการติดเชื้อ

**ผลกระทบและอาการข้างเคียงของการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุด้วยยาต้าน**

**ไวรัส**

ในการรักษาผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมักจะ ทำให้ได้รับผลกระทบและอาการข้างเคียงหรือพิษของยา ซึ่งอาการข้างเคียงหรือพิษของยาด้าน

ไวรัสนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการเลือกใช้ยาหลายอย่าง ได้แก่ สูตรยา ระยะเวลาดำเนินของโรค ภาวะสุขภาพ และยาที่ใช้ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น ๆ ดังนั้น การเกิดอาการข้างเคียงหรือพิษของยาต้านไวรัสในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงแตกต่างกันในแต่ละราย ในหัวข้อนี้จึงจะกล่าวถึงผลกระทบและอาการข้างเคียงหรือพิษของยาต้านไวรัสที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี (เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, 2549) ดังนี้

1. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI ที่พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง คือ การเกิดภาวะกรดในร่างกายน โดยผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก
2. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI ประมาณร้อยละ 16 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้ จะพบผื่นคันบริเวณลำตัว ใบหน้า และส่วนปลายของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ผื่นที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการไข้ เป็นอาการที่พบได้บ่อยแต่ไม่รุนแรง จะเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรก อาจหายไปเองได้โดยไม่ต้องหยุดยา ประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็น Steven-Johnson Syndrome จนเสียชีวิตได้ (เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, 2549) อาการที่อาจพบร่วมด้วยได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ประสาทหลอน
3. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม PI ยากลุ่มนี้เกิดอาการข้างเคียงของยาหรือพิษของยาก่อนข้างมาก ดังนี้
  - 3.1 เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะคีโตนคั่งในเลือด โดยผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยภายใน 63 วันหลังจากได้รับยา ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้ยาต่อการกับการฉีดอินซูลินหรือร่วมกับการรับประทานยาเบาหวาน
  - 3.2 มีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีการสูญเสียไขมันในอวัยวะส่วนปลาย มีอาการลำตัวอ้วน อาจพบการสะสมของไขมันในอวัยวะภายใน มีการสะสมของไขมันที่บริเวณลำคอ หน้าตอ หน้าอกโต มีการสะสมของไขมันบริเวณเนื้อเยื่อมากเกินไป ผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยากลุ่มนี้ บางรายอาจเกิดอาการเหล่านี้โดยไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้ก็ได้
  - 3.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง อาจมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมของไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ มีรายงานการเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจอุดตัน การเกิดโรคเส้นเลือดสมอง นิ้วในอุ้งน้ำดี
  - 3.4 มีภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยโรคเลือดที่ใช้ยากลุ่มนี้ มักมีเลือดออกในข้อและเนื้อเยื่ออ่อน บางรายอาจเกิดเลือดออกในสมองและลำไส้ การเกิดเลือดออกจะเกิด 22 วันหลังได้รับยากลุ่มนี้

### การพยาบาลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงหรือพิษของยา ดังกล่าวข้างต้น จะมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีลดลง พยาบาลหรือครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการข้างเคียงของยาหรือพิษของยาให้น้อยลงหรือหมดไป ซึ่งการบรรเทาหรือรักษาอาการข้างเคียงของยาส่วนมากจะให้การดูแลตามอาการที่เกิดขึ้น

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหลายด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความพร้อมในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การพยาบาลที่เหมาะสมจึงควรครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้น การส่งเสริมสุขภาพสามารถกระทำได้โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ และให้คำปรึกษา การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีแนวทางในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหรืออย่างน้อยสุขภาพจะไม่แย่ลงกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับยาต้านไวรัสขึ้น ถือได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้ เป็นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแย่ลงกว่าที่เป็นอยู่ และส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

2. การป้องกันสุขภาพ เป็นการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดอันตราย จากภาวะการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งการเกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยาต้านไวรัส การป้องกันสุขภาพสามารถกระทำได้โดยการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและติดตามผลการรักษา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

3. การรักษาสุขภาพ เป็นการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบและมีอาการข้างเคียงของการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งผลกระทบและอาการข้างเคียงของการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสที่พบบ่อย (จันทร์เพ็ญ เฟือกไร่, 2550) มีดังนี้



### 3.1 อาการท้องร่วง ข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดอาการท้องร่วง ดังนี้

3.1.1 เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยที่ช่วยในการดูดซึม เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต มะม่วง ฝรั่ง เป็นต้น

3.1.2 ลดอาหารที่มีกากใยที่ไม่ช่วยในการดูดซึม เช่น ข้าวสาลี ผักสด ถั่วลิสง

3.1.3 ปรับการรับประทานอาหารโดยเพิ่มข้าว ถั่วเขียว ขนมอบ

3.1.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำมาจากนม

3.1.5 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ

3.1.6 รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ

3.1.7 พยายามอย่าให้สูญเสียน้ำในร่างกาย โดยการดื่มน้ำ น้ำดื่มผสมเกลือแร่

3.1.8 พิจารณาการรับประทานยาลดอาการท้องเสีย

3.1.9 ปรึกษาแพทย์ เมื่อมีอาการท้องเสียมากกว่า 2-3 วัน

### 3.2 อาการอ่อนเพลีย ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ดังนี้

3.2.1 ปรับเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมให้ตรงกับช่วงที่ร่างกายมีกำลัง

3.2.2 ควรพักในระหว่างการทำกิจกรรม เช่น การพักช่วงสั้น ๆ การนอนพัก

3.2.3 จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและลดการรับประทานน้ำตาล

3.2.4 ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การนวด การทำสมาธิ

3.2.5 ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การทำกายบริหาร การเดินช่วงสั้น ๆ

3.2.6 ปรึกษาแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น

### 3.3 ผื่นคัน ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีผื่นคัน ดังนี้

3.3.1 ทายาบรรเทาอาการผื่นคัน

3.3.2 ปรึกษาแพทย์ หากมีอาการผื่นคันเพิ่มขึ้น มีไข้ อาการคล้ายไข้หวัด

แผลในช่องปาก

### 3.4 ปวดศีรษะ ข้อควรปฏิบัติเมื่อปวดศีรษะ ดังนี้

3.4.1 รับประทานยาบรรเทาปวด

3.4.2 ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

3.4.3 ปรึกษาแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น และอาจปรึกษาการใช้วิธีการฝังเข็ม

### 3.5 มีความรู้สึกที่แตกต่างไปจากเดิม ข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

3.5.1 ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

3.5.2 เพิ่มเวลาการนอนช่วงสั้น ๆ ในเวลากลางวัน

3.5.3 หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ

3.5.4 ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินช่วงสั้น ๆ การทำกายบริหาร

3.5.5 ปฏิเสธแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้น

3.6 อาการชาหรือชู่ซ่า ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการชาหรือชู่ซ่า ดังนี้

3.6.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รวมทั้งวิตามินบีรวม

3.6.2 ทดลองการนวดบริเวณที่เกิดอาการ

3.6.3 ฝึกวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.6.4 ปฏิเสธแพทย์ หากพบว่ามีอาการชาเพิ่มมากขึ้นหรือพื้นที่ของอาการ

ขยายมากขึ้น

3.7 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนี้

3.7.1 รับประทานอาหารน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หรือเป็นประเภทอาหารว่าง

3.7.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเผ็ด รสจัด มีกลิ่นฉุน อาหารที่มีน้ำมันมาก อาหารที่มี

ฤทธิ์เป็นกรด

3.7.3 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำจืด

3.7.4 รับประทานอาหารบรรเทาอาการคลื่นไส้

3.7.5 ปฏิเสธแพทย์หากมีอาการเกินกว่า 1 วัน

4. การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการพยายามเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่แย่ลงให้ดีขึ้น ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การฟื้นฟูสุขภาพอาจทำได้ในระดับหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม การฟื้นฟูสุขภาพอาจทำได้ทั้งการฟื้นฟูทางร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากที่สุดเท่าที่จะสามารถกระทำได้ และปรับประคองจิตใจให้มีความรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและมีความหวังในการดูแลตนเอง

การพยายามผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ พยายามหรือบุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลตนเองที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดำเนินต่อเนื่องไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม

### จุดกำเนิดของทฤษฎี

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง พัฒนาโดย โดโรธี โอเร็ม (Dorothea E. Orem) โอเร็ม จบการศึกษาพยาบาลชั้นพื้นฐานเมื่อปี ค.ศ. 1930 จากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาล โพรวิเด็นซ์ มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เมื่อปี ค.ศ. 1934 และจบการศึกษาระดับปริญญาโท เมื่อปี ค.ศ. 1945 จากมหาวิทยาลัยแคทอลิก มีประสบการณ์เป็นพยาบาลประจำการ พยาบาลพิเศษในคลินิก นักการศึกษา นักบริหาร และเป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาล ท่านได้ริเริ่มงานสร้างทฤษฎีการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958 และปรับปรุงเรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำปรึกษากับพยาบาลที่นำทฤษฎีของท่านไปใช้ในการศึกษาและการบริหาร ท่านได้รับรางวัลเกียรติยศหลายรางวัล รวมทั้งได้รับปริญญาพยาบาลศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัย จอร์จ ทาวน์ ในปี ค.ศ. 1976 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษา และผู้บริหารทางการพยาบาล ความคับข้องใจของโอเร็มที่มักประสบอยู่เสมอ คือ พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน และมักอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำ การปฏิบัติพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลัก โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตของการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดหลักสูตรมีความยากลำบากในการกำหนดขอบเขตเนื้อหา ด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่า ในฐานะผู้ปฏิบัติพยาบาลทำอะไร และควรจะทำอะไร ทำไมถึงกระทำในสิ่งนั้น และผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร จากคำถามเหล่านี้ ท่านได้คำตอบจากการสังเกต และวิเคราะห์การปฏิบัติว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งนอกเหนือจากที่ครอบครัวหรือญาติจะช่วยเหลือได้ พยาบาลมีวิธีการช่วยเหลือ คือ กระทำทดแทนให้และพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1958 และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันแพร่หลายทฤษฎีหนึ่งในปัจจุบัน

### สาระสำคัญของทฤษฎี

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการพยาบาล โดยทั่วไปของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) เนื่องจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นการนำเอาทฤษฎีระบบการพยาบาล และทฤษฎีการดูแลตนเองมารวมไว้ด้วยกัน ดังนั้น ในการนำทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เทเลอร์จึงเรียกทฤษฎีของโอเร็มเพียงสั้น ๆ ว่า ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งทฤษฎีนี้จะให้ความสนใจเกี่ยวกับ

ปรากฏการณ์การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และปัจจัยพื้นฐานทางด้านสุขภาพ รวมทั้งความสามารถทางการพยาบาลและระบบการพยาบาล

ความพร้อมในการดูแลตนเอง เกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับฝึครอบที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย หรือกับเด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันก็ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำกระทำได้ภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน ดังนี้

**1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป** เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้มีความจำเป็นกับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาคความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษา โครงสร้าง

และหน้าที่ให้ขึ้นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิญญาจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

1.6.4 ค้นหาและสนใจความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อ

พัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่มีการปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง ดังนี้

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

2.2 เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและความพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสียดแทงทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาชนะนี้ ดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพา

ตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าต้องการการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่พยาบาลเข้าใจและสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้นั้น จะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์ พยาธิสรีรภาพ พฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นอย่างดี และจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ในมุมมองของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

### การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

สำหรับกระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของโอเร็ม มีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

1. การวินิจฉัยว่าทำไมบุคคลจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาล และกำหนดความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด
2. ออกแบบระบบการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล
3. ริเริ่ม กระทำ ควบคุมและประเมินผล

ข้อมูลที่จำเป็นในกระบวนการพยาบาล เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่กระทำอยู่เป็นประจำ ความสามารถเฉพาะและปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความต้องการและความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของโอเร็มข้างต้น เทเลอร์ได้เสนอแนะขั้นตอนของการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองและสมจิต หนูเจริญกุล (2539) ได้มีการขยายความเพิ่มเติมไว้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการ

1.1 กำหนด : การดูแลตนเองที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง

1.2 กำหนด : ความต้องการการกระทำ

ขั้นที่ 2 ความสามารถ

2.1 วินิจฉัย : ความสามารถและข้อจำกัด

ขั้นที่ 3 ความพร้อม

3.1 วินิจฉัย : ความพร้อมในการดูแลตนเอง

ขั้นที่ 4 ระบบการพยาบาล

4.1 กำหนด : รูปแบบการพยาบาล

4.2 กำหนด : บทบาทและการกระทำของพยาบาล ผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

ในกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ ในทางปฏิบัติอาจกระทำแต่ละขั้นตอนได้พร้อม ๆ กัน หรือกระทำให้เสร็จตามลำดับขั้นตอนก็ได้ ตามลักษณะที่เป็นพลวัตรและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนที่เทเลอร์ได้นำเสนอไว้ มีดังนี้

ขั้นที่ 1

1.1 กำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นและกิจกรรมที่ต้องกระทำ

1.2 ปรับกิจกรรมตามความจำเป็น

ขั้นที่ 2

2.1 ตัดสินใจว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าปฏิบัติได้ ปฏิบัติเพียงพอ เหมาะสมหรือเป็นที่พอใจหรือไม่

2.2 ตัดสินใจว่ากิจกรรมใดบ้างที่ไม่ได้ปฏิบัติ

2.3 ตัดสินใจข้อจำกัดของการกระทำว่าเนื่องจาก

2.3.1 ข้อจำกัดเรื่องความรู้

2.3.2 ข้อจำกัดในเรื่องการพิจารณาและตัดสินใจ

2.3.3 ข้อจำกัดในเรื่องการลงมือกระทำในกิจกรรมนั้น ๆ

2.4 ตัดสินใจข้อจำกัดของการกระทำว่าเป็นข้อจำกัด เนื่องจาก

2.4.1 การพัฒนาความสามารถ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ได้รับการพัฒนา อาจเนื่องจากอายุ ระยะพัฒนาการ หรือผู้ป่วยประสบกับปัญหาสุขภาพ เป็น ความพร้อมในการดูแลตนเองชนิดปฐมภูมิ

2.4.2 การใช้ความสามารถ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองได้รับการพัฒนา แต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจาก

2.4.2.1 ขาดพลังงาน



2.4.2.2 ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวตามที่ตั้งใจได้

2.4.2.3 การเลือก คือผู้ป่วยเลือกไม่ปฏิบัติทั้ง ๆ ที่สามารถกระทำได้

2.4.2.4 สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคที่จะกระทำ

2.4.3 การลงมือกระทำ

2.4.4 ความเพียงพอ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองได้รับการพัฒนา แต่อาจไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด หรือความสามารถในการดูแลตนเองขณะนั้น เพียงพอ แต่เนื่องจากภาวะสุขภาพที่แย่ลง และความต้องการการกระทำเพื่อดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีโอกาสที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

2.5 ตัดสินข้อจำกัดในการดูแลตนเองตาม โครงสร้างของพฤติกรรมดูแลตนเอง  
ดังนี้

2.5.1 ปัจจัยพื้นฐาน องค์ประกอบที่กำหนดพฤติกรรม

2.5.2 พฤติกรรมและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

2.5.3 พลังของพฤติกรรมดูแลตนเอง

ขั้นที่ 3

วินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นการบ่งบอกถึงข้อจำกัดในการสนองตอบต่อ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งโดยลักษณะและธรรมชาติของการวินิจฉัยทางการแพทย์ นั้นไม่สามารถจะบ่งบอกได้ถูกต้องแม่นยำเหมือนการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เนื่องจากเป็นการ ตัดสินเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลจึงมีข้อจำกัดหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้ในตัวของศาสตร์ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์เอง ความรู้ของพยาบาล ความรู้ในสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ในขณะนั้นและพยาบาลเองอาจจะทราบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้ทราบและ ยิ่งไปกว่านั้น ในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ต้องเปลี่ยนแปลงด้วย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การวินิจฉัยโดยรวมทั้งระบบ ได้แก่ แบบแผนหรือระบบการดูแลตนเอง ทั้ง การส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นการ บ่งบอกถึงประสิทธิภาพของระบบต่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล

ระดับที่ 2 การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและพฤติกรรมดูแลตนเอง แม้ว่าโครงสร้างของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และพฤติกรรมดูแลตนเองมีหลายมิติ แต่ในระดับนี้เป็นการพิจารณาโครงสร้างรวมเป็นหนึ่ง ไม่ได้พิจารณาส่วนย่อย การวินิจฉัยในระดับ

นี้สามารถตัดสินได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้นำมาใช้ หรือไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดในปัจจุบันหรือความต้องการการดูแลทั้งหมดมีมากมายและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความต้องการการดูแลทั้งหมดคือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง และสามารถบอกได้ว่าเป็นความพร้อมชนิดปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ

ระดับที่ 3 เป็นระดับที่มีความเฉพาะเจาะจงในการบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวินิจฉัยในระดับนี้มาจากทฤษฎีที่แจ่มแจ้งส่วนประกอบของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดออกเป็น การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 อย่างและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีโครงสร้าง 3 มิติ ดังนั้น การตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับพฤติกรรมที่จะตอบสนองในส่วนย่อยจะบ่งบอกถึงความพร้อมในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ระดับที่ 4 เป็นการบ่งบอกความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับนี้ไม่ได้บอกความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความต้องการการดูแลตนเอง แต่เป็นการแจ่มแจ้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ซึ่งการวินิจฉัยในระดับนี้สามารถวินิจฉัยตามแบบแผนสุขภาพได้เป็นอย่างดี และอาจง่ายในการปฏิบัติมากกว่าระดับอื่น ๆ

การวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีได้ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 4 อาจมีการวินิจฉัยในระบบรวมทั้งหมดในระดับที่ 1 แต่อาจมีระดับที่ 3 ซึ่งเป็นระดับย่อยและเฉพาะเจาะจงรวมอยู่ด้วย นอกจากนั้นการวินิจฉัยจะต้องขยายครอบคลุมหน่วยรับบริการอื่น ๆ เช่น ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ซึ่งต้องการการพัฒนาาระบบ โครงสร้างในการวินิจฉัยต่อไป

#### ขั้นที่ 4

4.1 ประเมินศักยภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2 พิจารณาถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองโดยอาศัย

4.2.1 ความต้องการการดูแลตนเองนั้นจะอยู่นานเท่าใด และคงที่หรือไม่

4.2.2 ความซับซ้อนของกิจกรรมการดูแลตนเองหรือเทคโนโลยีที่ใช้

4.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การพิจารณาตัดสินความจำเป็นที่จะพัฒนาพฤติกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดนั้น ควรจะพิจารณาทั้งสามอย่างควบคู่กันไป เนื่องจากความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

#### 4.3 กำหนดบทบาทในการกระทำโดยอาศัยเป้าประสงค์ ดังนี้

4.3.1 ทราบและสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

4.3.2 ปกป้องพฤติกรรมดูแลตนเอง

4.3.3 เพิ่มหรือพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง

4.3.4 ปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง

4.4 เลือกรกระทำที่เฉพาะตามความต้องการที่ได้กำหนดไว้ ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องกระทำ ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดของการกระทำและศักยภาพของพฤติกรรมดูแลตนเองตาม ที่ได้ประเมินไว้

4.5 ประเมินผลเพื่อดูว่าการกระทำนั้นได้บรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองทั้งหมดหรือไม่ นั่นคือ จะต้องประเมินตลอดเวลาถึงความสมดุลระหว่างพฤติกรรมกับความต้องการการดูแลตนเอง เป้าหมายหรือความสำเร็จอยู่ที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมมาไว้ ดังนี้

#### พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรม หมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติต่อสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น โดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง และอยู่ภายใต้ความรู้สึกนึกคิด โดยแสดงออกทางด้านกรกระทำ ความคิดและความรู้สึก ซึ่งรวมถึงการกระทำที่สังเกตได้และไม่ได้

พฤติกรรมแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมภายนอก (External Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถเห็นหรือสังเกตได้

2. พฤติกรรมภายใน (Internal Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถเห็นหรือสังเกตได้ บุคคลผู้กระทำพฤติกรรมเท่านั้นที่จะรู้ แต่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่

และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ให้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งเน้นในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย หรือมีภาวะเจ็บป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ ความคิดและความรู้สึกในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างตั้งใจ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น

พฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กระบวนการที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ ความคิดและความรู้สึกในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างตั้งใจ ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพขณะรับประทานยาด้านไวรัส

สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี มีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การดูแลตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นั้น จึงต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต้องมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี (สว่าง นันทจันทร์, 2549) ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

2. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่าง ๆ มี

ความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

ถ้าหากผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นอย่างครบถ้วนและเหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย อาจมีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาในการดำเนินชีวิตให้สงบสุข จึงจำเป็นที่ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องมีการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย เพื่อร่วมกันวางแผนให้ความพร้อมในการดูแลตนเองนั้น ได้รับการดูแล แก้ไขอย่างเหมาะสม

#### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี**

พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นแตกต่างกันออกไป ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, 2549, ทองดี ยนจอหอ, 2548, ภูริชญา บุรินทร์กุล, 2547) ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะพัฒนาการ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสพการณ์ชีวิตที่สำคัญของบุคคล โดยปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละรายมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

2. การตีตราทางสังคม จากการที่การติดเชื้อเอชไอวี มีการตีตราทางสังคมว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ เป็นโรคของความสำส่อนทางเพศ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีการแยกตัวออกจากสังคม ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้เกิดปัญหาทั้งในด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และด้านจิตใจ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เหมาะสมเท่าที่ควร การตีตราทางสังคมจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย

3. แรงสนับสนุนทางสังคม โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจมีได้หลายแหล่ง ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข ครอบครัว เพื่อน และชุมชน แรงสนับสนุนทาง

สังคมก่อให้เกิดกำลังใจ การเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับการช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย

4. การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา เป็นต้น โดยการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การแสดงออกตามการรับรู้ การแปลความหมายของเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ จากประสบการณ์เดิม การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคที่เป็นอยู่จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย

#### การส่งเสริมและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้เสนอวิธีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำทดแทน เป็นวิธีการที่พยาบาลตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบและต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจ และวางแผนการกระทำ แนะนำผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลจะต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การกระทำให้หรือกระทำทดแทน อาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการปรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือการผ่อนคลายความเครียด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการกระทำให้หรือกระทำแทนกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยจะมีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย

2. การชี้แนะ การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการ

ชี้แนะและให้ข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการหาแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลแต่ละราย

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล หรือการช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองได้

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้เสนอแนะหลักการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

3.1 ผู้ดูแลควรรับรู้และเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี โดยการอ่านจากเอกสาร หนังสือ ข่าวสารที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ

3.2 ผู้ดูแลควรรู้วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการต่าง ๆ เช่น เมื่อมีไข้ ควรรู้วิธีการเช็ดตัวลดไข้ การสังเกตอาการผิดปกติของการมีไข้ที่ต้องรีบพบแพทย์

3.3 ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.4 ผู้ดูแลควรรู้แหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่พักทางใจ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้เหนื่อยล้า หรือเกิดความวิตกกังวล

3.5 ผู้ดูแลควรมีการเตรียมความพร้อมและมีการวางแผนทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเน้นการสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับทราบการเจ็บป่วยและทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลนี้ ถือได้ว่าเป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ดีและเหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยจะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี ความเสื่อม การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และข้อมูลของแหล่งประโยชน์หรือสถานบริการทางการแพทย์ที่ผู้ดูแลสามารถขอรับบริการได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้สามารถสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

4. การสอน วิธีการนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลักในการสอนผู้ป่วย มีดังนี้

4.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคล โดยเฉพาะผู้ใหญ่ มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรค และ/ หรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

4.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการคิดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกรู้จักคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วย ได้เรียนรู้มากขึ้น

4.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของอิเล็กโทรลิตส์ ภาวะเครียดที่มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้าหรือสิ้นหวัง ข่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนั้นจะต้องสอนให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจงใช้เวลาสั้น ๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำและเื้ออำนวยการให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

4.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัสฝึกหัดการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และควรให้ผู้ป่วยหรือครอบครัว ได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมเมื่อพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้กับผู้ป่วย

4.5 การประเมินโดยการไต่ถามผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม พยาบาลจำเป็นต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุถึงเป้าหมายที่วางแผนไว้ร่วมกัน ให้คำชมและกำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

4.6 เนื้อหาและวิธีการสอน ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย



แต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกัน พยาบาลต้องคอยสังเกตพฤติกรรมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย และปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4.7 การมีสิ่งรบกวนในขณะที่สอน มีผลให้กระบวนการเรียนรู้เกิดการขัดขวาง พยาบาลจึงต้องจัดสิ่งแวดล้อมหรือควบคุมสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุดในขณะที่มีการสอน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ที่ดี

4.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความสนใจในการรับฟังเนื้อหาในการสอนของพยาบาลเป็นอย่างดี

4.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน อำนาจความสะดวก ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้หลักการสอนนี้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี และหลักการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลได้มีข้อมูลที่ถูกต้องในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เป้าหมายสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ในการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากช่วยส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้มีการปฏิบัติได้อย่างสะดวก เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล โดยการจัดสถานที่ในโรงพยาบาลที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ในการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมักได้รับการเลือกปฏิบัติ ความรังเกียจ ความรู้สึกกลัวจากสังคมรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง จึงมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านจิตใจ สามารถให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นได้ เช่น ธรรมชาติและการดำเนินโรค การอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา หรือสมาชิกในครอบครัว การเลิกสิ่งเสพติด สถานบริการทางการแพทย์และการรักษาโรคที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์เลี้ยง หรือผู้ป่วยอื่น ผู้สูงอายุ

ที่คิดเชื่อเอชไอวีที่มีวิจารณ์เฉพาะพอควร ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกและความ ก้าวหน้าทางด้านการดูแลรักษา ตลอดจนข้อจำกัดต่าง ๆ อย่างครบถ้วนและครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด และเพื่อป้องกันมิให้ผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลหลงเชื่อการรักษาผิด ๆ จากผู้ที่หวังผลประโยชน์

### โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวี พบว่า ได้มีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีของ สว่าง นันทจันทร์ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีในชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 132 ราย ผลการศึกษา พบว่า ประชากรที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งในการศึกษาของสว่าง นันทจันทร์ (2549) เป็นการศึกษาที่มีการใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ พิภู นันทชัยพันธ์ (2539)

จันทร์เพ็ญ เผือกไร่ (2550) ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการเอนติรีโทรไวรัสของโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า การดูแลตนเองของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ประกอบด้วย การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ความคาดหวังต่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส และพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการรับประทานยาให้ตรงเวลา สังเกตและติดตามประเมินประสิทธิภาพการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียง การรับประทานอาหารที่สะอาดมีประโยชน์ งดของแสลง บริโภคน้ำดื่มมาก ๆ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยการรักษาเบื้องต้นก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม โดยงดการมีเพศสัมพันธ์หรือขณะมีเพศสัมพันธ์จะใช้ถุงยางอนามัย จากผลการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ เผือกไร่

(2550) ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่าง นันทจันทร์ ที่จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีการนำรูปแบบการพยาบาลใดมาใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ติดเชื้อเอชไอวี และอายุสูงสุดที่ทำการศึกษายู่ในช่วง 50-59 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัสยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเท่าที่ควร การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการวิจัย โดยนำแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากแนวคิดของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็มได้เน้นในเรื่องของการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ความต้องการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจความตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล ในการประเมินความต้องการ ความพร้อมในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองที่ดีและเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็มจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเองและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล โดยการเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นทางการขั้นตอนจำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with non-equivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจผลเลือดเรียบร้อยแล้ว และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 176 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรที่ศึกษา จำนวน 44 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
2. มีผู้ดูแล
3. มีความสามารถในการรับรู้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและสื่อความหมายภาษาไทย เข้าใจได้ดี โดยได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

4. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

##### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้

Power of analysis โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น = .05 อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power) = .8 และ Effect size = .5 ซึ่งเป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลางที่เป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Sherman, 1990 cited in Burns & Grove, 2005) จากการเปิดตาราง Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนต่อกลุ่ม (Burns & Grove, 2005) การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 44 คน

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำรายชื่อผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดจากระบบเวชสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 176 คน มาทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน
2. หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Random Assignment) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากเลขรหัสโรงพยาบาล โดยกำหนดให้การจับสลากครั้งที่ ที่เป็นเลขคี่ คือ ครั้งที่ 1, 3,....., 43 เป็นกลุ่มทดลอง และการจับสลากครั้งที่ ที่เป็นเลขคู่ คือ ครั้งที่ 2, 4,....., 44 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง ผู้ดูแลในครอบครัวขณะเจ็บป่วย ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และสิทธิในการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่เริ่มรับประทานยาจนถึงปัจจุบัน การมารับยา และตรวจตามนัดทุกครั้ง อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรับประทานยาต้านไวรัส ผล CD4+ เมื่อเริ่มการรักษาและปัจจุบัน สูตรยาที่ใช้ในการรักษา และการเปลี่ยนสูตรยา

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของ สว่าง นันทจันทร์ (2549) ที่สร้างโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (1991) ซึ่งมีข้อคำถามที่เป็นการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ครอบคลุมความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ ดังนี้

1.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย ตลอดจนอันตรายต่อชีวิต สุขภาพและพัฒนาการของตนเอง จำนวน 16 ข้อ

1.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวทางสังคม การผ่อนคลายความเครียด การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จำนวน 15 ข้อ

1.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health-deviation Self-care Requisites) ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมและการให้ความสนใจ รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพ การปรับทัศนคติ และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีข้อความทั้งด้านบวก และด้านลบ มีระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ทำอย่างสม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้สูงอายุเห็นว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุเห็นว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นแต่ไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง
ไม่ได้ทำ	หมายถึง	ผู้สูงอายุเห็นว่าไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ทำอย่างสม่ำเสมอ	2	0
ทำเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ได้ทำ	0	2

แบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยในการศึกษาของ สว่าง นันทจันทร์ (2549) ได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.8 ส่วนการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน แล้วทำการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในค่าที่ยอมรับได้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา นอกจากนี้ แบบสอบถามฉบับนี้ยังได้มีการพัฒนามาจากแนวความคิดทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งเป็นการใช้ทฤษฎีเดียวกันกับการวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สว่าง นันทจันทร์ (2549) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) และการศึกษาความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการสนับสนุน ช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย การเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนจำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 3) การปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 4) การติดตามประเมินผลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี สงขลา นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี และสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2543 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มปกติที่มีระดับ

การศึกษาต่าง ๆ จำนวน 614 ราย โดยคณะแพทย์ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ อายุรแพทย์ทางประสาทวิทยา และอายุรแพทย์ทางผู้สูงอายุ แพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยประชากรที่ศึกษาทุกราย เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม และยืนยันการไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมในประชากรปกติ พบว่า แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย มีความแม่นยำ และเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้ได้ทั้งประชากรที่มีการศึกษา และไม่มีการศึกษา (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) โดยแบบทดสอบนี้มีทั้งหมด 11 หัวข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัด (Cut of Point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)

จุดตัด  $\leq 14$  คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

จุดตัด  $\leq 17$  คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือระดับประถมศึกษา

จุดตัด  $\leq 22$  คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือสูงกว่าประถมศึกษา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส และแบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีที่บ้านไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ผ่านประสบการณ์การทำวิจัยโดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการประจำคลินิกผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและ กิจกรรม และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความเหมาะสมตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ซึ่งพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นว่ามีความเหมาะสมทั้ง 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี ที่โรงพยาบาลบางละมุง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา



จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติจริง เช่น ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ผลการนำคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส และแบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้านไปทดลองใช้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีบอกว่าคู่มืออ่านง่าย ตัวอักษรใหญ่ มองเห็นชัดเจน มีภาพประกอบที่สวยงาม น่าสนใจ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าเวลาที่ใช้ในการแนะนำรวมถึงระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพใช้เวลา 60 นาที

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 10 ราย (Polit & Hunger, 1999) หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ขณะทำการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และสอบถามผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีของผู้สูงอายุว่าผู้ดูแล ทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ หากผู้ดูแลทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ดูแลพร้อมทั้งผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้มีความเป็นส่วนตัว บริเวณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้าง สัมพันธภาพกับผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แล้วจึงทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ ติดเชื้อเอชไอวี หรือต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเข้าใจใน วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีเอกสารให้เซ็นยินยอม โดย ไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลและคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

เท่านั้น และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

3. หลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัสที่พัฒนาขึ้นที่ให้กับกลุ่มทดลองไปใช้กับผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวีทุกคนได้รับการบริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี

### การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และมีความสนใจเข้าร่วมเก็บข้อมูลวิจัย ทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่คิดเชื่อเอชไอวี ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

วิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของการทำแบบสอบถาม วิธีการบันทึก คำถาม และคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ทดลองทำแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบที่ได้ (ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเขียนหนังสือ) โดยผู้วิจัยร่วมฟังคำตอบและจดบันทึกคำตอบในแบบสอบถามของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบกับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบันทึกว่ามีข้อใดไม่ตรงกัน ถ้าผลการตรวจสอบพบว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยบันทึกไม่ตรงกับผู้วิจัย ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่เข้าใจไม่ตรงกัน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ และตรวจสอบคำตอบเช่นเดิม จนได้คำตอบตรงกันทั้งหมด จึงให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหน่วยงานดังกล่าว เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### 2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

**2.1.1 ระยะก่อนทดลอง** ใช้เวลา 60 นาที การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้สูงอายุตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. พร้อมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้านของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป

**2.1.2 ระยะดำเนินการทดลอง** ในระยะดำเนินการทดลองในผู้สูงอายุแต่ละรายใช้เวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ที่บ้านของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ตามวันและเวลาที่ทำการนัดหมาย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แจ้งความประสงค์ของผู้วิจัย และแจ้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเข้าถึง เพื่อตอบสนองความต้องการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ปรึกษาหารือและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาณาจารย์วิจัยความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี วางแผนการพยาบาล และฝึกทักษะการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีมีความสนใจ และตั้งใจฟังรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างมาก มีการพูดคุยและเล่าประสบการณ์ที่เป็นอุปสรรคและเป็นแหล่งสนับสนุนในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลในการวินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี นอกจากนี้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพร้อมในการเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างมาก มีการจดบันทึกวันและเวลา พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัย และเมื่อผู้วิจัย โทรศัพท์เพื่อยืนยันเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีให้การตอบรับที่ดี

#### **สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลา 45 นาที**

ผู้วิจัยให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี ผู้วิจัยได้นำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี แนะนำการใช้แบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลมีความสนใจ และซักถามปัญหาและข้อสงสัย มีการฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ ร่วมแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้มีประโยชน์ และมีความเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

#### **สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 15 นาที**

ผู้วิจัยทบทวนการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและการใช้แบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีให้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย หรือไม่เข้าใจ พร้อมกับให้คำแนะนำ ชี้แนะ และแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีสำหรับไว้อ่านทบทวน ผู้วิจัยขอหมายเลขโทรศัพท์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีหรือผู้ดูแลเพื่อทำการติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์ และทำการนัดหมายผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์ถัดไป นับจากวันแรกที่มีการลงบันทึกในแบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวี

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลมีทักษะและสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้อย่างดี เมื่อผู้วิจัยให้ลองปฏิบัติ ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง และเมื่อทบทวนการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ดูแลสามารถอธิบายการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และบอกว่าจะปฏิบัติต่อเนื่องให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และมีความยินดีในการให้ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์

### สัปดาห์ที่ 2-5 กิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที

ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลการดูแลตนเองและการรับประทานยาต้านไวรัส โดยการสังเกตจากการลงบันทึกในแบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย หรือไม่เข้าใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ซึ่งเนะจากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ปัญหาที่พบในระยะก่อนการทดลองลดน้อยลง มีการบันทึกแบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง และมีการบันทึกอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง จำนวนยาที่เหลือตรงกับระยะเวลาที่รับประทานยา มีการสอบถามปัญหาและข้อสงสัยในบางเรื่อง เช่น แพทย์นัดผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมาพบ แต่วันที่แพทย์นัดผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลไม่ว่าง สามารถเลื่อนนัดได้หรือไม่ ควรปฏิบัติอย่างไร ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่โครงการ NAPHA ว่าแพทย์จะออกตรวจในวันใดบ้าง ซึ่งเมื่อทราบวันออกตรวจของแพทย์ ได้ทำการแจ้งให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมาพบแพทย์ในวันนั้น โดยต้องนับจำนวนยาที่เหลือว่าเพียงพอหรือมีเหลืออยู่ ไม่ควรให้ยาหมดก่อนมาพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลรู้สึกยินดีที่สามารถทำการเลื่อนนัดแพทย์ได้ นอกจากนี้เมื่อได้ทำการนับเม็ดยาในแต่ละสัปดาห์ พบว่าจำนวนเม็ดยาคงเหลือถูกต้อง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

#### 2.1.3 ระยะหลังการทดลอง

### สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่ห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้มีความเป็นส่วนตัว บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีชุดเดิมที่ทำการประเมินในระยะก่อนการทดลอง

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีความยินดีที่ได้เข้าร่วมการวิจัย กล่าวขอบคุณผู้วิจัยที่ช่วยให้การดูแลตนเองดีขึ้น และมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีรอยยิ้ม สีสหน้าสดชื่น

#### 2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

**2.2.1 ระยะก่อนการทดลอง** ใช้เวลา 60 นาที การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้สูงอายุตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. พร้อมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้มีความเป็นส่วนตัว บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในอีก 5 สัปดาห์ถัดไป

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีความสนใจ และซักถามปัญหาและข้อสงสัย มีการฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ ร่วมแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้มีประโยชน์ และมีความเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

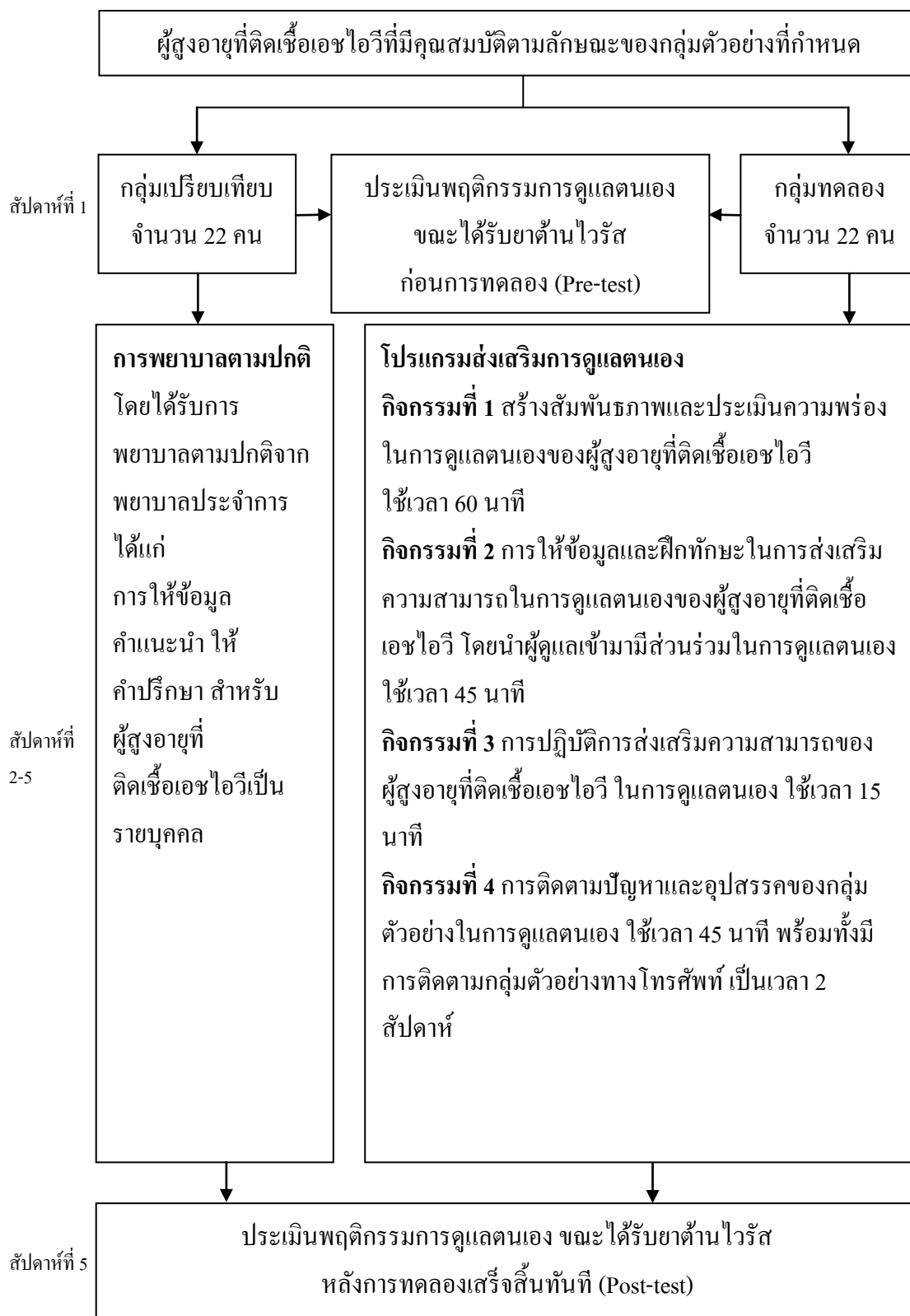
### **2.2.2 ระยะหลังการทดลอง**

#### **สัปดาห์ที่ 5** ใช้เวลา 60 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่ห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้มีความเป็นส่วนตัว บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีชุดเดิมที่ทำการประเมินในระยะก่อนการทดลอง

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลมีความยินดีที่ได้เข้าร่วมการวิจัย

สรุปขั้นตอนการทดลอง ดังภาพที่ 3-1



ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัส แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบ โคนึงปกติ จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แสดงไว้ในตารางที่ 4-1 และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงไว้ในตารางที่ 4-3

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง แสดงไว้ในตารางที่ 4-5

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-1 และตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2$	p-value
	(n = 22)		(n = 22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					-	-
ชาย	10	45.5	11	50.0		
หญิง	12	54.5	11	50.0		
อายุ					1.10	.22
60-69 ปี	21	95.5	19	86.4		
70-79 ปี	1	4.5	3	13.6		
ศาสนา					-	-
พุทธ	21	95.5	22	100.0		
อิสลาม	1	4.5	-	-		
สถานภาพสมรส					.77	.68
โสด	2	9.1	4	18.2		
คู่	11	50.0	10	45.5		
หม้าย/ หย่า/ แยก	9	40.9	8	36.4		
ระดับการศึกษา					-	-
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	13.6	3	13.6		
ประถมศึกษา	16	72.7	19	86.4		
มัธยมศึกษา	2	9.2	-	-		
ปริญญาตรี	1	4.5	-	-		
อาชีพ					-	-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	63.6	17	77.3		
รับจ้างทั่วไป	7	31.8	4	18.2		
ค้าขาย	1	4.5	-	-		
ประมง	-	-	1	4.5		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2$	p-value
	(n = 22)		(n = 22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					1.73	.63
0 – 5,000 บาท	6	27.3	4	18.2		
5,001 – 10,000 บาท	10	45.5	14	63.6		
10,000 – 15,000 บาท	4	18.2	2	9.1		
มากกว่า 15,000 บาท	2	9.1	2	9.1		
ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา แต่ละครั้ง					3.09	.21
0 – 100 บาท	16	72.7	16	72.7		
101 – 200 บาท	5	22.7	2	9.1		
มากกว่า 200 บาท	1	4.5	4	18.2		
ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ					4.89	.30
1 ปี	4	18.2	1	4.5		
2 ปี	7	31.8	5	22.7		
3 ปี	5	22.7	6	27.3		
ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป	6	27.2	10	45.5		
ผู้ดูแลในครอบครัวขณะที่ท่าน เจ็บป่วย					.82	.94
พี่/ น้อง	2	9.1	2	9.1		
คู่สมรส	4	18.2	2	9.1		
บุตร	12	54.5	14	63.6		
เพื่อน/ เพื่อนบ้าน	1	4.5	1	4.5		
อื่น ๆ เช่น หลาน	3	13.6	3	13.6		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2$	p-value
	(n = 22)		(n = 22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ในปัจจุบัน					.82	.94
พ่/ น้อง	2	9.1	2	9.1		
คู่สมรส	4	18.2	2	9.1		
บุตร	12	54.5	14	63.6		
เพื่อน/ เพื่อนบ้าน	1	4.5	1	4.5		
อื่น ๆ เช่น หลาน	3	13.6	3	13.6		
สิทธิในการรักษา					-	-
ประกันสังคม	2	9.1	-	-		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	77.3	18	81.8		
เบิกค่ารักษาต้นสังกัด	1	4.5	-	-		
ชำระเงินเอง	-	-	1	4.5		
อื่น ๆ เช่น โครงการ NAPHA	2	9.1	3	13.6		

จากตารางที่ 4-1 พบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 95.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 45.5) รองลงมา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 27.7) ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง ประมาณ 100 บาท (ร้อยละ 72.7) ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อ 2 ปี (ร้อยละ 31.8) ผู้ดูแลในครอบครัวขณะและผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็นบุตร (ร้อยละ 54.5) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 54.5) สิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.3)

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69

ปี (ร้อยละ 86.4) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ หม้าย/ หย่า/ แยก (ร้อยละ 36.4) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 77.3) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 63.6) ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 บาท (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ มากกว่า 200 บาท (ร้อยละ 18.2) ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ 3 ปี (ร้อยละ 27.3) ผู้ดูแลในครอบครัวขณะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็นบุตร (ร้อยละ 63.6) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 63.6) สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.8)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-2 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส					2.97	.56
1 ปี	5	22.7	6	27.3		
2 ปี	9	40.9	8	36.4		
ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป	8	36.4	8	36.4		
การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง					-	-
ใช่	22	100	22	100		
ไม่ใช่	-	-	-	-		
อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส					-	-
ผื่นคัน	1	4.5	-	-		
ง่วงซึม	1	4.5	5	22.7		
วิงเวียน/ หน้ามืด	1	4.5	1	4.5		

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2$	P-value
	(n = 22)		(n = 22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อ่อนเพลีย/ ไม่มีแรง	1	4.5	2	9.1		
เบื่ออาหาร	5	22.7	2	9.1		
ไข้/ สั่น/ เหงื่อออกง่าย	1	4.5	1	4.5		
ปวดศีรษะ	-	-	3	13.6		
รูปร่างเปลี่ยนแปลง	-	-	2	9.1		
คลื่นไส้/ อาเจียน	5	22.7	4	18.2		
ท้องอืด	1	4.5	-	-		
ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับ					-	-
ระดับ 1	1	4.5	-	-		
ระดับ 2	8	36.4	7	31.8		
ระดับ 3	1	4.5	-	-		
ระดับ 4	2	9.1	1	4.5		
ระดับ 5	-	-	3	13.6		
ระดับ 6	1	4.5	2	9.1		
ระดับ 7	-	-	2	9.1		
ระดับ 8	5	22.7	1	4.5		
ระดับ 9	3	13.6	4	18.2		
ระดับ 10	1	4.5	2	9.1		

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2 ปี (ร้อยละ 40.9) รองลงมา คือ 1 ปี (ร้อยละ 22.7) ทุกคนมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ง่วงซึม (ร้อยละ 22.7) รองลงมา คือ คลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 18.2) และปวดศีรษะ (ร้อยละ 13.6) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 31.8) รองลงมา คือ ระดับ 9 (ร้อยละ

18.2)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 44)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	68.45	2.44	66.14	9.49	1.109	42	.274

P < .05

จากตารางที่ 4-3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็น 68.45 (SD = 2.44) และ 66.14 (SD = 9.49) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = 1.109, p = .274)

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test) แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 44)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง (n = 22)	81.18	2.70	7.191	42	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	66.32	9.31			

P < .05

จากตารางที่ 4-4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 81.18 (SD = 2.70) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 66.32 (SD = 9.31) เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.191) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะเวลาหลังการทดลอง แสดงไว้ในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะเวลาหลังการทดลอง (n = 22)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	68.45	2.44	-17.429	21	<.01
หลังการทดลอง	81.18	2.70			

P < .05



จากตารางที่ 4-5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 68.45 (SD = 2.44) ส่วนในระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 81.18 (SD = 2.70) เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -17.429$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 95.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 45.5) รองลงมา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 27.7) ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง ประมาณ 100 บาท (ร้อยละ 72.7) ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ 2 ปี (ร้อยละ 31.8) ผู้ดูแลในครอบครัวขณะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็นบุตร (ร้อยละ 54.5) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 54.5) สิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.3)

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 86.4) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ หม้าย/ หย่า/ แยก (ร้อยละ 36.4) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 77.3) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 63.6) ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 บาท (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ มากกว่า 200 บาท (ร้อยละ 18.2) ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 45.5) รองลงมา คือ 3 ปี (ร้อยละ 27.3) ผู้ดูแลในครอบครัวขณะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็น

บุตร (ร้อยละ 63.6) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 63.6) สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.8)

2. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2 ปี (ร้อยละ 40.9) รองลงมา คือ 1 ปี (ร้อยละ 22.7) ทุกคนมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 22.7) และคลื่นไส้/ อาเจียน (ร้อยละ 22.7) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 36.4) รองลงมา คือ ระดับ 8 (ร้อยละ 22.7)

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2 ปี (ร้อยละ 36.9) รองลงมา คือ 1 ปี (ร้อยละ 27.3) ทุกคนมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ง่วงซึม (ร้อยละ 22.7) รองลงมา คือ คลื่นไส้/ อาเจียน (ร้อยละ 18.2) และปวดศีรษะ (ร้อยละ 3.13.6) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 31.8) รองลงมา คือ ระดับ 9 (ร้อยละ 18.2)

3. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

4. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง (ได้รับการพยาบาลตามปกติ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างมีแบบแผนโดยประยุกต์ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาการและอาการแสดง การรักษา การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือการรับประทานยา

ด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และครบตามจำนวน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ระดับยาในร่างกายลดต่ำลง มีผลให้ภูมิกู้มกันในร่างกายลดลงด้วยเช่นกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือโรคแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ร่างกายของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเจ็บป่วย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส นอกจากร่างกายที่แย่ลง จะมีผลให้จิตใจอยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคง มีความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตก็จะน้อยลง การเน้นให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เห็นถึงความสำคัญของการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น

ผู้วิจัยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี 3) การปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 4) การติดตามประเมินผลพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และมีทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองดี ขนจอหอ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 95 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.9 โดยส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาด้านไวรัสคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์ไม่เกินครึ่งชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัส ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาด้านไวรัสไม่ครบตามชนิด จำนวนและไม่ตรงเวลา การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานยาด้านไวรัสไม่ครบตามชนิด จำนวนและไม่ตรงเวลา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสครบตามชนิด จำนวนและตรงเวลา ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่าได้รับเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล (2549) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ ซึ่งทำการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี โดยทำการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 65.1 การรับรู้การตีตราทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .01$ ) ส่วนระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ การรับรู้การตีตราทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ยกเว้นการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .18, p < .05$ )

2. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะเวลาหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างมีแบบแผน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองทำให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และความเสื่อมถอยจากความสูงวัย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถอยู่ในสังคม ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกออกเป็น 3 ด้าน (สว่าง นันทจันทร์, 2549) ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้อง

กับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการแต่ละระยะตามวัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและควมมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

ถ้าหากผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นอย่างครบถ้วนและเหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น ในการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของ ฐริชญา บุรินทร์กุล (2547) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสควรประกอบด้วย 1) การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2) การตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3) ความคาดหวังในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่าง นันทจันทร์ (2549) ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกได้เป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเริ่ม และก่อนที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ผู้สูงอายุได้มีการตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไปแล้ว และมีความคาดหวังถึงผลดีของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีปัญหาและความต้องการอยู่ คือ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและทักษะการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและทักษะการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่

ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ฉะนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ในสถานพยาบาลต่าง ๆ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองไปใช้ในการพัฒนาและเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ฝึกทักษะและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษา สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปเป็นทางเลือกในการส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการบริหารการพยาบาล โดยการวางแผนและจัดอัตรากำลังพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลและนักวิจัยควรนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีไปประยุกต์และทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานอื่น ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น เพื่อศึกษาผลการวิจัยในบริบทแวดล้อมที่แตกต่างกัน เนื่องจากผลการศึกษาอาจมีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันได้

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

## บรรณานุกรม

- กนกพร จิรัฐติกาลวงศ์. (2550). *การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์แบบองค์รวม*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (2541). *เอดส์: การวิจัยทางคลินิก*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง.
- จันทร์เพ็ญ เพ็ญไกร. (2550). *การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการแอนติรีโทรไวรัส ของโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัช. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และวราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล. (2550). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์: มุมมองผู้เกี่ยวข้อง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16 (1), 113-122.
- ฐานิตร ใจการ. (2545). *ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อบทบาทของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทองดี ยนจอหอ. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นันทวี ปินปั้นคง. (2548). *การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- นิตยา คชศิลา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึก  
ผ่านคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ:  
ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). เอกส์ การรักษา ยา และวัคซีน. กรุงเทพฯ: ที.ซี.เอเชีย.
- ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2552). รายงานสถิติผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ  
เอชไอวี/ โรคเอดส์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. ชลบุรี: ม.ป.ท.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
เอดส์: *Development of Self-Care Agency Model in Persons with HIV infection/ AIDS.*  
คุณฉวีนิพนธ์พยาบาลศาสตรคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี วงษ์พัฒน์. (2545). トラบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาณุพงษ์ ลาภณิษพุลผล และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2552). โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในผู้ใหญ่  
: HIV Disease and AIDS in Adults, วันชัย วนะชิวานวิน, สุทิน ศรีอภัยพร และวันชัย  
เดชสมฤกษ์ฤทัย. (บรรณาธิการ). ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ I. กรุงเทพฯ:  
หมอชาวบ้าน.
- ภูริชญา บุรินทร์กุล. (2547). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้าน  
ไวรัส. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดาวัลย์ ปันเต. (2543). ความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.  
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วนิชา พึ่งชมพู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลินจง โปธิบาล. (2550). *ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่*. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). *แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา*. ใน ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน และภัทระ แส่นไชยสุริยา (บรรณาธิการ) *แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมนึก สังฆานุกาพ. (2551). *การดื้อยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมสมัย รัตนกริฑากุล และศิริพร ทูลศิริ. (2545). *รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี*. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สว่าง นันทจันทร์. (2549). *พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชมรมมะลิซ้อนโรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริ เชี่ยวชาญวิทย์. (2540). *Color Atlas of HIV infection*. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนส์ บুকส เซนเตอร์.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553. วันที่ค้นข้อมูล 30 มิถุนายน 2553, เข้าถึงได้จาก*  
<http://203.157.15.4/index.php?page=sursys&sys=aidsdata>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2553). *คู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์ พับลิชชิง.
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรียา ไชยลังกา. (2550). *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 283-294.

- สุทธิดา ยศหลวงพูน. (2546). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนุกุล เอกกุล. (2551). การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 540-550.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2551). *ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization (5<sup>th</sup> ed)*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *HIV/AIDS Surveillance report, 2007, 19*. Atlanta: n.p.
- Coon, D. W., Lipman, P. D., & Ory M. G. (2003). Designing effective HIV/AIDS social and behavioral intervention for the population of those age 50 and older. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 194-205.
- Cornelius, J. B., Moneyham L., & LeGrand S. (2008). Adaptation of an HIV prevention curriculum for use with older African American women. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 16-27.
- Ferron, P., Young S., Boulanger C., Rodriguez A., & Moreno J. (2010). Integrated care of an aging HIV-infected male-to-female transgender patient. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, 21(3), 278-282.
- Jaikaew, S. (1997). *Effect of Family Support Programme on Adaptation to AIDS of HIV Seropositive Persons*. Doctoral dissertation, Graduate School, Mahidol University.

- Justice, A. C., Landefeld, C. S., Asch, S. M., Gifford, A. L., Whalen, C. C., & Covinsky, K. E. (2001). Justification for a new cohort study of people aging with and without HIV infection. *Journal of Clinical Epidemiology*, *54*, 3-8.
- Kemppainen, J. K., Holzemer, W. L., Nokes, K., Eller, L. S., Corless, I. B., Bunch, E. H., Kirksey, K. M., Goodroad, B. K., Portillo C. J., & Chou, F. Y. (2003). Self-care management of anxiety and fear in HIV disease. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, *14*(2), 21-29.
- Lieberman, R. (2000). HIV in older Americans: An epidemiologic perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *45*(2), 176-182.
- Martin, C. P., Fain, M. J., & Klotz, S. A. (2008). The older HIV-positive adult: A critical review of the medical literature. *The American Journal of Medicine*, *121*, 1032-1037.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby, Inc.
- Plach, S. K., Stevens, P. E., & Keigher, S. (2005). Self-care of women growing older with HIV and/ or AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, *27*(5), 534-553.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Schatz, E., & Ogunmefun, C. (2007). Caring and contributing: The role of older women in rural South African multi-generational households in the HIV/AIDS era. *World Development*, *35*(8), 1390-1403.
- United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision, Highlights, Working Paper No. ESA/P/WP. 210*.
- United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). (2009). *AIDS epidemic update: December 2009*. Retrieved June 20, 2010, from [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- |  |  |
|--|--|
| 1. นายแพทย์ชเนศ จัควัฒนกุล                     | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม<br>โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ<br>ศรีราชา จังหวัดชลบุรี                              |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ  |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม     | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ  |
| 4. ดร. รวีวรรณ เผ่ากัณหา                       | อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย<br>อุบลราชธานี                               |
| 5. นางพรเพ็ญ เมฆาจิตติพันธ์                    | พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่<br>ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม-<br>ราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี |

**ภาคผนวก ข**

**ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**



## เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แผนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 2 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน

(ตัวอย่าง)

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี



จัดทำโดย

วรรณภา งอกอ่อน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2555

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการดำเนินการอย่างมีแบบแผน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส เพื่อเพิ่มการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และความรู้เชิงวิชาการเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุน และช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนจำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล โดยการแนะนำตัว และซักถามเรื่องต่างๆ ไป เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และไว้วางใจผู้วิจัย

1.2 การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการพูดคุยและสอบถามถึงวิธีการที่ผู้ดูแลเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อมูลที่ให้กับผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี ความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และข้อมูลของแหล่งประโยชน์หรือสถานบริการทางการแพทย์ที่ผู้ดูแลสามารถขอรับบริการได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้สามารถสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

1.3 การประเมินความต้องการ ปัญหา และความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การประเมินในขั้นตอนนี้จะใช้วิธีการพูดคุยและซักถาม โดยคำถามที่ใช้ในการประเมินจะเป็นคำถามจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างคำถาม เช่น



## ส่วนที่ 2

คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง  
สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับยาต้านไวรัส

(ตัวอย่าง)

# คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุ



จัดทำโดย

นางวรรณภา งอกอ่อน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2555

## ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

### เอชไอวี คืออะไร

เอชไอวี คือ เชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อนี้เกิดการเจ็บป่วย โดย



ไวรัสจะเข้าโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย



เมื่อเวลาผ่านไป ระบบภูมิคุ้มกันจะอ่อนแอลง



ร่างกายจะสูญเสียระบบการป้องกันเชื้อโรคต่าง ๆ ทำให้ร่างกายมีการติดเชื้อได้ง่าย

### เชื้อเอชไอวี ทำงานอย่างไร

ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะมีส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดคือ เซลล์เม็ดเลือดขาว ที่มีสารซีดี 4 อยู่บนผิวเซลล์ ซึ่งต่อไปนี้จะเรียก เซลล์เม็ดเลือดขาวนี้ว่า ซีดี 4

### ส่วนที่ 3

แบบบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัส  
ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน



(ตัวอย่าง)

## แบบบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่บ้าน



จัดทำโดย

นางวรรณภา งามอ่อน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2555

## แบบบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่บ้าน

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามการรับประทานยาของท่าน

วันที่					
ชื่อยา/ ลักษณะของยา	เวลาที่กำหนด	รับประทาน		ไม่รับประทาน	
		เวลาที่รับประทานจริง	จำนวนเม็ดที่รับประทาน		เหตุผล
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		.....
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เวลาอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....เม็ด เพราะ.....		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		.....
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เวลาอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....เม็ด เพราะ.....		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		.....
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... เม็ด		
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> เวลาอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....เม็ด เพราะ.....		

## สำหรับผู้วิจัยประเมิน

### สรุปผลการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ .....

วันที่.....

ชื่อยา/ลักษณะยาที่รับประทาน.....

จำนวนยาทั้งหมดก่อนรับประทาน ..... เม็ด

จำนวนยาที่เหลือหลังรับประทาน ..... เม็ด

จำนวนครั้งที่รับประทานยาครบ ..... ครั้ง

จำนวนครั้งที่ลืมรับประทานยา ..... ครั้ง

เหตุผลที่ลืมรับประทานยา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ภาคผนวก ค**

**ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส  
ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า

5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา

4. อนุปริญญา

5. ปริญญาตรี

6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

1.ว่างงาน

2. รับจ้างทั่วไป

3. ค้าขาย

4. เกษตร/ ประมง

5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

6. อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

8. ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง.....บาท

9. ระยะเวลาที่ทราบโรค.....ปี

10. ผู้ดูแลในครอบครัวขณะที่ท่านเจ็บป่วย

1. บิดา/ มารดา

2. พี่/ น้อง

3. คู่สมรส

4. บุตร

5. เพื่อน/ เพื่อนบ้าน

6. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

1. บิดา/ มารดา

2. พี่/ น้อง

3. คู่สมรส

4. บุตร

5. เพื่อน/ เพื่อนบ้าน

6. อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านใช้สิทธิในการรักษา

1. บัตรประกันสังคม

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. เบิกค่ารักษาต้นสังกัด

4. ชำระเงินเอง

5. อื่น ๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

**1. แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา**

**คำอธิบาย** จี๊ดเครื่องหมาย **X** บนเส้นตรงข้างล่าง ซึ่งเส้นตรงนี้มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดย 0 คะแนน นับจากจุดเริ่มต้นของของเส้นด้านซ้ายสุด หมายถึง การรับประทานยาสม่ำเสมอ น้อยที่สุด ถึง 100 คะแนน ที่ปลายขวาสุดของเส้นตรง หมายถึง การรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด ไม่เคยขาดยาแม้แต่เม็ดเดียว

**คำถาม** ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาสม่ำเสมอเพียงใด

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

---

ไม่สม่ำเสมอเลย

สม่ำเสมอมากที่สุด  
(ไม่เคยขาดยาแม้แต่เม็ดเดียว)





**ภาคผนวก ง**

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

### MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง  
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

#### 1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร .....
- 1.2 วันนี้วันอะไร .....
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร .....
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....

#### 2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

##### 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ...ชื่อว่าอะไร .....
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร .....
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

##### 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร .....
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร .....
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร .....
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

**ภาคผนวก จ**  
**เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

**การวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองขณะ  
ได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

**รหัสจริยธรรมการวิจัย** 07-12-2554

**ชื่อผู้วิจัย** นางวรรณภา งอกอ่อน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับ  
ยาต้านไวรัส

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจาก  
แพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย  
นอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้เวลาในการเก็บข้อมูล  
ทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยขอ  
ความร่วมมือท่านตอบแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่  
ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2  
สัปดาห์ที่ 1 ท่านประเมินปัญหา ความต้องการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และแหล่ง  
สนับสนุน หรือแหล่งประ โยชน์ที่ท่านและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงและไม่สามารถเข้าถึงได้ หลังจากนั้น  
นั้นท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการดูแล  
ตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการแนะนำวิธีการใช้แบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัส  
และขอความร่วมมือท่านทำแบบบันทึกในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยตนเองที่บ้านเป็นเวลา 4  
สัปดาห์ ครั้งที่ 3-5 ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามการดูแลตนเองของท่านและให้คำปรึกษา และผู้วิจัย  
ประเมินผลการวิจัย ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านตอบแบบประเมินความ  
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถาม  
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีชุดเดิมที่ทำในครั้งที่ 1

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ท่านมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสได้ดีขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้ง ให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดชื่อ การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือเผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะได้รับการทำลาย หลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่นางวรรณภา งอกอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ 086-835-1546 หรือที่ ผศ.ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-613-4836

นางวรรณภา งอกอ่อน  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มเปรียบเทียบ)

การวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองขณะ  
ได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-12-2554

ชื่อผู้วิจัย นางวรรณภา งอกอ่อน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะได้รับ  
ยาต้านไวรัส

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจาก  
แพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย  
นอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2  
ครั้ง ห่างกัน 5 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ท่านตอบ  
แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ  
แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 ท่าน  
ตอบแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี และ  
แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีชุดเดิมที่ทำการประเมินใน  
ระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ท่านมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง  
ได้รับยาต้านไวรัสถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ  
สามารถจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสได้ดีขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วม หรือ  
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาล  
ของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการ

วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดชื่อ การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือเผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะได้รับการทำลาย หลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางวรรณภา งอกอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ 086-835-1546 หรือที่ ผศ.ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-613-4836

นางวรรณภา งอกอ่อน  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน  
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน  
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางวรรณภา งอกอ่อน.....)



-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางวรรณภา งอกอ่อน.....)

**ภาคผนวก จ**

**เอกสารแสดงผลการพิจารณาจริยธรรม**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

The Effect of Promoting Self Care Program on Self-Care Behavior in Elderly Patients with HIV Receiving Antiretroviral Drugs

2. ชื่อนิติ นางวรรณภา งอกอ่อน

รหัสประจำตัวนิติ 52920238      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ      รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07-12-2554  
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 44 คน
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2555 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2555
- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา  
จังหวัดชลบุรี

4. วันที่ให้การรับรอง: 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๕



ฝ่ายการที่ ๑๔๑/๖๕  
วันที่ 16 / พ.ค. / ๖๕  
เวลา 14.๒7 น.

สารบรรณ ๒๖๓ / ศ.ค. ๒๕๕๕  
ภายนอกที่ ๒๑๕๗ / ๖๕  
วันที่ 5 ส.ค. ๒๕๕๕  
เวลา 14.02 น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

(๒๗) กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

วิชาการฝ่ายการที่ ๔๗๑/๐๖  
วันที่ 18 / พ.ค. / 66  
เวลา ๐๙.๓๗ น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้โปรแกรมการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
  ๒. แบบบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่บ้าน
  ๓. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
  ๔. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
  ๕. วีดิทัศน์ประกอบการสอน

ด้วย นางวรรณภา งอกอ่อน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาด้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีย์ กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกให้นิสิตทดลองใช้โปรแกรมการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ HIV ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน ๔๔ คน ในระหว่างวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

(รองศาสตราจารย์ทิริยา สุขศรี)

รองคณบดีฝ่ายบริหารยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผอ: ๑๗๖๑๗๖ กรมส่งเสริมการเกษตร  
พิจารณา  
๒๕๕๕-๖  
๘/๒๕๕๕

กศทอ.๑๗๖๑๗๖ กรมส่งเสริมการเกษตร (๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕)

*(Signature)*

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๔๓๔๓๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๘๓๕-๑๕๕๖

*(Signature)*

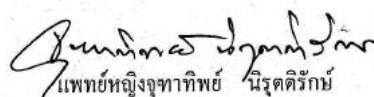
เรียน คณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

เรื่อง ขอเสนอ โครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี”

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  2. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
  3. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
  4. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับผู้ดูแล
  5. วัตถุประสงค์ประกอบกรตอน

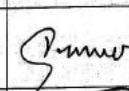
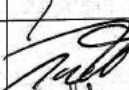
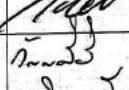
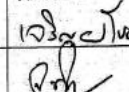

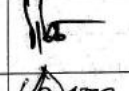
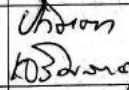
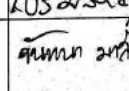
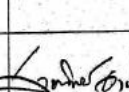
ด้วยผู้วิจัยมีความประสงค์จะดำเนินการงานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงขอตกลงใช้โปรแกรมการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ HIV ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ – 3 ตุลาคม 2555

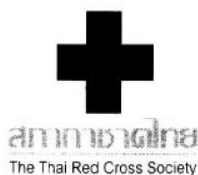
เพื่อโปรดพิจารณาพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัย

  
แพทย์หญิงจุฑาทิพย์ นีรัตติรักษ์

ประธานกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

วันที่ 16 มีนาคม 2555

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	ผลการพิจารณา			
			อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)	อนุมัติ (โดยมีเงื่อนไขให้ปรับปรุงแก้ไข)	รอการพิจารณาหรือ ยังไม่พิจารณา	ไม่ อนุมัติ
1.	พ.ญ.จุฑาทิพย์ นีรัตติรักษ์ ประธานกรรมการฯ		✓			
2.	น.พ.วันชัย นัยรักษ์เสรี รองประธานกรรมการ		✓			
3.	นางกัญญ์สุธี เจริญธรรมโชค กรรมการ		✓			
4.	ศศ.ดร.จุฬาลักษณ์ บารมี กรรมการ		✓			
5.	น.พ.วิเชียร จุฬาเสรีกุล กรรมการ		✓			
6.	นางปัทมา เจริญลาภธนกุล กรรมการ		✓			
7.	น.ส.จันทนา มาลัย กรรมการ		✓			
8.	นางสายทิพย์ อานโพธิ์ทอง กรรมการและเลขานุการ		✓			
9.	นางสาวชื่นฤทัย ชีเขียน กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ		✓			



ฉบับที่ 5/2555

## หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

### โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. ผู้วิจัยหลัก : นางวรรณภา อกอ่อน  
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
  - (  ) อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
  - (  ) อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
  - (  ) รอกการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
  - (  ) ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 26 เม.ย. 2555

ลงนาม.....  
 (แพทย์หญิงจุฑาทิพย์ นิรุตติรักษ์)

ประธานคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ  
 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา



**ภาคผนวก ข**

ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี  
ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง



1. ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

ตารางภาคผนวก ข-1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n = 22)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	66.14	9.49	-1.283	21	.213
หลังการทดลอง	66.32	9.31			

$P < .05$

จากตารางภาคผนวก ข-1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 66.14 (SD = 9.49) ระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 66.32 (SD = 9.31) เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่า ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัสในระลอกการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -1.283$ )