

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาท
ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

สมพิศ พงษ์วิรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาท
ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

สมณ พงษ์วิรัตน์

นางสาวสมพิศ พงษ์วิรัตน์
ผู้ศึกษา

71m

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์,
Ph.D. (Nursing Sciences)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศศิธร เก่งเจริญกุล

รองศาสตราจารย์ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล,
M.D., M.H.S.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมน พงษ์วิรัตน์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ม. พงษ์

รองศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาท
ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2556

นางสาวสมพิศ พงษ์วิรัตน์

ผู้ศึกษา

ผู้ศึกษา

อรรถพร วัฒนกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงกมล วัฒนกุลย์,
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผอ. elli

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดา หาญประสิทธิ์คำ,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิมล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พูลสุข เจนพานิชย์
วิสุทธิพันธ์, Ph.D. (Nursing Sciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ศิริโสภณ เกียรติบุรณกุล

รองศาสตราจารย์ศิริโสภณ เกียรติบุรณกุล,
M.D., M.H.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สม นว

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ. -

ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,

พ.บ., ว.ว. สุนัขศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ. ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รศ. พญ. ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

กราบขอบพระคุณ ผศ. ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผศ. ดร. ดวงกมล วัฒราดุลย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์จากภายนอกที่ให้ข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ผศ. ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ผศ. ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม และ อ. ดร. เขมรดี มาสิงบุญ ที่ได้ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริพดี ที่อำนวยความสะดวกพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญคือขอขอบพระคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวีทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณวาทินิ คัชมาตย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลตึกสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา อาจารย์ปรานอม นิมนินทร์ หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ และคุณปิยรัตน์ ทวยเจริญ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ที่ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่อำนวยความสะดวกในการให้แถวและคอยให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พยาบาลรหัส 53 และน้อง ๆ พยาบาลรหัส 54 ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา และขอขอบคุณคุณศิริรัตน์ ปั่นโพชา และคุณจิรวรรณ โหม่งหรั่ง เจ้าหน้าที่ธุรการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณอาซึ่งเป็นผู้มีพระคุณที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สมพิศ พงษ์วิรัตน์

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

SELF-CARE BURDEN IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE DISORDERS

สมพิศ พงษ์วิรัตน์ 5337098 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, Ph.D. (NURSING SCIENCES), ศศิโสภณ
เกียรติบุรณกุล, M.D., M.H.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กรอบทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มและกรอบแนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเองของโอเบริสต์มาเป็นแนวทางในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 177 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และนำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ พิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คือ ร้อยละ 12.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.27 มีภาระในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาคะแนนภาระในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดได้แก่ การออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพในการประเมินภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและวางแผนให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อลดภาระในการดูแลตนเองและเป็นการส่งเสริมการมีสุขภาพดีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ภาระในการดูแลตนเอง / ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

SELF-CARE BURDEN IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE DISORDERS

PONGVIRAT SOMPIT 5337098 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : POOLSUK JANPANICH WISUDTIPUN, Ph.D.,
SASISOPIN KIERTIBURANAKUL, M.D., M.H.S.

ABSTRACT

The present descriptive study aimed to determine the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders and to study self-care burden in patients with HIV-associated neurocognitive disorders. Orem's self-care theory and Oberst's self-care burden theory were used as the conceptual framework in this study.

The study sample consisted of 177 HIV-infected patients at the infectious disease clinic, out-patient medicine department, Ramathibodi Hospital. The sample was purposively recruited from October, 2012 to April, 2013. Data were analyzed by means of descriptive statistics: frequency distribution, percentage, range, mean, and standard deviation.

The study findings revealed that the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorder patients was 12.4 percent. It was also found that most of the subjects (77.27%) had self-care burden scores at a moderate level. When considering self-care burden, the study findings showed that doing regular exercise, managing expenses, and seeking resources in the community for healthcare purposes were found to be the most important self-care burdens.

The findings of this study regarding self-care burden in patients with HIV-associated neurocognitive disorders are useful for healthcare professionals, who should screen patients for HIV-associated neurocognitive disorders and provide specific nursing care plans for these patients to decrease self-care burden and promote well-being and quality of life.

KEY WORDS : SELF-CARE BURDEN / HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE
DISORDERS

115 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	3
คำถามวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี	8
ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	13
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องในการดูแลตนเองและภาวะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	27
สถานที่เก็บข้อมูล	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	35
บทที่ 5 การอภิปรายผล	51
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	62
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	79
รายการอ้างอิง	93
ภาคผนวก	99
ประวัติผู้วิจัย	115

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
2.1	เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในประเทศไทย	12
2.2	เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders)	15
2.3	แสดงประสิทธิภาพในการซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางของยาต้านเอชไอวี (antiretroviral central nervous system penetration-effectiveness: CPE) แต่ละชนิดของปี พ.ศ. 2553	18
4.1	จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	35
4.2	จำนวนร้อยละของคะแนนการคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	38
4.3	จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	40
4.4	จำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	42
4.5	จำนวนร้อยละของการได้รับยาต้านเอชไอวีและยาอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	44
4.6	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก	46
4.7	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก	48
4.8	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก	49

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนเพราะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในหลายมิติ และยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทยเพราะยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมและผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นรวมทั้งยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่สำรวจในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 35.3 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์แล้ว 1.6 ล้านคน (World Health Organization, 2012) สำหรับประเทศไทยนักวิชาการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2555 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการมากกว่า 1.2 ล้านคน และมีการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อในปี พ.ศ. 2527 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 276,947 คน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ทำให้โรคเอดส์หายขาดได้ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ยาต้านเอชไอวีสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตยืนยาวมากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสมากขึ้น (non-opportunistic infections) ได้แก่ โรคไต เบาหวาน ตับอักเสบ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (Barbaro, 2006; Lucas et al., 2004; Valcour et al., 2005; Sacktor, 2002) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงที่ทำลายระบบประสาทส่วนกลางจนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการของภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะบกพร่องของระบบประสาทในระยะที่ยังไม่มีอาการ (asymptomatic neurocognitive impairment; ANI) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย (HIV-associated mild neurocognitive disorder; MND) และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated

dementia; HAD) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555; Antinori et al., 2007) ในต่างประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2546-2550 มีการศึกษาของนักวิจัยกลุ่มชาร์เตอร์ (The CNS HIV Antiretroviral Therapy Effects Research; CHARTER) พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) ในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 52 (Heaton et al., 2010) ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2550-2551 มีการศึกษาของนักวิจัยในโครงการ The 2NN Cohort Study พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) ร้อยละ 37.5 (Pumpradit et al., 2010) และจากผลการศึกษาทั้งสองดังกล่าวพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลง (HAD) แต่กลับพบความชุกของภาวะบกพร่องของระบบประสาทในระยะที่ยังไม่มีอาการ (ANI) และภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย (MND) มากขึ้น (Heaton et al., 2010; Pumpradit et al., 2010)

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระบบประสาทด้านความคิดและสติปัญญา (neurocognitive impairment) มีความบกพร่องของระบบจิตประสาท (neuropsychological impairment) และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ (motor dysfunction) (Antinori et al., 2007) รูปแบบของอาการมีหลากหลายอย่าง ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ลดลง ไม่เข้าใจภาษา พูดผิด ๆ ถูก ๆ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ การตัดสินใจผิดพลาด ไม่มีสมาธิหรือความสนใจลดลง หลงลืม มีการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ โดยจะขยับตัวช้า เดินลำบาก ตัวแข็งคล้ายโรคพาร์กินสัน เดินไม่แกว่งแขน ลำตัวโค้งไปข้างหน้า เดินเซ อ่อนแรง หยิบจับของแล้วร่วงหล่น ปัสสาวะราดเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุม การขับถ่าย แรงดึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นร่วมกับปฏิกิริยาสะท้อนของเส้นเอ็นที่แขนและขาแรงขึ้น ตาไม่ค่อยกะพริบ พูดเสียงเบา มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง สับสนหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือร่าเริงผิดปกติ มีสีหน้าที่ไร้อารมณ์ พูดน้อยลง ซึมเศร้า หรือแยกตัว (พาสิริ สิทินามสุวรรณ, 2554; ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล, 2554) อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีเมื่อเทียบกับในอดีต (Heaton et al., 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและอาจเกิดภาระในการดูแลตนเองได้ เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยต้องเคร่งครัดในเรื่องการรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ลืมรับประทานยาและทำให้จัดยาผิดพลาดได้ (Albert et al., 2003) ส่งผลให้การรักษาล้มเหลวและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปัญหาดังกล่าว

การตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในขณะที่ยังอยู่ในระยะที่ไม่รุนแรงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทำให้ทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยการช่วยผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ การทำงาน การเข้าสังคม รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีความยากลำบากหรือเป็นภาระในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีการตรวจคัดกรองหรือประเมินภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีในคลินิกตรวจโรคทั่วไปของประเทศ ไทย รวมทั้งในคลินิกโรคติดเชื้อของแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มารับการบริการเดือนละประมาณ 1,960 คน (สถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในวางแผนการพยาบาลสำหรับลดภาระในการดูแลตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีต่อไป

กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ของโอเร็ม (Orem, 2001) และกรอบแนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของโอเบริสต์ ฮิวส์ ชาง และแมคคอบบิน (Oberst, Hughes, Chang, & McCubbin, 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

ตามแนวคิดของโอเร็มกล่าวว่าความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์กันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองมีไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 2001, 282) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) (Orem, 2001, 47-49) จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง

ในประเทศและต่างประเทศพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงจนมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าปกติ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสะอาด งดอาหารหมักดอง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และ ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วยการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่และเลิกใช้สารเสพติด (ภุริขญา บุรินทร์กุล วารุณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2550; Gaskins & Lyons, 2000) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่และเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เป็นปกติอย่างสม่ำเสมอ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และสุวรรณา บุญยะลิพรรณ, 2553) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านเอชไอวีควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูงเนื่องจากยาต้านเอชไอวีมีผลข้างเคียงทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ (ปวีณา สนิธสมบัติ, 2550)

2. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ส่วนใหญ่เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อจะกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวในภูมิลำเนาเดิมเพื่อต้องการกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพราะยังต้องทำงานหรือเรียนหนังสือจึงมักปกปิดผลเลือดเพื่อคงสัมพันธภาพที่ดีของตนเองกับสังคมไว้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเปิดเผยผลเลือดกับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจเท่านั้นเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและกลัวถูกตีตราจากสังคม (Gaskins & Lyons, 2000) เมื่อเกิดความเครียดผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหาวิธีคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ ยืดยาสนาเป็นที่พึงพอใจ ปลงตกกับชีวิต ไม่กลัวตาย และมีทัศนคติในแง่บวกด้วยการมองโลกในแง่ดี (สิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์, 2554; Gaskins & Lyons, 2000)

3. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากคนที่ไม่เคยสนใจสุขภาพก็จะหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น ได้แก่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ป็นหวัด หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น แมวและนกพิราบ งดใช้ของส่วนตัวและของมีคมร่วมกับผู้อื่นเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ เครื่องครัวเรื่องการรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและตรงเวลา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เมื่อพบอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายจะไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง (สิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์, 2554)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ อ่านหนังสือจากห้องสมุด หาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม (support group) กับองค์กรให้การช่วยเหลือด้านโรคเอดส์ (AIDS Service Organizations) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองและระบายความเครียด (Gaskins & Lyons, 2000)

แนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเอง (Self-care burden)

ตามแนวคิดของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) ภาระในการดูแลตนเอง หมายถึง ผลลัพธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการหรือความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองและความยากลำบากของตนเองในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ถ้าหากบุคคลใดมีภาระในการดูแลตนเองมากจะไม่สามารถเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้ มีการศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศเรื่องภาระในการดูแลตนเองของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกาของ อนาสทาสิโอ แมคมาฮัน แดเนียลส์ นิโคลัส และพอล-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง คือ การเลี้ยงดูบุตร การออกกำลังกาย และการทำงาน ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง คือ การรับประทานยา/การรักษาอาการจากโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

ในประเทศไทยมีการศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ดังนี้ ทิพย์วรรณ วังเกตรา (2541) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับการเปลี่ยนไตพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีภาระในการดูแลตนเองมากเนื่องจากต้องรับผิดชอบหน้าที่การงานและดูแลครอบครัว เกิดความเครียดจากการเร่งรีบและไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระในการดูแลตนเองน้อยเนื่องจากไม่ต้องทำงานและมีลูกหลานคอยดูแล และพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยจะมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเกิดโรคนานเนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองน้อย ส่วนผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดโรคนานจะพัฒนาการเรียนรู้การดูแลตนเองจากการลองผิดลองถูก จากการสอนและคำแนะนำจากบุคคลอื่นทำให้มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองน้อย นงลักษณ์ จ่างตระกูล (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าผู้ป่วยที่ภาระในการดูแลตนเองน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ภาระในการดูแลตนเองมาก

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้สามารถอยู่กับผลของพยาธิสภาพจากโรคและคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพได้ หากผู้ป่วยมีความรู้สึกลำบากในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน อาจรู้สึกลำบากในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านั้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความรู้สึกว่ากิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นภาระในการดูแลตนเอง

คำถามวิจัย

1. ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีค่าเป็นเท่าใด
2. ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 177 คน ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556

นิยามตัวแปร

1. ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) หมายถึง ความผิดปกติของสมอง เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะสมองเสื่อม และมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอาการในทางที่แย่งลง 4 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด พฤติกรรม อารมณ์ และการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Antinori et al., 2007 & Robertson et al., 2009, พาสิริ สิทธินามสุวรรณ, 2554) ประเมินได้จากแบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) ของแซกเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2005)

2. ภาระในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่รับรู้ถึงความจำเป็นและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001, 47-49) ประเมินได้จากแบบวัดภาระในการดูแลตนเองของโอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al., 1991)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี
2. ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ คำนิยาม การวินิจฉัย อุบัติการณ์และความชุก สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พยาธิสภาพ อาการแสดง และผลกระทบของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND)
3. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องในการดูแลตนเองและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus; HIV) เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ (acquired Immune deficiency syndrome; AIDS) เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่เซลล์เป้าหมายที่มีซีดีสี่อยู่บนผิวเซลล์ (CD4 marker) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเม็ดเลือดขาวชนิด T-helper lymphocyte (CD4 T-lymphocyte) ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งบางชนิด รวมทั้งพบอาการทางระบบประสาท อาการที่ผิวหนัง และระบบอื่นๆ ของร่างกาย (สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2552)

ระยะฟักตัวจะนับตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงติดเชื้อครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ บางรายอาจนานถึง 6 เดือน ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ปริมาณเชื้อที่ได้รับ วิธีการที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมของผู้ติดเชื้อ (สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2552)

เนื่องจากการแบ่งระยะการดำเนินโรคไม่เหมือนกันทางศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (centers for disease control and prevention; CDC) ได้แบ่งระยะการดำเนินโรคโดยใช้อาการทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ (CD4) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเอ กลุ่มบี และกลุ่มซี ดังนี้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

กลุ่มเอ หมายถึง ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่มีหลักฐานว่าติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีสถานะของโรคอื่นใดที่ได้กำหนดอยู่ในกลุ่มบี และกลุ่มซีหรือมีสถานะของโรคอยู่ในข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังนี้ ได้แก่ 1) มีการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ (asymptomatic) 2) มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตเรื้อรัง (persistent generalized lymphadenopathy) และ 3) มีการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกแบบเฉียบพลันหรือมีประวัติว่าเคยมีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (acute/primary HIV infection) ได้แก่ มีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อูจจาระร่วง เป็นต้น

กลุ่มบี หมายถึง ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่มีหลักฐานว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการซึ่งไม่ได้กำหนดว่าอยู่ในกลุ่มซี หรือมีคุณลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อในคุณลักษณะดังนี้ ได้แก่ 1) มีสถานะเข้าได้กับสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีสถานะที่แสดงว่ามีความบกพร่องของระบบการตอบสนองแบบภูมิคุ้มกันฟังกเซลล์ และ 2) มีสถานะที่แพทย์พิจารณาว่ามีการเจ็บป่วยทางคลินิกหรือต้องการการบำบัดดูแลรักษาเนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ (1) ฝ้าขาวในช่องปากจากการติดเชื้อราแคนดิดา (2) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องคลอดแบบเรื้อรังเป็นๆ หายๆ (3) มะเร็งปากมดลูกระยะแรกหรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (4) มีไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหรืออูจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน (5) มะเร็งชนิด Kaposi's sarcoma (6) ฝ้าขาวในช่องปากชนิด hairy leukoplakia (7) งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้งหรือเป็นมากกว่าหนึ่งปมประสาท (8) ภาวะเกร็ดเลือดต่ำผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic thrombocytopenic purpura) (9) โรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Listeria monocytogenes* (10) โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ (pelvic inflammatory disease) และ (11) ภาวะปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy)

กลุ่มซี หมายถึง ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่มีหลักฐานว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการแสดงหรือมีภาวะบ่งชี้ของการเป็นเอดส์ (AIDS-defining illness) ได้แก่ (1) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลม เนื้อปอด หรือหลอดอาหาร (2) มะเร็งปากมดลูกชนิดดุกกลาม (3) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา *Coccidioides immitis* ชนิดแพร่กระจาย หรือนอกปอด (3) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา *Cryptococcus neoformans* ที่นอกปอด (4) อูจจาระร่วงเรื้อรังที่เกิดจากการติดเชื้อ *Cryptosporidium* มากกว่า 1 เดือน (5) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV) นอกเหนือจากตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลือง (6) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส CMV ที่ทำให้สูญเสีย

การมองเห็น (7) ภาวะผิดปกติทางสมองที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (8) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หรือทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดอักเสบหรือปอดอักเสบหรือหลอดอาหารอักเสบ (9) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา *Histoplasma capsulatum* (10) อูจาระร่วงเรื้อรังที่เกิดจากการติดเชื้อ *Isospora spp.* นานกว่า 1 เดือน (11) มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนังชนิด Kaposi's sarcoma (12) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด immunoblastic (13) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt's (14) มะเร็งสมองชนิดปลุมนุมิ (15) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ *Mycobacterium avium complex* (MAC) หรือ *Mycobacterium kansasii* ชนิดแพร่กระจายหรือนอกปอด (16) วัณโรคในปอดหรือนอกปอด (17) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ *Mycobacterium spp.* อื่นชนิดแพร่กระจายหรือนอกปอด (18) โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* (19) โรคปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ (20) สมองเสื่อมจากภาวะ progressive multifocal leukoencephalopathy (21) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อ salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ (22) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ *Toxoplasma gondii* และ (23) กลุ่มอาการน้ำหนักลดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV wasting syndrome) สำหรับประเทศไทย นับรวมภาวะต่อไปนี้เป็นหนึ่งในภาวะบ่งชี้ของการเป็นเอดส์ ได้แก่ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา *Penicillium marneffeii* โรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Nocardia spp.* และโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Rhodococcus spp.*

ทางติดต่อของการติดเชื้อเอชไอวี คือ ทางเพศสัมพันธ์เป็นหลักทั้งการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกัน (heterosexual) และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (homosexual) ทางติดต่ออื่นๆ ได้แก่ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันซึ่งพบมากในผู้ใช้สารเสพติด การได้รับเลือดหรือการปลูกถ่ายอวัยวะ และจากการคาบถั่วพรก (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

วิธีการตรวจที่ใช้ในห้องปฏิบัติการต่างๆ ไปเป็นการตรวจหาแอนติบอดีหลังการติดเชื้อ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง (screening test) และการทดสอบยืนยัน (confirmatory tests) การตรวจคัดกรองมี 3 วิธี ได้แก่ วิธีอีไลซ่า (ELISA) วิธีเกาะกลุ่ม (agglutination) และวิธีดอทหรือไลน์ อิมมูโนแอสเสย์ (dot or line immunoassay) การทดสอบยืนยันมี 2 วิธี ได้แก่ วิธีเวสเทิร์น บลอต (western blot) และวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ (immunofluorescence) นอกจากนี้ยังมีการตรวจอื่นๆ สำหรับกรณีที่ตรวจไม่พบแอนติบอดี ได้แก่ การตรวจหาแอนติเจน (p24 antigen testing) และการตรวจหากรดนิวคลีอิก (nucleic acid test; NAT) (สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทยกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2552)

จุดมุ่งหมายของการรักษาดัวยาด้านเอชไอวี คือ ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมาให้ต่ำมากที่สุดจนอยู่ในระดับที่วัดไม่ได้ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 20-50 คอปปี้/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้วัด รวมถึงการให้ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่กลับสู่ระดับปกติให้มากที่สุดเพื่อไม่ให้เกิด

โรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (ประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ, 2553 และศศิโสภิณ เกียรติบุรณกุล, 2554)

ยาต้านเอชไอวีที่ใช้รักษาในปัจจุบันเป็นยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกัน (highly active antiretroviral therapy; HAART) มีมากกว่า 20 ชนิด สามารถจำแนกได้เป็น 6 กลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา (ศศิโสภิณ เกียรติบุรณกุล, 2554)

กลุ่ม 1 nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) และ nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NtRTIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase ได้แก่ abacavir (ABC), didanosine (ddI), emtricitabine (FTC), lamivudine (3TC), stavudine (d4T), tenofovir (TDF), zidovudine (AZT)

กลุ่ม 2 non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase ได้แก่ efavirenz (EFV), etravirine (ETV), delavirdine (DLV), nevirapine (NVP)

กลุ่ม 3 protease inhibitors (PIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ protease ได้แก่ atazanavir (ATV), darunavir (DRV), fosamprenavir (FPV), indinavir (IDV), lopinavir/r (LPV/r), nelfinavir (NFV), ritonavir (RTV), saquinavir (SQV), tipranavir (TPV)

กลุ่ม 4 integrase strand transfer inhibitors (INSTIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ integrase ได้แก่ raltegravir (RAL)

กลุ่ม 5 fusion inhibitors (FIs) หรือ entry inhibitors ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลอมตัวของไวรัสกับผิวเซลล์ ได้แก่ Enfuvirtide (T20)

กลุ่ม 6 coreceptor หรือ CCR5 antagonists ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์แย่งจับตัวรับ coreceptor ได้แก่ maraviroc (MVC)

การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในประเทศไทยจะพิจารณาทั้งจากอาการและระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ ดังแสดงในตารางที่ 2.1 (ประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ, 2553) นอกจากนี้ยังมีกรณีพิเศษที่ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเมื่อระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มีมากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร คือ 1) กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบลีวายร่วมด้วยและมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกว่ามีการอักเสบของตับจากเชื้อไวรัสดังกล่าว 2) กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (เม็ดเลือดขาวซีดีสี่มีมากกว่า 350-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ที่มีอย่างน้อยโรคหนึ่งโรคใดต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และ 3) กรณีอื่นๆ ได้แก่ คู่ครองที่มีผลการติดเชื้อต่างกันโดยคนหนึ่งเป็นบวกและอีกคนหนึ่งเป็นลบ (discordant couples) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการทำงานของไตผิดปกติ (HIV-associated nephropathy) เป็นต้น ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (ประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ, 2553)

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในประเทศไทย

อาการทางคลินิก	ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่	คำแนะนำ
มีภาวะบ่งชี้ของการเป็นเอดส์ (AIDS-defining illness) *	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวี
มีอาการ (symptomatic) **	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวี
ไม่มีอาการ (asymptomatic)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร	เริ่มยาต้านเอชไอวี
ไม่มีอาการ (asymptomatic)	มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร	ยังไม่เริ่มยาต้านเอชไอวี ให้ติดตามอาการและระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ทุก 6 เดือน
หญิงตั้งครรภ์	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านเอชไอวีแลหดยุคยาหลังคลอด ถ้าก่อนการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีมีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร

* ภาวะบ่งชี้ของการเป็นเอดส์ (AIDS-defining illness) อยู่ในระยะการดำเนินโรคของกลุ่มซี

** มีอาการ (symptomatic) ได้แก่ มีเชื้อราในปาก มีตุ่มคันตามตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (pruritic popular eruptions; PPE) มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อูจาระร่วงเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุนานกว่า 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ภายใน 3 เดือน และเป็นงูสวัดมากกว่าสองปมประสาท

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความผิดปกติของระบบประสาทได้ร้อยละ 40-70 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและจากเชื้อเอชไอวีเอง ผลจากการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีทำให้โรคทางระบบประสาทจากการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 15.6 ในปี พ.ศ. 2548 และพบว่าความผิดปกติของระบบประสาทในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้เปลี่ยนไปโดยพบโรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงมากขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555)

คำนิยาม

ในอดีตเมื่อปี พ.ศ. 2534 หน่วยงานสถาบันระบบประสาทแห่งอเมริกัน (American Academy of Neurology; AAN) ได้กำหนดคำนิยามของโรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีไว้ 2 ชนิด คือ ภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated dementia; HAD) และภาวะบกพร่องของการรู้คิดที่ทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ (minor cognitivemotor disorder; MCMD) ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 หน่วยงานสถาบันระบบประสาทแห่งอเมริกันพบว่าเกณฑ์การวินิจฉัยอันเดิมมีความซ้ำซ้อนกันและไม่มีการกำหนดระดับความรุนแรง จึงได้มีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยขึ้นมาใหม่โดยอาศัยข้อมูลสนับสนุนของหน่วยงานศูนย์วิจัยพฤติกรรมทางระบบประสาทในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Neurobehavioral Research Center; HNRC) ที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าเดิมเพราะมีความสอดคล้องกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาหลังการเสียชีวิต และได้กำหนดคำนิยามของโรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมาใหม่โดยเพิ่มภาวะบกพร่องของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่มีอาการ (asymptomatic neurocognitive impairment) เข้ามาด้วยโดยมีจุดประสงค์เพื่อแยกระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางระบบประสาทให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น คำนิยามใหม่นี้ คือ ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ ภาวะบกพร่องของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่มีอาการ (asymptomatic neurocognitive impairment; ANI) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย (HIV-associated mild neurocognitive disorder; MND) และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated dementia; HAD) (Antinori et al., 2007)

การวินิจฉัย

ก่อนการวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีต้องวินิจฉัยแยกโรคก่อนว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะซึมหรือสับสน (delirium) ร่วมกับไม่พบโรคทางระบบประสาทจากการติดเชื้อฉวยโอกาส (CNS opportunistic infections) เนื้องอกสมอง (brain tumor) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) ความผิดปกติทางเมแทบอลิก (metabolic derangement) รับประทานหรือสารพิษ (toxic substance abused) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ผิดปกติ (hypothyroidism/hyperthyroidism) โรคที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis) หรือมีภาวะเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วย (medical comorbidity) (พาสีร์ สิทธินามสุวรรณ, 2554) การวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีต้องอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางจิตประสาทเนื่องจากเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดที่มีรอยโรคอยู่ได้เปลือกสมอง การประเมินการรู้คิดด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Mini Mental State Exam; MMSE) จึงไม่มีความไวพอ ดังนั้นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการรู้คิดได้แก่ แบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Dementia Scale; HDS) แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) และแบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทอื่นๆ (Mental Alternation Test, Executive interview, Memorial Sloan-Kettering Scale, Symbol-Digit, Trail Making A, B และ Grooved Pegboard Tests) ในทางปฏิบัติจะทำการตรวจทางจิตประสาทอย่างละเอียดไม่ได้เนื่องจากต้องใช้เวลาทดสอบนานประมาณ 1-4 ชั่วโมง ต้องใช้เครื่องมือทดสอบที่เหมาะสมและจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี จึงไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศที่ยังไม่พัฒนาและประเทศที่กำลังพัฒนา (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555; Valcour, Paul, Chiao, Wendelken, & Miller, 2011) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของแซกเตอร์ (Sacktor et. al, 2005) เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่มีความเหมาะสมมากที่สุดเพราะมีการทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่ยังไม่พัฒนาพบว่ามีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกัน และใช้เวลาในการทดสอบน้อยครั้งละประมาณ 5 นาที (Sacktor et. al, 2005)

นอกจากนี้การวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจจากน้ำไขสันหลังซึ่งจะพบโปรตีนอิมมูโนโกลอบูลินชนิดจี (immunoglobulin G) ที่มีค่าสูงกว่าปกติ และพบปริมาณเชื้อเอชไอวี (HIV viral load) ในน้ำไขสันหลัง สำหรับการตรวจภาพถ่ายรังสีจะพบสมองใหญ่และสมองส่วนเบซัลแกงเกลียมิลักษณะฝ่อและเนื้อสมองสีขาวมีสีเข้ม

ขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีภาพถ่ายรังสีลักษณะนี้ได้ อาจต้องอาศัยการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเพื่อช่วยในการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555)

สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมีดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 2.2 (Antinori et al., 2007 และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555)

ตารางที่ 2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND)

การวินิจฉัย	ความสามารถในการรู้คิด	กิจวัตรประจำวัน
การรู้คิดปกติ	ปกติ	ปกติ
ภาวะบกพร่องของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่มีอาการ (ANI)	มีความผิดปกติของการรู้คิดอย่างน้อย 2 ด้าน (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย (MND)	มีความผิดปกติของการรู้คิดอย่างน้อย 2 ด้าน (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มาก
ภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (HAD)	มีความผิดปกติของการรู้คิดอย่างน้อย 2 ด้าน โดยทั่วไปมักเสียมากกว่า 2 ด้านหรือหลายด้าน (มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ทั้งงานบ้าน งานประจำ และการเข้าสังคม

อุบัติการณ์และความชุก

ในยุคก่อนการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันช่วงปี พ.ศ. 2529-2538 แมคอาเธอร์และคณะ (McArthur et al., 1993) พบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเอดส์ระยะเอดส์เต็มขั้นที่มีเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรร้อยละ 17-27 ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2539-2541 เข้าสู่ยุคที่มีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันในระยะแรก แซคเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2001) พบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเอดส์ระยะเอดส์เต็มขั้นลดลงจากร้อยละ 20.1 เหลือร้อยละ 10.5 แต่

กลับพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาว ซีดีสี่มากกว่า 200-350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 13.6 จากผล การศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำลดลงและพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันสูงเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิด ร่วมกัน

ในปี พ.ศ. 2549 หลังจากที่มีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันอย่าง แพร่หลาย แซคเตอร์ (Sacktor, 2006 อ้างใน Robertson & Hall, 2007) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะ สมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากประเทศอุกันดาที่ได้รับการรักษาด้วยยา ต้านเอชไอวีเป็นเวลานาน 6 เดือน พบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีมากถึง ร้อยละ 61 แต่หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือนแล้วพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือร้อยละ 4 จากผลการศึกษาสรุปได้ ว่าพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีหลงเหลืออยู่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังจากที่มีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันอย่างแพร่หลายแล้ว

หลังจากที่มีการกำหนดคำนิยามของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการ ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว นักวิจัยกลุ่มชาร์เตอร์ (The CNS HIV Antiretroviral Therapy Effects Research; CHARTER) ได้ศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีแบบรวม (combination antiretroviral therapy; CART) จำนวน 1,555 คน ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลา 4 ปี พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เอชไอวีร้อยละ 52 โดยพบความชุกของภาวะบกพร่องของระบบประสาทในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการ ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย และภาวะสมอง เสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 33, 12, 2 ตามลำดับ (Heaton et al., 2010) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่อยู่ในโครงการ The 2NN Cohort Study ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันอย่าง น้อย 5 ปี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในโครงการทั้งหมดจำนวน 202 คน ผู้วิจัยได้ศึกษาความชุกของภาวะ ผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สำหรับการทํารายงานและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 64 คน ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลา 1 ปี พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบ ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 37.5 โดยพบความชุกของภาวะบกพร่องของระบบ

ประสาทในระบะที่ยังไม่มีอาการ ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 20.3, 15.6, 1.6 ตามลำดับ (Pumpradit et al., 2010) จากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าหลังจากที่มีการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันอย่างแพร่หลายแล้วพบความชุกของภาวะบกพร่องของระบบประสาทในระบะที่ยังไม่มีอาการกับภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อยเพิ่มขึ้น และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลง

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สาเหตุการเกิดภาวะภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวียังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในระบบประสาทเองซึ่งเป็นกลไกโดยอ้อมทำให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการอักเสบ เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) จะไปกระตุ้นเซลล์โมโนไซต์ (monocyte) โดยเฉพาะเซลล์ไมโครเกลีย (microglia) เซลล์แมคโครฟาจ (macrophage) และเซลล์ชนิดอื่นๆ ให้ปล่อยที่ออกซิน ออกมาทำลายเซลล์ประสาท (neuron) และทำลายเซลล์แอสโตรไซต์ (astrocyte) ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ สมองจึงถูกทำลายจนมีภาวะสมองเสื่อม (Kaul, Garden, & Lipton, 2001) และมีปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คือ ประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ของยาต้านเอชไอวีในระบบประสาทส่วนกลาง ปกติการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันจะมีประสิทธิภาพในการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสในพลาสมาเป็นหลัก แต่การออกฤทธิ์ของยาต้านเอชไอวีในระบบประสาทยังไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากยาต้านเอชไอวีบางชนิดซึมผ่านเยื่อสมองเข้าไปในน้ำไขสันหลังได้มาน้อยแตกต่างกัน (Treisman & Kaplin, 2002) นักวิจัยกลุ่มชาร์เตอร์ได้กำหนดคะแนนประสิทธิภาพในการซึมผ่านของยาต้านเอชไอวีแต่ละชนิดเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า ซีพีอี (antiretroviral central nervous system penetration-effectiveness; CPE) ดังแสดงในตารางที่ 2.3 โดยคะแนนรวมของยาต้านเอชไอวีในแต่ละสูตร คือ การรวมคะแนนของยาต้านเอชไอวีแต่ละชนิดเข้าด้วยกัน ถ้าคะแนนรวมของสูตรยาต้านเอชไอวียิ่งสูงแสดงว่ายาสสูตรนั้นจะมีประสิทธิภาพในการซึมผ่านเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลางได้ดี (Blanch, 2011) ดังนั้นการเลือกใช้ยาต้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพในการซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้ดีจะช่วยลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในน้ำไขสันหลังได้มากและช่วยทำให้ความบกพร่องของระบบประสาทดีขึ้น (Cysique et al., 2009; Letendre et al., 2004)

ตารางที่ 2.3 แสดงประสิทธิภาพในการซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางของยาต้านเอชไอวี (antiretroviral central nervous system penetration-effectiveness: CPE) แต่ละชนิดของปี พ.ศ. 2553 (Blanch, 2011)

กลุ่มยาต้านเอชไอวี	คะแนนประสิทธิภาพในการซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางของยาต้านเอชไอวี (CPE)			
	4	3	2	1
Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)	Zidovudine	Abacavir Emtricitabine	Didanosine Lamivudine Stavudine	Tenofovir Zalcitabine
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)	Nevirapine	Delavirdine Efavirenz	Etravirine	-
Protease inhibitors (PIs)	Indinavir/r	Darunavir/r Fosamprenavir/r Indinavir Lopinavir/r	Atazanavir/r Atazanavir Fosamprenavir	Nelfinavir Ritonavir Saquinavir/r Saquinavir Tipranavir/r
Fusion/Entry inhibitors	-	-	-	Enfuvirtide
Integrase inhibitors	-	Raltegravir	-	-
Coreceptor/CCR5 antagonists	-	Maraviroc	-	-

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีอีก ได้แก่ การที่มีอายุมาก ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อมชนิด alzheimer และการที่มีโรคติดเชื้ออื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี มาลาเรียและวัณโรค ปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวียังคงหลงเหลืออยู่โดยเฉพาะในประเทศที่ยังไม่พัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาเนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวียังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง (ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล, 2554; Antinori et al., 2007; Robertson & Hall, 2007)

พยาธิสภาพ

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่เป็นความผิดปกติของสมองที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในระบบประสาทส่วนกลางจนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดที่มีรอยโรคอยู่ใต้เปลือกสมอง (subcortical dementia) พบพยาธิสภาพหลักอยู่ใต้เปลือกผิวนอกของสมองใหญ่ (subcortical white-matter) บริเวณเบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) และที่สมองส่วนอื่น ๆ ได้แก่ เปลือกผิวนอกของสมองใหญ่ (cortical gray-matter) สมองส่วนหน้า (frontal lobe) บริเวณเปลือกสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (motor area) บริเวณไพรมะริมอเตอร์ (primary motor area) และบริเวณพรีมอเตอร์ (premotor area) (พาสิริ สิทธินามสุวรรณ, 2554; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555; Thompson et al., 2010) เปลือกผิวนอกของสมองใหญ่จะทำหน้าที่ควบคุมการใช้ภาษา ลักษณะบุคลิกภาพ ความคิด การตัดสินใจ การรวบรวมความจำอย่างเป็นระบบ การเรียนรู้ การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและกระบวนการแยกแยะความรู้สึก จึงทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง 4 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด พฤติกรรม อารมณ์ และการเคลื่อนไหว (พาสิริ สิทธินามสุวรรณ, 2554)

อาการแสดง

อาการแสดงของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมีหลากหลายรูปแบบ ผู้ป่วยจะมีกระบวนการเรียนรู้ลดลง ไม่เข้าใจภาษา พูดผิด ๆ ถูก ๆ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ การตัดสินใจผิดพลาด ไม่มีสมาธิหรือความสนใจลดลง และหลงลืม มีรูปแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติคล้ายโรคพาร์กินสัน ได้แก่ ขยับตัวช้า เดินลำบาก ตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลำตัวโค้งไปข้างหน้า เดินเซ ไม่ค่อยกระปรี้ปรำและพูดเสียงเบา มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหีบจับของแฉับร่วนหล่น มีอาการปัสสาวะราดเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นร่วมกับปฏิกิริยาสะท้อนของเส้นเอ็นที่แขนและขาแรงขึ้น มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง สับสนหรือระดับความรู้สึกละเลยเปลี่ยนแปลง และมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือร้ายแรงผิดปกติ มีสีหน้าที่ไร้อารมณ์ พูดน้อยลง ซึมเศร้าหรือแยกตัว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเมื่อเทียบกับในอดีต ทั้งในด้านการทำงานบ้าน การทำงานประจำ และการเข้าสังคม (พาสิริ สิทธินามสุวรรณ, 2554) จากการทบทวนงานวิจัยของวูดส์ มอร์ เวเบอร์และแกรนท์ (Woods, Moore, Weber, & Grant, 2009) พบว่าภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทหลายด้าน รูปแบบของความผิดปกติ ได้แก่ ทักษะกลไกการเคลื่อนไหว (motor skills) กระบวนการทางสมองในการรวบรวมข้อมูล (information processing) สมาธิหรือความสนใจ (attention) ความจำระยะสั้นหรือชั่วคราว (working

memory) ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ ในอดีต (episodic memory) การเรียนรู้ (learning) ภาษา (language) การพูด (speech) การทำงานของสมองระดับสูง (executive functions) และการรับรู้ทางสายตา (visuoperception)

ผลกระทบของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคิดเชิงเอชไอวีต่อผู้ป่วย

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคิดเชิงเอชไอวีมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของระบบประสาทด้านความคิดและสติปัญญา ความบกพร่องของระบบจิตประสาท และความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีเมื่อเทียบกับในอดีต (Heaton et al., 2004) ฮีตันและคณะ (Heaton et al., 2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของระบบประสาทด้านต่าง ๆ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ร้อยละ 68 มีความบกพร่องเกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning) ร้อยละ 54 มีความบกพร่องเกี่ยวกับความคิดรวบยอด/การทำงานของสมองระดับสูง (abstraction/executive functioning) ร้อยละ 53 มีความบกพร่องเกี่ยวกับสมาธิหรือความสนใจ/ความจำระยะสั้น (attention/ working memory) ร้อยละ 47 มีความบกพร่องเกี่ยวกับทักษะกลไกการเคลื่อนไหว (motor functioning) ร้อยละ 36 มีความบกพร่องเกี่ยวกับความเร็วของกระบวนการทางสมองในการรวบรวมข้อมูล (speed of information processing) ร้อยละ 27 มีความบกพร่องเกี่ยวกับการพูด (verbal skills) และร้อยละ 25 มีความบกพร่องเกี่ยวกับความจำระยะยาว (memory; delayed recall)

นอกจากนี้ผลการศึกษาของฮีตันและคณะ (Heaton et al., 2004) ยังพบอีกว่าความบกพร่องของระบบประสาททำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนและต้องใช้เครื่องมืออื่นประกอบเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ การทำงาน (work assessment) การบริหารเงิน (finances) การรับประทานยา (medication management) การประกอบอาหาร (cooking) และการจับจ่ายซื้อของ (shopping) และความบกพร่องของระบบประสาทยังสามารถทำนายได้ว่าจะมีผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ คือ ถ้ามีความบกพร่องเกี่ยวกับความคิดรวบยอด/การทำงานของสมองระดับสูงสามารถทำนายได้ว่าจะมีผลต่อการทำงาน การบริหารเงิน และการรับประทานยา ถ้ามีความบกพร่องเกี่ยวกับการเรียนรู้สามารถทำนายได้ว่าจะมีผลต่อการรับประทานยา การประกอบอาหารและการจับจ่ายซื้อของ และถ้ามีความบกพร่องเกี่ยวกับการพูดและสมาธิหรือความสนใจ/ความจำสามารถทำนายได้ว่าจะมีผลต่อการทำงาน

ความบกพร่องของระบบประสาทที่ทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติจะมีผลต่อการรับประทานยาด้านเอชไอวี อัลเบิร์ตและคณะ (Albert et al., 2003) ศึกษาเรื่องการจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากจะมีความสัมพันธ์กับการรับประทาน

ยาต้านเอชไอวีไม่ถูกต้อง และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่พิเศษจะมีความสัมพันธ์กับการจัดยาผิดพลาดโดยเฉพาะยาที่มีจำนวนตั้งแต่ 5 เม็ดขึ้นไป

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องในการดูแลตนเองและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ของโอเร็ม (Orem, 2001) และกรอบแนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al, 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านของโอเร็ม ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยจากภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านเปลี่ยนแปลงไปดังนี้

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) รักษา ความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ และ 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy) (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544, 27-29) จากพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีมีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเกิดจากการรับประทานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีการดูดซึมผิดปกติ และเมแทบอลิซึมเปลี่ยนแปลง มีผลทำให้น้ำหนักลด กล้ามเนื้อและไขมันใต้ผิวหนังเล็กลง ขาดวิตามินและเกลือแร่ ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอัตราการตายสูง (จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2544) ในต่างประเทศเกสกินส์และลายออนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบททางตอนใต้ของประเทศ

สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรับประทานอาหารที่บ้านที่ชอบและไม่ได้รับประทานอาหารเสริม ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยการเดินซึ่งเป็นการช่วยลดน้ำหนัก ทำให้รูปร่างดี และลดความเครียด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แต่บางรายปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากรู้สึกผิดและกลัวคู่ครองจะได้รับการติดเชื้อจากตนเอง และหลังจากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้ว่าตนเองติดเชื้อแล้วจะงดดื่มสุรา สูบบุหรี่และสารเสพติด ในประเทศไทยมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาด้านเอชไอวี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คือ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์แสดงว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการได้รับเชื้อเพิ่ม

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544, 29) การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกมองว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทำให้ต้องพยายามปกปิดความเจ็บป่วยของตนเองเพื่อไม่ให้ถูกกีดกันรังเกียจ หรือสร้างความอับอายให้กับตนเองและครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า (ชนา นิลชัยโกวิท, 2544) (ประพันธ์ ภานุภาคและคณะ, 2553) ในต่างประเทศแกสกินส์และลายออนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) ศึกษาเรื่องพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท พบว่าหลังจากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้วส่วนใหญ่จะกลับไปอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิมเพื่อใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอยู่กับครอบครัวและต้องการการดูแลด้านจิตใจจากครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยผลเลือดเนื่องจากกลัวบุคคลรอบข้างจะไม่เข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่บุคคลรอบข้างแสดงออกไม่ได้ กล่าวว่าการเปิดเผยผลเลือดจะมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพยายามมีทัศนคติในแง่บวกโดยการยอมรับความจริงกับโรคที่เป็นอยู่ มีการสวดมนต์ ทำสมาธิ อ่านคำภีร์ไบเบิล และเชื่อในพลังอำนาจและหาทางคลายเครียดด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ตกปลา เดินรำ ฟังเพลง ไปเที่ยวกับเพื่อนๆ หรือทำงานอาสาสมัคร ในประเทศไทยมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาด้านเอชไอวี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คือ การยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นอย่างมีความหวังและทำงานตามปกติอย่างเต็มความสามารถ

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่ 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ 2) รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้ สนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น และ 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544, 29-30) การติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับตัวและดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถปรับตัวอยู่กับผลของพยาธิสภาพจากโรคได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องเคร่งครัดเรื่องการรับประทานอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลาทุกครั้ง พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาซึ่งมีทั้งผลข้างเคียงในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว ผลจากความบกพร่องของระบบประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหารับประทานไม่ถูกต้องจากการจัดยาผิดพลาด (Albert et al., 2003; Waldrop-Valverde, 2006) ทำให้เกิดปัญหารับประทานยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอได้ ในต่างประเทศแอสกินส์และลาโยนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานยาต้านเอชไอวีเนื่องจากจำนวนเม็ดยามากและได้รับผลข้างเคียงจากยา เช่น ท้องเสีย การรับรสเปลี่ยนไป รู้สึกอ่อนล้าและชาบริเวณปลายประสาท มีความรู้สึกเครียดเพราะคิดว่าการรับประทานยาต้านเอชไอวีทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความเห็นว่าการรับประทานยาต้านเอชไอวีช่วยทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีและช่วยทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่อไปตรวจที่โรงพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการให้แพทย์ซักถามปัญหาทางด้านจิตใจและไม่อยากตรวจที่คลินิกโรคติดเชื้อเพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี จะหาความรู้เองจากสื่อโทรทัศน์ ห้องสมุด องค์กรให้การช่วยเหลือด้านโรคเอดส์ (Aids Service

Organizations) เข้าร่วมประชุมวิชาการ และพูดคุยกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน และมีการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม (support group) ที่องค์กรให้การช่วยเหลือด้านโรคเอดส์จัดให้ กิจกรรมกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสถานะอารมณ์ดีขึ้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพเนื่องจากระยะทางจากบ้านไกลจากโรงพยาบาล ไม่มียานพาหนะสำหรับเดินทาง และไม่มีเวลาไปพบแพทย์ ในประเทศไทยมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาต้านเอชไอวี จังหวัดกาญจนบุรีพบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีอยู่ในระดับดีและสว่าง นันทจันทร์ (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าวกะเทียม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 84.1 จากผลการศึกษาทั้งสองแสดงว่าหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการ自我ดูแลตนเองดี

กรอบแนวคิดเรื่องภาระในการ自我ดูแลตนเอง

โอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้เรียกรูปแบบใหม่ของการ自我ดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างบุคคลที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยว่า ภาระในการ自我ดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากผลลัพธ์ระหว่างการรับรู้ความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมและการรับรู้ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ถ้าหากบุคคลนั้นไม่สามารถเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการ自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นได้ จะประเมินว่าการ自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นของตนเองนั้นมีความยากลำบากและรู้สึกว่าเป็นภาระอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการ自我ดูแลตนเองได้ ตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลนั้นรู้จักเรียนรู้และปรับพฤติกรรมจนสามารถทำการ自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นได้จะประเมินว่าการ自我ดูแลตนเองที่ต่ำเป็นของตนเองนั้นไม่มีความยากลำบากและไม่รู้สึกว่าเป็นภาระอีกต่อไป

ในต่างประเทศโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้นำแนวคิดภาระในการ自我ดูแลตนเองมาศึกษาความต้องการการ自我ดูแลตนเอง ความยากลำบาก อาการไม่สุขสบายจากการรักษา ความเจ็บป่วยที่มีมาก่อน ลักษณะบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการ自我ดูแลตนเอง รูปแบบของผลกระทบต่อภาระในการ自我ดูแลตนเอง และการประเมินความเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์มะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 72 ราย พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการ自我ดูแลตนเองและมีความยากลำบากในการ自我ดูแลตนเอง คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมสันทนาการ การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การรับประทานยาและการจัดหาอุปกรณ์เกี่ยวกับการ自我ดูแลสุขภาพ นอกจากนี้onasatathio แมคมาเฮน แดเนียลส์ นิโคลัส

และเพาล์-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) ศึกษาเรื่องภาระในการดูแลตนเองในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง ได้แก่ การเลี้ยงดูบุตร การออกกำลังกาย และการทำงาน การรับประทานยา/การรักษาอาการจากโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาภาระในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แต่มีการศึกษาภาระในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต ผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไตที่มีอายุน้อยจะมีภาระในการดูแลตนเองมากเนื่องจากต้องรับผิดชอบหน้าที่การงานและดูแลครอบครัว เกิดความเครียดจากความเร่งรีบและไม่มีเวลาพักผ่อนจึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ว่ามีภาระในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระในการดูแลตนเองน้อยเนื่องจากไม่ต้องทำงานและมีลูกหลานคอยดูแล และการที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยจะมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเกิดโรคมานานเพราะมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองน้อย ส่วนผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดโรคมานานจะพัฒนาการเรียนรู้การดูแลตนเองจากการลองผิดลองถูก จากการสอนและการแนะนำจากบุคคลอื่นจึงทำให้มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองน้อย (ทิพย์วรรณ วังเกตรา, 2541) และผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไตและผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาระในการดูแลตนเองน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ภาระในการดูแลตนเองมาก (ทิพย์วรรณ วังเกตรา, 2541; นงลักษณ์ จ่างตระกูล, 2541)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางจนทำให้มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของระบบประสาทด้านความคิดและสติปัญญา ความบกพร่องของระบบจิตประสาท และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการรู้คิด พฤติกรรม อารมณ์ และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับประทานยาต้านเอชไอวี และการเข้าสังคม ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำหน้าที่และดำรงบทบาทได้เหมือนคนปกติ จะต้องเรียนรู้และปรับตัวเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จนอาจรู้สึว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นดังกล่าวเป็นภาระได้ จากการศึกษาเรื่องภาระในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค

ต่าง ๆ พบว่าผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจะรับรู้การมีภาระในการดูแลตนเองมากและมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นการเข้าใจภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยทำให้สามารถวางแผนการดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้
คุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีตรวจคัดกรองหรือวิธีการทดสอบยืนยัน

2. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

4. มีความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าโดยมีการลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ

คุณสมบัติที่คัดออก (exclusion criteria)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางหลอดเลือดสมอง ติดเชื้อทางระบบประสาท เนื้องอกในสมอง ภาวะซึมเศร้า ได้รับยาที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และติดสารเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีเพื่อหาอัตราความเป็นโรคของคอแรน (Cochran อ้างใน เดิมศรี ชำนิจารกิจ, 2544 และสุมาลี สิงหนิม, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบ

ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยร้อยละ 37.5 (Pumpradit et al., 2010) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha PQ}{d^2}$$

- n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
- Z คือ ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ α เท่ากับ 0.05 เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (Z มีค่าเท่ากับ 1.96)
- P คือ สัดส่วนความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่พบในประเทศไทยร้อยละ 37.5 (P มีค่าเท่ากับ 0.375)
- Q คือ $1 - P$ ($1 - P$ มีค่าเท่ากับ 0.625)
- d คือ ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (กำหนด d เท่ากับ 20 % ของ P มีค่าเท่ากับ $0.2 \times 0.375 = 0.0714$)

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.375) (0.625)}{(0.0714)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.375 \times 0.625}{0.0050979}$$

$$n = 176.62$$

$$n = 177$$

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 180 ราย แต่มีคุณสมบัติที่ต้องคัดออกจำนวน 3 ราย เนื่องจากมีเนื้องอกในสมอง

สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นคลินิกโรคติดเชื้อ หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย อายุรกรรมที่มีปัญหาติดเชื้อทั่วไปและติดเชื้อเอชไอวี คลินิกในเวลาราชการเปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น. และคลินิกนอกเวลาราชการเปิดให้บริการทุกวันเสาร์ เวลา 9.00-12.00 น. โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการนัดมาตรวจทั้งในคลินิกโรคติดเชื้อทั่วไปในวัน จันทร์ วันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ และคลินิกเฉพาะโรคในวันพุธกับวันศุกร์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการเข้าตรวจตามลำดับการยื่นบัตรนัดตรวจ มีแพทย์ออกตรวจทั้งหมด 11 ท่าน โดยเป็น อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 7 ท่าน และแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคติดเชื้อ 4 ท่าน มี พยาบาลให้คำปรึกษาเรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ทุกวันเนื่องจาก คลินิกในเวลาราชการวันจันทร์มีแพทย์ออกตรวจ 3 ท่าน วันอังคารมีแพทย์ออกตรวจ 3 ท่าน วันพุธ มีแพทย์ออกตรวจ 2 ท่าน วันพฤหัสบดีมีแพทย์ออกตรวจ 2 ท่าน วันศุกร์มีแพทย์ออกตรวจ 11 ท่าน และคลินิกนอกเวลาราชการวันเสาร์มีแพทย์ออกตรวจ 1 ท่าน ผู้วิจัยใช้ห้องให้คำปรึกษาซึ่งอยู่ใกล้ กับห้องตรวจและมีประตูปิดมิดชิดสำหรับตรวจคัดกรองโรคและสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรค ได้แก่ แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) เป็นแบบคัดกรองภาวะ ผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของแซคเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2005) (ภาคผนวก ข) แบบทดสอบนี้สามารถใช้ได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่ยังไม่พัฒนา แซคเตอร์และคณะได้นำแบบทดสอบนี้มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่ามีความไวและความจำเพาะร้อยละ 80 และ 57 ตามลำดับ และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศอุกันดาซึ่งเป็นประเทศที่ยังไม่พัฒนาพบว่า มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 80 และ 55 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน

แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมีการ ทดสอบ 3 ด้าน โดยมีคำสั่งให้ปฏิบัติ ได้แก่ ความเร็วของทักษะในการเคลื่อนไหว (motor speed) ความเร็วในการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท (psychomotor speed) และ ความจำ (memory-recall) มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนสูงสุด 4 คะแนน สำหรับ ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะมีค่าจุดตัดของคะแนนน้อย

กว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน และผู้ที่ไม่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี จะมีคะแนนเท่ากับ 11-12 คะแนน

ต้นฉบับของแบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาษาอังกฤษ เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลต่างๆ ของประเทศไทย ผู้วิจัยได้แปลแบบทดสอบนี้เป็นภาษาไทย และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเข้าใจของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไข เนื้อหาตามข้อเสนอแนะ และมีการฝึกทำกับผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดภาวะในการดูแลตนเอง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม (อยู่ในภาคผนวก ข) ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะ การศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรก อาการแสดงของโรค โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยาต้านเอชไอวีที่กำลังได้รับอยู่ในปัจจุบัน และยาอื่น ๆ

แบบวัดภาวะในการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดภาวะในการดูแลตนเองของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) (ภาคผนวก ข) เป็นแบบวัดที่มีโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเบริสต์และคณะจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โอเบริสต์และคณะได้ใช้แบบวัดภาวะในการดูแลตนเองครั้งแรกกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) ของความจำเป็นที่จะต้องกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปร้อยละ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ และได้มีการนำกรอบแนวคิดนี้ไปใช้ศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต ผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

แบบวัดภาวะในการดูแลตนเองมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามกล่าวถึงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 7 ข้อ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแยกตอบใน 2 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำมากน้อยเพียงใด และมีความยากลำบากในการกระทำหรือถูกรบกวนจากการ

กระทำกิจกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

ความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรม

- 1 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรม

- 1 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

การคำนวณคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยการนำค่าคะแนนของคำถามในแต่ละข้อทั้งในส่วนของความจำเป็นที่จะต้องกระทำและความยากลำบากในการกระทำมาคูณกันแล้วถอดรากที่สอง และนำคะแนนที่ได้ทั้ง 30 ข้อ มารวมกัน คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน และนำคะแนนเต็มมาหารด้วย 30 เพื่อแบ่งคะแนนภาระในการดูแลตนเองออกเป็น 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองน้อย

การกำหนดคะแนนรวมของภาระในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 0.00-1.00 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองน้อยที่สุด
- 1.01-2.00 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองน้อย
- 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองปานกลาง
- 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองมาก
- 4.01-5.00 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด

หลังจากที่ผู้วิจัยสร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองเสร็จแล้ว ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเข้าใจของภาษาและการให้คะแนน (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาลของโอริ้ม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไข

เนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำแบบวัดภาระในการดูแลตนเองมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 20 ราย ได้ค่าเฉลี่ย CVI (content validity index) ร้อยละ 0.96 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชของความจำเป็นที่จะต้องกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ และนำแบบวัดภาระในการดูแลตนเองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 22 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชของความจำเป็นที่จะต้องกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 0.84 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

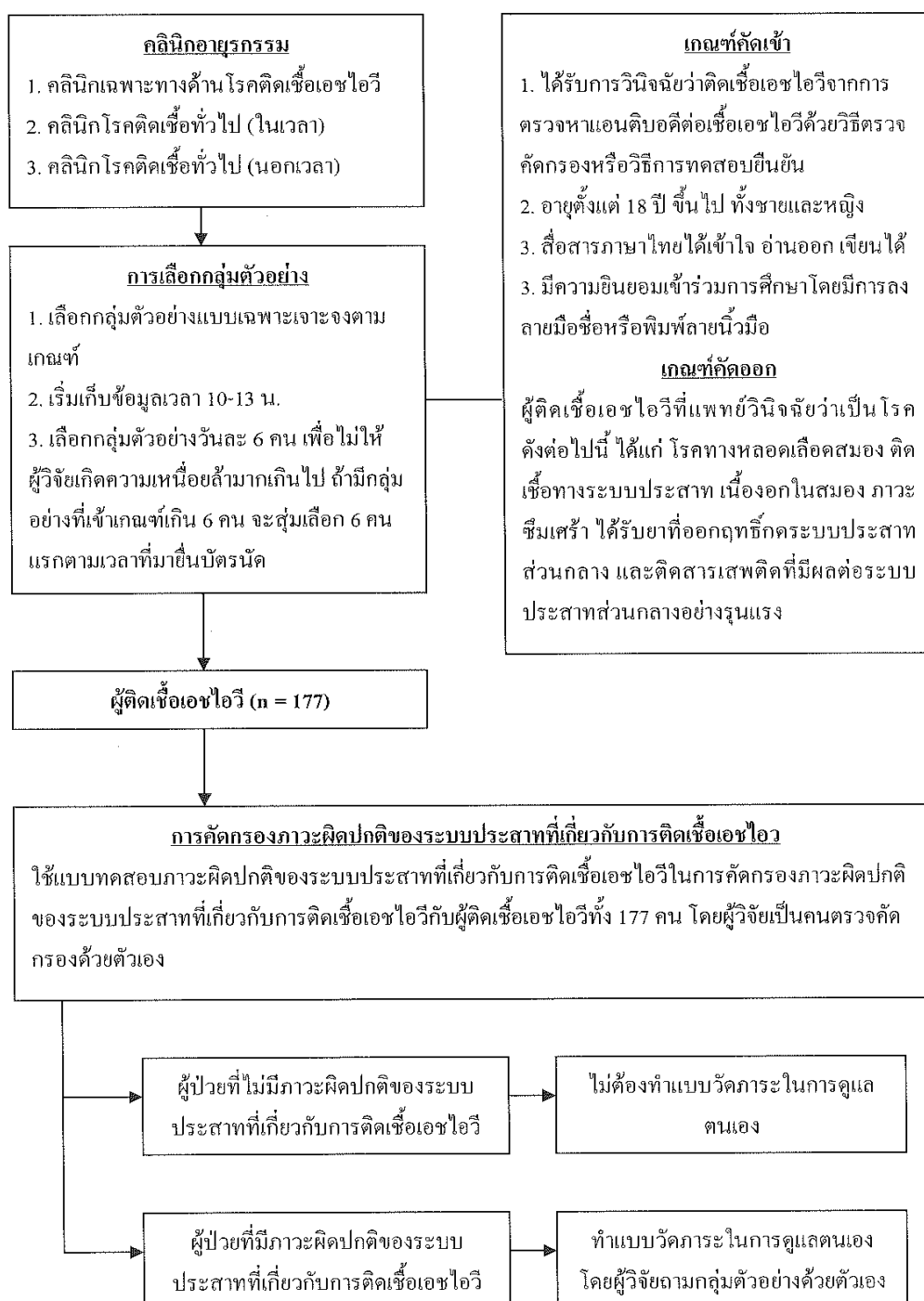
ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่งโครงร่างวิจัยไปให้คณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการพิจารณาและตรวจสอบ หลังจากผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจะมีการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของการทำวิจัย และทำแบบสอบถามในห้องส่วนตัวที่ละคน มีการปกปิดชื่อและข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นโดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคล ขณะทำการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสืออนุญาตขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงคณบดีโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยกับ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับคิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม flow chart ดังแสดงในหน้าที่ 34

Data collection flow chart



การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ภูมิลำเนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรก อาการแสดงของโรค โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และยาที่กำลังได้รับอยู่ในปัจจุบัน ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์ข้อมูลการระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อและโดยรวมด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยนำเสนอผลการวิจัยตามหัวข้อดังนี้ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 177 ราย พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 61 เป็นเพศชาย ร้อยละ 39 เป็นเพศหญิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-83 ปี อายุเฉลี่ย 45.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.76) ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.8 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคกลาง ร้อยละ 27.1 จบการศึกษามัธยมศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.6 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 44,716.04) และร้อยละ 68.4 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 177)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	61.0
หญิง	69	39.0
อายุ (จำแนกตามระดับการศึกษา)		
20-29 ปี	12	6.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 177) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ต่อ)		
30-39 ปี	39	22.0
40-49 ปี	69	39.0
50-59 ปี	44	24.9
60 ปีขึ้นไป	13	7.3
ค่าพิสัย	19-83	
ค่าเฉลี่ย	45.25	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.76	
สถานภาพสมรส		
โสด	55	31.1
คู่	80	45.2
หม้าย / หย่า / แยก	42	23.7
ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคกลาง	97	54.8
ภาคเหนือ	9	5.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	38	21.5
ภาคตะวันตก	9	5.1
ภาคตะวันออก	9	5.1
ภาคใต้	15	8.5
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด		
ไม่ได้เรียน/เรียนไม่จบ	3	1.7
ประถมศึกษา	48	27.1
มัธยมศึกษา	39	22.0
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	31	17.5
ปริญญาตรี	45	25.4
สูงกว่าปริญญาตรี	11	6.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 177) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	12	6.8
รับจ้าง	58	32.8
ค้าขาย	35	19.8
เกษตรกร	6	3.4
แม่บ้าน	15	8.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานมหาวิทยาลัย	33	18.6
ธุรกิจส่วนตัว	10	5.6
ข้าราชการเกษียณอายุ	7	4.0
นักศึกษา	1	0.6
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	17	9.6
5,001-10,000 บาท	47	26.6
10,001-15,000 บาท	22	12.4
15,001-20,000 บาท	24	13.6
20,001-25,000 บาท	6	3.4
25,001-30,000 บาท	22	12.4
30,000 บาทขึ้นไป	39	22.0
ค่าพิสัย	600-500,000	
ค่าเฉลี่ย	27,407.85	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	44,716.04	
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	44	24.9
เพียงพอ	121	68.4
มีเหลือเก็บ	12	6.8

ผลการตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) ของแซคเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2005) พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย)

การทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีมีการทดสอบ 3 อย่าง คือ การทดสอบความเร็วของทักษะในการเคลื่อนไหว (motor speed) การทดสอบความเร็วในการเคลื่อนไหวที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท (psychomotor speed) และการทดสอบความจำ (memory-recall) มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน มีค่าจุดตัดของคะแนน (cut-off-point) ของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน (ภาคผนวก ข) เมื่อพิจารณาคะแนนของผลการทดสอบตามรายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 มีคะแนนความเร็วของทักษะในการเคลื่อนไหว 3 คะแนน ร้อยละ 40.9 มีคะแนนความเร็วในการเคลื่อนไหวที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท 3 คะแนน ร้อยละ 40.9 มีคะแนนความจำ 4 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละของคะแนนการคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (≤ 10 คะแนน)		
5 คะแนน	1	4.5
7 คะแนน	1	4.5
7.5 คะแนน	1	4.5
8.5 คะแนน	4	18.2
9 คะแนน	6	27.3
9.5 คะแนน	3	13.6
10 คะแนน	6	27.3
ความเร็วของทักษะในการเคลื่อนไหว (0-4 คะแนน)		
1 คะแนน	2	9.1
2 คะแนน	4	18.2
3 คะแนน	14	63.6
4 คะแนน	2	9.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละของคะแนนการคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความเร็วในการเคลื่อนไหวที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท (0-4 คะแนน)		
0 คะแนน	1	4.5
2 คะแนน	8	36.4
3 คะแนน	9	40.9
4 คะแนน	4	18.2
ความจำ (0.5-4 คะแนน)		
2 คะแนน	1	4.5
3 คะแนน	4	18.2
3.5 คะแนน	8	36.4
4 คะแนน	9	40.9

จากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดจำนวน 22 ราย พบว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-83 ปี มีอายุเฉลี่ย 55.55 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.85) ร้อยละ 36.4 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี และร้อยละ 36.4 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.5 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคกลาง ร้อยละ 54.5 จบการศึกษาระดับสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.9 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15,404.99) และร้อยละ 59.1 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางที่

4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		11	50
หญิง		11	50
อายุ (จำแนกตามระดับการศึกษา)			
30-39 ปี		2	9.1
40-49 ปี		8	36.4
50-59 ปี		4	18.2
60 ปีขึ้นไป		8	36.4
ค่าพิสัย		30-83	
ค่าเฉลี่ย		55.55	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		12.85	
สถานภาพสมรส			
โสด		3	13.6
คู่		14	63.6
หม้าย / หย่า / แยก		5	23.7
ภูมิลำเนาเดิม			
ภาคกลาง		10	45.5
ภาคเหนือ		2	9.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		7	31.8
ภาคตะวันออก		1	4.5
ภาคใต้		2	9.1
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด			
ประถมศึกษา		12	54.5
มัธยมศึกษา		7	31.8
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา		1	4.5
ปริญญาตรี		1	4.5

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด (ต่อ)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	4.5
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	5	22.7
รับจ้าง	8	36.4
เกษตรกร	1	4.5
แม่บ้าน	2	9.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานมหาวิทยาลัย	3	13.6
ข้าราชการเกษียณอายุ	2	9.1
ธุรกิจส่วนตัว	1	4.5
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	9.1
5,001-10,000 บาท	9	40.9
10,001-15,000 บาท	2	9.1
15,001-20,000 บาท	3	13.6
25,001-30,000 บาท	4	18.2
30,000 บาทขึ้นไป	2	9.1
ค่าพิสัย	2000-70,000	
ค่าเฉลี่ย	17,363.64	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15,404.99	
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	6	27.3
เพียงพอ	13	59.1
มีเหลือเก็บ	3	13.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจากการขอเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 81.8 ติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกัน ร้อยละ 36.4 ทราบว่าตนเองได้รับการติดเชื้ออยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 59.1 มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมเป็นเบาหวานมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและความดันโลหิตสูงร้อยละ 27.3 และ 22.7 ตามลำดับ ค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-851 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 63.6 มีค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 77.3 มีปริมาณไวรัสในพลาสมาต่ำกว่า 40 คอปปี้ต่อมิลลิเมตร ร้อยละ 54.5 มีระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกอยู่ในระยะแรก ร้อยละ 95.5 อยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ ร้อยละ 90.9 ยังไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ ได้แก่ วันโรค ปอดอักเสบพีซีพี และเริม ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจาก		
การขอเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี	16	72.7
การตรวจเลือดก่อนผ่าตัด	3	13.6
การบริจาคเลือด	1	4.5
การตรวจสุขภาพประจำปี	1	4.5
การฝากครรภ์	1	4.5
ได้รับการติดเชื้อเอชไอวีมาจาก		
มีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกัน	18	81.8
ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด	1	4.5
ได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม	2	9.1
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ		
น้อยกว่า 5 ปี	8	36.4
5-10 ปี	8	36.4
มากกว่า 10 ปี	6	27.3

ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวหรือโรคร่วม (ผู้ป่วยอาจมีโรคมามากกว่า 1 โรค)		
เบาหวาน	7	59.1
ไขมันในเลือดผิดปกติ	6	27.3
ความดันโลหิตสูง	5	22.7
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	2	9.1
โรคหัวใจ	1	4.5
โรคไต	1	4.5
ไวรัสตับอักเสบบี	1	4.5
หอบหืด	1	4.5
โรคข้อและภูมิแพ้	1	4.5
เม็ดเลือดขาวซีดีสี่		
น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร	8	36.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร	14	63.6
ค่าพิสัย	1-851	
ปริมาณไวรัสในพลาสมา		
น้อยกว่า 40 คอปปีต่อมิลลิเมตร	17	77.3
มากกว่า/เท่ากับ 40 คอปปีต่อมิลลิเมตร	3	13.6
ไม่ได้ตรวจ	2	9.1
ค่าพิสัย	39-357,791	
ระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรก		
ระยะที่ 1 (CDC stage A)	12	54.5
ระยะที่ 2 (CDC stage B)	9	40.9
ระยะที่ 3 (CDC stage C)	1	4.5
อาการแสดงของโรคในปัจจุบัน		
ไม่มี	21	95.5
มี (งูสวัด)	1	4.5

ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส		
ไม่มี	20	90.9
มี (วัณโรค ปอดอักเสบพีซีพี เริ่ม)	2	9.1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.5 รับประทานยาต้านเอชไอวี ร้อยละ 63.6 รับประทานยาต้านเอชไอวีสูตร NNRTIs-based regimen รองลงมาได้แก่ สูตรทางเลือกและสูตร PIs-based regimen ร้อยละ 22.7, 9.1 ตามลำดับ ร้อยละ 54.4 รับประทานยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 22.7 รับประทานลดไขมันในเลือด รองลงมาได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาเบาหวาน ยาแก้ไอและยาเสพติด ร้อยละ 68.2 รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในช่วง 2-18 เม็ด ร้อยละ 68.2 รับประทานที่มีจำนวน 5 เม็ดขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนร้อยละของการรับประทานยาต้านเอชไอวีและยาอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานยาต้านเอชไอวี		
ไม่ได้รับ	1	4.5
ได้รับ	21	95.5
ยาต้านเอชไอวีที่กำลังได้รับในปัจจุบัน		
สูตร NNRTIs-based regimen (จำนวนที่ได้รับทั้งหมด)	(14)	(63.6)
Truvada+EFV	1	4.5
GPO vir-Z 250	5	22.7
3TC+TDF+NVP	4	18.2
3TC+TDF+EFV	2	9.1
AZT+3TC+EFV	1	4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนร้อยละของการได้รับยาต้านเอชไอวีและยาอื่นๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (n = 22) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สูตร NNRTIs-based regimen (จำนวนที่ได้รับทั้งหมด) (ต่อ)		
Zilavir+EFV	1	4.5
สูตร PIs-based regimen (จำนวนที่ได้รับทั้งหมด)	(2)	(9.1)
3TC+TDF+LPV/r	2	9.1
สูตรทางเลือก (จำนวนที่ได้รับทั้งหมด)	(5)	(22.7)
3TC+ABC+EFV	2	9.1
Kivexa+NPV	2	9.1
Aluvir+3TC+EFV	1	4.5
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านเอชไอวี	9	40.9
น้อยกว่า 5 ปี	12	54.4
มากกว่า 5 ปี		
ยาอื่น ๆ	10	45.6
ไม่ได้รับ	12	54.4
ได้รับ	5	22.7
ขาดไขมันในเลือด	4	18.2
ขาดความดันโลหิต	3	13.6
การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	2	9.1
ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน	1	4.5
ยาเบาหวาน	1	4.5
ยาแก้ชักและยาสเตียรอยด์		
จำนวนเม็ดยาต้านเอชไอวีและยาอื่น ๆ	6	27.3
2-4 เม็ด	15	68.2
มากกว่า 5 เม็ดขึ้นไป		

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิด เชื้อเอชไอวี

ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาโดยวิเคราะห์คะแนนความจำเป็น คะแนนความยากลำบาก และคะแนนภาระในการดูแลตนเองของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และแปลผลคะแนนความจำเป็น คะแนนความยากลำบาก และคะแนนภาระในการดูแลตนเองของกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ย 1-5 คะแนน ดังแสดงในหน้าที่ 33

ความจำเป็นในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความจำเป็นในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านโดยรวมว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องกระทำมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34) และนำเสนอกิจกรรมที่มีความจำเป็นมาก 3 ลำดับแรกของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก (n = 22)

กิจกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	Level
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป			
1. จัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเท	4.91	0.24	มากที่สุด
2. ถ่ายอุจจาระทุกวัน	4.86	0.35	มากที่สุด
3. ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดอุจจาระ ปัสสาวะ สิ่งคัดหลั่ง ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว	4.86	0.31	มากที่สุด

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก (n = 22) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	Level
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ			
1. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัดทำบุญตักบาตร ไปโบสถ์ ทำละหมาด	4.27	0.94	มากที่สุด
2. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น พุดคุย รับประทานอาหารร่วมกัน เล่นกีฬา ไปเที่ยว	4.23	0.92	มากที่สุด
3. ดูแลสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง	4.18	1.26	มากที่สุด
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ			
1. มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	4.95	0.21	มากที่สุด
2. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ป็นหวัด	4.91	0.29	มากที่สุด
3. รับประทานยาต้านเอชไอวีให้ถูกต้องสม่ำเสมอ และตรงเวลา	4.68	0.35	มากที่สุด

กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบาก

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความยากลำบากในการกระทำการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน โดยรวมว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) และนำเสนอกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากมาก 3 ลำดับแรกของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความยากลำบากในการกระทำ
กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
3 ลำดับแรก (n = 22)

กิจกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	Level
กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากโดยทั่วไป			
1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	2.91	1.44	ปานกลาง
2. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ประสงค์สะอาด	2.27	1.12	ปานกลาง
3. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	2.00	1.57	ปานกลาง
กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากตามระยะพัฒนาการ			
1. ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวม เช่น งานเลี้ยง งานบุญ งานมงคล งานศพ	2.77	1.91	ปานกลาง
2. จัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล	2.73	1.58	ปานกลาง
3. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัดทำบุญตักบาตร ไปโบสถ์ ทำละหมาด	2.23	1.27	ปานกลาง
กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ			
1. หาแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ เช่น กองทุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและอาชีพ	3.36	1.68	มาก
2. ค้นหาหาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งต่างๆ	2.23	1.51	ปานกลาง
3. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ป็นหวัด	2.05	1.39	ปานกลาง

กิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาระในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านโดยรวมว่ามีภาระในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36) และนำเสนอกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมาก 3 ลำดับแรกของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี 3 ลำดับแรก (n = 22)

กิจกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	Level
กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความจำเป็นโดยทั่วไป			
1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3.53	0.98	มาก
2. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ประสุกสะอาด	3.15	0.83	มาก
3. ถ่ายอุจจาระทุกวัน	2.98	0.96	ปานกลาง
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ			
1. จัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล	3.25	1.26	มาก
2. ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวม เช่น งานเลี้ยง งานบุญ งานมงคล งานศพ	2.99	0.78	ปานกลาง
3. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัดทำบุญตักบาตร ไปโบสถ์ ทำละหมาด	2.79	0.55	ปานกลาง
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ			
1. หาแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ เช่น กองทุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและอาชีพ	3.03	1.16	มาก
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี ได้แก่ มีอาการคันหรือมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ	3.00	1.09	มาก
3. ค้นหาหาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งต่าง ๆ	2.94	1.11	ปานกลาง

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิด เชื้อเอชไอวี

ภาระในการดูแลตนเองของกิจกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 22 ราย พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 77.27 (จำนวน 17 ราย) มีคะแนนภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.73 (จำนวน 5 ราย) มีคะแนนภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

สรุปการผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคิดเชื้อเอชไอวีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 77.27 มีภาระในการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) และศึกษาภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ในการอภิปรายผลครั้งนี้จะอภิปรายผลตามหัวข้อดังนี้ คือ ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านเอชไอวีจำนวน 177 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลา 6 เดือน พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย)

ประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในโครงการ The 2NN Cohort Study ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันอย่างน้อย 5 ปี ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลา 1 ปี พบว่าความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) ร้อยละ 37.5 (Pumpradit et al., 2010) นอกจากนี้มีการศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านเอชไอวีแบบรวม (combination antiretroviral therapy; CART) ในประเทศสหรัฐอเมริกาของนักวิจัยกลุ่มชาร์เตอร์ (The CNS HIV Antiretroviral Therapy Effects Research; CHARTER) ในช่วงระหว่างเดือน

กันยายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลา 4 ปี จำนวน 1,555 ราย พบว่ามีความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 52 (Heaton et al., 2010)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่างานวิจัยอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจง คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว และมีลักษณะทางกายภาพใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในภาคกลาง มีอายุเฉลี่ย 45.25 ปี และมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 200-350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การที่มีอายุมากและภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบว่าค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ที่ต่ำเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2554; Antinori et al., 2007; Robertson & Hall, 2007, Heaton et al., 2010) ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ปัจจุบันมีการพัฒนาสูตรยาต้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพทำให้ยาสามารถซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้ดีช่วยลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในน้ำไขสันหลังและทำให้ความบกพร่องของระบบประสาทดีขึ้น (Cysique et al., 2009; Letendre et al., 2004) ทั้งสองเหตุผลนี้อาจทำให้ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในการวิจัยครั้งนี้ น้อยกว่าการวิจัยในอดีต

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 22 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สอดคล้องกับการศึกษาของแซกเตอร์และคณะที่พบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 200-350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรมากขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 13.6 (Sacktor et al., 2001) และผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.6 มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป พบว่าการที่มีอายุมากเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2554; Antinori et al., 2007)

สรุปการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ ในอดีตซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายต่อไป

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการรับรู้ถึงความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และการรับรู้ถึงความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 22 ราย ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะอภิปรายผลการศึกษาอย่างละเอียดเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังนี้

ความจำเป็นของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อตนเองเพื่อให้สุขภาพของตนเองแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามรายด้านและรายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำที่อยู่ในระดับมากที่สุดมี 3 กิจกรรม คือ การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดมีอากาศถ่ายเท การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นอื่น ๆ (คะแนนเฉลี่ย 4.91 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.6 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ถนนทำให้มีฝุ่นละอองมาก และมีความอับชื้นเป็นที่อยู่ของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เศรษฐีกุลและคณะ (2554) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญในการดูแลความสะอาดสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะที่นอนและห้องนอนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุด คือ (คะแนนเฉลี่ย 4.27 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.6 สำหรับกิจกรรมทางศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การ

ทำบุญตักบาตร กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าทำบุญแล้วรู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ปลงตกกับชีวิต และไม่กลัวตาย และมีความเชื่อว่าการทำบุญ การละเว้นบาป ผลบุญที่ได้กระทำไว้จะส่งผลให้ตนเองมีความสุขทั้งในชาตินี้และชาติหน้า

การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุด เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (มีคะแนนเฉลี่ย 4.95 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.6 จากการสัมภาษณ์พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งจำนวน 21 ราย กลุ่มตัวอย่างไม่มีความยากลำบากในการเดินทางมาตรวจตามนัดเนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ใช้เวลาเดินทางมาโรงพยาบาลประมาณ 1-2 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพภายหลังติดเชื้อเปลี่ยนไปจากคนที่ไม่เคยสนใจสุขภาพก็หันมาดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษาของแกสกินส์และลายออนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) เรื่อง Self-care practices of rural people with HIV disease ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพเนื่องจากอยู่ในเขตชนบทระยะทางจากบ้านไกลจากโรงพยาบาล ไม่มียานพาหนะสำหรับเดินทาง และไม่มีเวลาไปพบแพทย์

สรุปการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความจำเป็นของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อสุขภาพมากที่สุด กิจกรรมเหล่านี้รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขอนามัยที่ดี กิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าและเป็นประโยชน์สำหรับครอบครัวและสังคม การจัดการกับความเครียด ตลอดจนกิจกรรมที่ต้องกระทำเมื่อตนเองเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ความยากลำบากของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านนั้นไม่มีความยากลำบากที่จะกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี และเมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามรายด้านและรายข้อพบว่ากิจกรรมที่มีความยากลำบากในการ

กระทำที่อยู่ในระดับปานกลางมี 2 กิจกรรม คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวม ส่วนกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำที่อยู่ในระดับมากมี 1 กิจกรรม คือ การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากโดยทั่วไปอื่น ๆ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.91 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.7 โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าไม่มีเวลาไปออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานบ้านและทำงานประจำ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะปวดเข่าและไปออกกำลังกายไม่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เศรษฐกุลและคณะ (2554) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื่อเอชไอวีที่พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลา

การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการอื่น ๆ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.77 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.7 สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีที่พบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนรับรู้ว่าคุณเองกำลังเป็นโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจทำให้ไม่อยากมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธวรรณ ศิวเวทพิกุล ประนอม โอทกานนท์ จรรยา สันตยากร และสำราญ มีแจ้ง (2551) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสพบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะอับอายภาพลักษณ์ของตนเองในช่วงเจ็บป่วยจากโรคติดเชื่อฉวยโอกาสที่มีอาการทางกายปรากฏให้ผู้อื่นเห็น และเมื่อรับประทานยาต้านเอชไอวีไปแล้วจะได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีที่ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น แก้มตอบ แขนขาเล็บเล็กลง หน้าท้องใหญ่ขึ้นและก้นแฟบลงส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง อายและไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.36 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.7 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (จำนวน 21 ราย) ไม่ทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ในชุมชน และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ที่ทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ในชุมชนจำนวน 1 ราย แต่ไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากกลัวเป็นที่รังเกียจจากสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนรับรู้ว่าตนเองกำลังเป็นโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ

สรุปการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถบริหารจัดการให้ตนเองสามารถกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

กิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

กิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมาจากผลลัพธ์ระหว่างการรับรู้ความจำเป็นในการกระทำการกิจกรรมและการรับรู้ความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งเมื่อนำคะแนนมาคำนวณพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างมี 3 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.53 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.8 จากการสัมภาษณ์พบว่ามียกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายจำนวน 15 ราย เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องทำงานบ้านและทำงานประจำ มีอายุมาก และมีปัญหาปวดเข่า สอดคล้องกับการศึกษาของอนาสทาสิโอ แมคมาเฮน แดเนียลส์ นิโคลัส และเพาล์-ไซมอน อนาสทาสิโอ แมคมาเฮน แดเนียลส์ นิโคลัส และเพาล์-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) เรื่องภาระในการดูแลตนเองของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง

การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดสำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการ (คะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.8 จากการสัมภาษณ์พบว่ามียกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่ต้องจัดการค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าเดินทางมาโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง มียกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีปัญหานี้ขึ้นเนื่องจากต้องออกเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำไปเบิกทีหลัง และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอเนื่องจากไม่ได้ทำงาน ต้องขอเงินจากสามีและบุตร

การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4.8 ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของอนาสทาสิโอ แมคมาฮาน แดเนียลส์ นิโคลัส และเพาล์-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) เรื่องภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าภาระแสวงหาแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด และแตกต่างจากการศึกษาของแกสกินส์และลายออนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) เรื่อง Self-care practices of rural people with HIV disease ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรในชุมชนโดยจัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำกิจกรรมกลุ่ม (support group) มีการพบกันเดือนละ 2 ครั้ง กิจกรรมกลุ่มนี้ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสถานะอารมณ์ดีขึ้น

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

จากการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์แล้วนำมาอภิปรายเป็นกรณีศึกษาได้ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 30 ปี 11 เดือน มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี 9.5 คะแนน และมีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม 3.63 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก พบว่าการจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเท เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ประกอบกับที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ถนนซึ่งมีฝุ่นมากอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ป่วยประกอบอาชีพพนักงานเก็บเงินบรลโดยสารประจำทาง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องหยุดงานบอยและไม่สามารถทำงานในตำแหน่งเดิมได้ ดังนั้นการทำงานจึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่เป็นภาระในการดูแลตนเองในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันและการทำงานจนทำให้เกิดความเครียดและระบายความเครียดด้วยการร้องไห้ทุกวัน ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการจัดการกับความเครียดเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด สำหรับกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การไปปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบว่าตนเองมี

ปัญหาสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตราบาปและไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 61 ปี 11 เดือน มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 9.0 คะแนน และมีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม 3.11 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับมาก พบว่าการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างไม่ค่อยมีเวลาดื่มน้ำและมีความยากลำบากในการหาซื้อน้ำดื่ม ประกอบกับสถานที่ก่อสร้างไม่สะดวกในการจับจ่ายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจับจ่ายอาหารได้ทุกวัน ดังนั้นการจับจ่ายอาหารทุกวันจึงเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดสำหรับผู้ป่วย และเนื่องจากลักษณะงานก่อสร้างมีการย้ายสถานที่ไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมที่ทำรวมมีเพียงแค่พูดคุยกันเท่านั้น การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด สำหรับกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่าแหล่งประโยชน์ในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 3

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 56 ปี 11 เดือน มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 10 คะแนน และมีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม 3.01 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองระดับมาก พบว่าการจับจ่ายอาหารทุกวันเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจับจ่ายอาหารได้ทุกวัน และผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยบอกว่าจะนอนไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่เวลา 22.00 น. ถึงเวลา 5.00 น. ดังนั้นการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง จึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ผู้ป่วยเข้ามาหางานทำในกรุงเทพฯ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น รับจ้างทำบายศรี มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 1,000-4,000 บาท ซึ่งไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายจึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมเนื่องจากมีญาติพี่น้องอยู่ต่างจังหวัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วม

กิจกรรมของส่วนรวมเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด สำหรับกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาต้านเอชไอวีมาเป็นเวลานาน 1 ปี ไม่เคยมีอาการข้างเคียงขณะที่รับประทานยาต้านไวรัสจึงไม่ได้ซักถามอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีจากแพทย์ผู้รักษา

กรณีศึกษารายที่ 4

ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุ 49 ปี 9 เดือน มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี 9.5 คะแนน และมีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม 3.18 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองระดับมาก พบว่าการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเนื่องจากที่อยู่อาศัยมีสภาพอากาศร้อน สามารถนอนหลับได้วันละ 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยบอกว่าที่อยู่อาศัยของตนเองไม่สะอาด มีหนู ไม่ค่อยมีเวลาทำความสะอาดและทำบ่อยไม่ไหวเนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัวหลายอย่าง ได้แก่ เบาหวาน ไทรอยด์อักเสบปัสสาวะอักเสบไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ และโรคไต ดังนั้นการจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทจึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัดเข้ามาหางานทำในกรุงเทพฯ เป็นเวลานาน 15 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 8,500 บาท ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่อยู่ต่างจังหวัด และค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายจึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมเนื่องจากไม่มีเพื่อน ญาติพี่น้องที่สนิทส่วนใหญ่อยู่อีกต่างจังหวัด และใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด สำหรับกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ เป็นหวัดเนื่องจากผู้ป่วยต้องคลุกคลีกับคนที่ทำงานด้วยกันซึ่งเป็นหวัดบ่อย และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่าแหล่งประโยชน์ในชุมชน ผู้ป่วยบอกว่าถึงแม้ว่าหน่วยงานในชุมชนจะให้ความช่วยเหลือแต่ผู้ป่วยก็ไม่ต้องเพราะไม่ อยากเปิดเผยตนเองให้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐซึ่งเสียค่าใช้จ่ายน้อยอยู่แล้ว

กรณีศึกษารายที่ 5

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 58 ปี 2 เดือน มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี 9.0 คะแนน และมีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม 3.01 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลตนเองระดับมาก พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยต้องทำงานประจำทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ประกอบกับผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ การงดใช้สารเสพติดจึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดอีกกิจกรรมหนึ่ง ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยผลเลือดให้สมาชิกในครอบครัวทราบเนื่องจากมีความรู้สึกลัวว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตราบาป เนื่องจากจบการศึกษาสูงถึงระดับปริญญาโทและมีตำแหน่งหน้าที่การงานดี ทำให้ผู้ป่วยอยากอยู่คนเดียว ดังนั้นการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวจึงกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด สำหรับกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีและการสังเกตอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนที่ไม่เปิดเผยข้อมูลมีผลทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้น้อย

สรุปกรณีศึกษา

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 5 ราย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การขับถ่ายอุจจาระทุกวัน การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเท และการงดใช้สารเสพติด

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 5 ราย ได้แก่ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย การจัดการกับความเครียด การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวม

กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 5 ราย ได้แก่ การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ป็นหวัด การสังเกตอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายตนเอง และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากทั้ง 5 ราย มีอายุระหว่าง 30-61 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล จบการศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 4,000-70,000 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ โรคไต มีคะแนนภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในช่วง 9-10 คะแนน และพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับมากของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 ราย มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลและภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งถ้าพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองก็จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดภาระในการดูแลตนเองได้และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จำนวน 177 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีตรวจคัดกรองหรือวิธีการทดสอบยืนยัน
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
4. มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมลักษณะประชากรและข้อมูลทางด้านสุขภาพ
2. แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) เป็นแบบคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีของแซคเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2005) แบบทดสอบนี้ได้นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศที่พัฒนาแล้วและในประเทศที่ยังไม่พัฒนาพบว่ามีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกัน และเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของประเทศไทย
3. แบบวัดภาระในการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดภาระในการดูแลตนเองของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) เป็นแบบวัดที่มีโครงสร้าง

ภายใต้กรอบแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดภาระในการดูแลตนเองมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเข้าใจของภาษาและการให้คะแนน (content validity) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบวัดภาระในการดูแลตนเองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 22 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) ของความจำเป็นที่จะต้องกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 0.84 และ 0.83 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจคัดกรองด้วยตนเองและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการตรวจคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย) พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 50) และครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50) มีอายุระหว่าง 30-83 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 36.4) และวัยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.4) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.6) มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคกลางมากที่สุด (ร้อยละ 45.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจากการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 72.7) ได้รับการติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกันมากที่สุด (ร้อยละ 81.8) ได้รับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 5-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมเป็นเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 59.1) รองลงมา ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 27.3) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.7)

เม็ดเลือดขาวซีดีสี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่ามากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ร้อยละ 63.6) มีปริมาณไวรัสในพลาสมาน้อยกว่า 40 คอปปีต่อมิลลิเมตร (ร้อยละ 77.3) มี

ระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกอยู่ในระยะแรกมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดยังอยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ (ร้อยละ 95.5) และยังไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 90.9)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับยาต้านเอชไอวี (ร้อยละ 95.5) โดยได้รับยาต้านเอชไอวีสูตร NNRTIs-based regimen ชนิด GPO vir-Z 250 มากที่สุด (ร้อยละ 22.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันมานานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.4) ยาอื่น ๆ ที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ 22.7) ได้รับ รองลงมาได้แก่ ยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 13.6) และยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาที่มีจำนวน 5 เม็ดขึ้นไป (ร้อยละ 68.2)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 22 ราย รับรู้ภาระในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านโดยรวมว่ามีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.27 มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.73 มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 3.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26) และการหาแหล่งประโยชน์เพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ เช่น กองทุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและอาชีพ (คะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่น

2. แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการคัดกรองครั้งนี้มีการทดสอบ 3 ด้าน โดยมีคำสั่งให้ปฏิบัติ ในการทดสอบความเร็วในการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท ผู้วิจัยจะสาธิตให้ดูก่อนแล้วให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซ้อมทำ 2 ครั้ง แต่ในการปฏิบัติจริงผู้ติดเชื้อเอชไอวีซ้อมทำมากกว่า 2 ครั้ง อาจมีผลทำให้ได้คะแนนดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในขณะที่ยังอยู่ในระยะที่ไม่รุนแรงและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการประเมินภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและวางแผนให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อลดภาระในการดูแลตนเองและเป็นการส่งเสริมการมีสุขภาพดีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการพัฒนาทักษะพยาบาลในการตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมและศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีอาการไม่มาก

ด้านการวิจัย

1. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาทางด้านระบบประสาทและของญาติผู้ดูแล

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการยังไม่มาก

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
SELF-CARE BURDEN IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE DISORDERS

สมพิศ พงษ์วิรัตน์ 5337098 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, Ph.D. (NURSING SCIENCES), ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล, M.D., M.H.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนเพราะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในหลายมิติ และยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทยเพราะยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมและผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นรวมทั้งยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ทำให้โรคเอดส์หายขาดได้ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ยาต้านเอชไอวีสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตรยืนยาวมากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสมากขึ้น (non-opportunistic infections) ได้แก่ โรคไต เบาหวาน ตับอักเสบ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (Barbaro, 2006; Lucas et al., 2004; Valcour et al., 2005; Sacktor, 2002)

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงที่ทำลายระบบประสาทส่วนกลางจนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะบกพร่องของระบบประสาทในระยะที่ยังไม่มีอาการ (asymptomatic

neurocognitive impairment; ANI) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเล็กน้อย (HIV-associated mild neurocognitive disorder; MND) และภาวะสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-associated dementia; HAD) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555; Antinori et al., 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) ร้อยละ 52 (Heaton et al., 2010) ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (HAND) ร้อยละ 37.5 (Pumpradit et al., 2010)

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระบบประสาทด้านความคิดและสติปัญญา (neurocognitive impairment) มีความบกพร่องของระบบจิตประสาท (neuropsychological impairment) และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ (motor dysfunction) (Antinori et al., 2007) โดยมีรูปแบบของอาการผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ ภาษาพูด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย แรงดึงตัวของกล้ามเนื้อ และมีบุคลิกภาพ ระดับความรู้สึกตัวและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (พาสิริ สิทธินามสุวรรณ, 2554; ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2554) อาการผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีเมื่อเทียบกับในอดีต (Heaton et al., 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและอาจเกิดภาระในการดูแลตนเองได้ และเป็นที่ทราบกันว่าผู้ป่วยต้องเคร่งครัดในเรื่องการรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ลืมรับประทานยาและทำให้จัดยาผิดพลาดได้ (Albert et al., 2003) ส่งผลให้การรักษาล้มเหลวและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปัญหาคือยา

การตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในขณะที่ยังอยู่ในระยะที่ไม่รุนแรงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทำให้มีสุขภาพดีได้ตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยการช่วยผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ การทำงาน การเข้าสังคม รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีความยากลำบากหรือเป็นภาระในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มี การตรวจคัดกรองหรือประเมินภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกตรวจโรคทั่วไปของประเทศไทย รวมทั้งในคลินิกโรคติดเชื้อของแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อ

นำมาใช้เป็นแนวทางในวางแผนการพยาบาลสำหรับลดภาระในการดูแลตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อ เอชไอวีต่อไป

กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ของโอเร็ม (Orem, 2001) และกรอบแนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของโอเบริสต์ ฮิวส์ ชาง และแมคคอบบิน (Oberst, Hughes, Chang, & McCubbin, 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ตามแนวคิดของโอเร็มกล่าวว่า ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์กันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองมีไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 2001, 282) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) (Orem, 2001, 47-49)

1. **กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป** เนื่องจากการคิดเชื่อ เอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงจนมีโอกาที่จะติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าปกติ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสะอาด งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารหมักดอง ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วยการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่และเลิกใช้สารเสพติด (ภริษญา บุรินทร์กุล วารุณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2550; Gaskins & Lyons, 2000) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่และเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เป็นปกติอย่างสม่ำเสมอ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และสุวรรณา บุญยะสิทธิ์, 2553) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่

รับประทานยาต้านเอชไอวีควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูงเนื่องจากยาต้านเอชไอวีมีผลข้างเคียงทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ (ปวีณา สนธิสมบัติ, 2550)

2. **กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ** ส่วนใหญ่เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อจะกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวในภูมิลำเนาเดิมเพื่อต้องการกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพราะยังต้องทำงานหรือเรียนหนังสือจึงมักปกปิดผลเลือดเพื่อคงสัมพันธภาพที่ดีของตนเองกับสังคมไว้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเปิดเผยผลเลือดกับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจเท่านั้นเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและกลัวถูกตีตราจากสังคม (Gaskins & Lyons, 2000) เมื่อเกิดความเครียดผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหาวิธีคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ปล่อยวางกับชีวิต ไม่กลัวตาย และมีทัศนคติในแง่บวกด้วยการมองโลกในแง่ดี (สิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์, 2554; Gaskins & Lyons, 2000)

3. **กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ** ภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากคนที่ไม่เคยสนใจสุขภาพก็จะหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น ได้แก่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอจามหรือผู้ที่ป็นหวัด หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น แมวและนกพิราบ งดใช้ของส่วนตัวและของมีคมร่วมกับผู้อื่นเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ เคร่งครัดเรื่องการรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและตรงเวลา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เมื่อพบอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายจะไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง (สิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์, 2554) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ อ่านหนังสือจากห้องสมุด และหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม (support group) กับองค์กรให้การช่วยเหลือด้านโรคเอดส์ (AIDS Service Organizations) เพื่อระบายความเครียด และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Gaskins & Lyons, 2000)

แนวคิดเรื่องภาระในการดูแลตนเอง (Self-care burden) ตามแนวคิดของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) ภาระในการดูแลตนเอง หมายถึง ผลลัพธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการหรือความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองและความยากลำบากของตนเองในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ถ้าหากบุคคลใดมีภาระในการดูแลตนเองมากจะไม่สามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้

ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาเพื่อให้สามารถอยู่กับผลของพยาธิสภาพจากโรคและคงไว้ซึ่ง

ความสมดุลของภาวะสุขภาพได้ หากผู้ป่วยมีความรู้สึกลำบากในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน อาจรู้สึกลำบากในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านั้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลำบากกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นภาระในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จำนวน 177 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีตรวจคัดกรองหรือวิธีการทดสอบยืนยัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีเพื่อหาอัตราความเป็นโรคของคอแครอน (Cochran อ้างใน เต็มศรี ชำนิจารกิจ, 2544 และสุมาลี สิงหนิยม, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีในประเทศไทย (Pumpradit et al., 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 ราย

เครื่องมือวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมลักษณะประชากรและข้อมูลทางด้านสุขภาพ
2. แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื้อเอชไอวี (The International HIV Dementia Scale; IHDS) เป็นแบบคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื้อเอชไอวีของแซคเตอร์และคณะ (Sacktor et al., 2005)
3. แบบวัดภาวะในการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดภาวะในการดูแลตนเองของโอเบริสต์และคณะ (Oberst et al., 1991) เป็นแบบวัดที่มีโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเบริสต์และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดภาวะในการดูแลตนเองมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเข้าใจของภาษาและการให้คะแนน (content validity) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบวัดภาวะในการดูแลตนเองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 22 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) ของความจำเป็นที่จะต้องกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเองและความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 0.84 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการภาวะในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล มีการลงลายมือชื่อหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอม มีการปกปิดชื่อและข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามในห้องที่มีประตูปิด และนำข้อมูลที่ได้ออกจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจคัดกรองและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลครบถ้วนทั้งหมดจำนวน 177 ราย และมีผลการวิจัยดังนี้

ผลการตรวจคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย) พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 50) ครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50) มีอายุระหว่าง 30-83 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 36.4) และวัยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.4) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.6) มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคกลางมากที่สุด (ร้อยละ 45.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นสูงมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจากการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 72.7) ได้รับการติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกันมากที่สุด (ร้อยละ 81.8) ได้รับการติดเชื้ออยู่ในช่วง 5-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมเป็นเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 59.1) รองลงมา ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 27.3) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ร้อยละ 63.6) มีปริมาณไวรัสในพลาสมาน้อยกว่า 40 คอปียต่อมิลลิเมตร (ร้อยละ 77.3) มีระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกอยู่ในระยะแรกมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดยังอยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ (ร้อยละ 95.5) และยังไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 90.9)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับยาต้านเอชไอวี (ร้อยละ 95.5) โดยได้รับยาต้านเอชไอวีสูตร NNRTIs-based regimen ชนิด GPO vir-Z 250 มากที่สุด (ร้อยละ 22.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาต้านเอชไอวีแบบ 3 ชนิดร่วมกันมานานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.4) ยาอื่น ๆ ที่ได้รับ ได้แก่ ยาลด

ไขมันในเลือด (ร้อยละ 22.7) ขาดความดันโลหิต (ร้อยละ 13.6) และยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 9.1) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาที่มีจำนวน 5 เม็ดขึ้นไป (ร้อยละ 68.2)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 22 ราย รับรู้ภาระในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านโดยรวมว่ามีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.27 มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.73 มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 3.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26) และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ เช่น กองทุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและอาชีพ (คะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 177 ราย พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย)

จากการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่างานวิจัยอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจง คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวและมีลักษณะทางกายภาพใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในภาคกลาง มีอายุเฉลี่ย 45.25 ปี และมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ต่ำกว่า 200-350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การที่มีอายุมากและภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบว่าค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ที่ต่ำเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล, 2554; Antinori et al., 2007; Robertson & Hall, 2007, Heaton et al., 2010) ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ปัจจุบันมีการพัฒนาสูตรยาต้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพทำให้ยาสามารถซึมผ่านเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้ดีช่วยลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในน้ำไขสันหลังและทำให้ความ

บทพร่องของระบบประสาทดีขึ้น (Cysique et al., 2009; Letendre et al., 2004) ทั้งสองเหตุผลนี้อาจทำให้ความชุกของภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษานี้ต่ำกว่าในอดีต

จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีความจำเป็นในการกระทำการกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการกระทำการกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อตนเองเพื่อให้สุขภาพของตนเองแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามรายด้านและรายข้อพบว่ากิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุดมี 3 กิจกรรม ได้แก่ การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดมีอากาศถ่ายเท การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการมาตรวจตามนัด

การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นอื่น ๆ (คะแนนเฉลี่ย 4.91 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ถนนทำให้มีฝุ่นละอองมากและมีความอับชื้นเป็นที่อยู่ของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เศรษฐกุลและคณะ (2554) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญในการดูแลความสะอาดสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะที่นอนและห้องนอนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุด คือ (คะแนนเฉลี่ย 4.27 คะแนน) สำหรับกิจกรรมทางศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การทำบุญตักบาตร กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าทำบุญแล้วรู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ปลงตกกับชีวิต ไม่กลัวตาย และมีความเชื่อว่าผลบุญที่ทำไว้จะส่งผลให้ตนเองมีความสุขทั้งในชาตินี้และชาติหน้า

การมาตรวจตามนัดเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องกระทำมากที่สุดเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (มีคะแนนเฉลี่ย 4.95 คะแนน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งมีจำนวน 21 ราย กลุ่มตัวอย่างไม่มีความยากลำบากในการเดินทางมาตรวจตามนัดเนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ใช้เวลาเดินทางมาโรงพยาบาลประมาณ 1-2 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีที่พบว่า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพภายหลังติดเชื้อเปลี่ยนไปจากคนที่ไม่เคยสนใจสุขภาพก็หันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น โดยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

สรุปในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความจำเป็นของกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อสุขภาพมากที่สุด กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขอนามัยที่ดี กิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมที่จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจัดการกับความเครียดที่จะทำให้บุคคลปรับสภาพอารมณ์ได้ และกิจกรรมที่ต้องกระทำเมื่อตนเองเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านนั้นไม่มีความยากลำบากที่จะกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี และเมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามรายด้านและรายข้อพบว่ากิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมี 3 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวม และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากโดยทั่วไปอื่น ๆ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.91 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าไม่มีเวลาไปออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานบ้านและทำงานประจำ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีปัญหาปวดเข่าทำให้ไปออกกำลังกายไม่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เศรษฐกุลและคณะ (2554) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลา

การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ หรือเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการอื่น ๆ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.77 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนรับรู้ว่าตนเองกำลังเป็นโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจทำให้ไม่อยากมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธวรรณ ศิวเวทีกุล ประนอม โอทกานนท์ จรรยา สันตยากร และสำราญ มีแจ้ง (2551) เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะอับอายภาพลักษณ์ของตนเองในช่วงเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวย

โอกาสที่มีอาการทางกายปรากฏให้ผู้อื่นเห็น และได้รับผลข้างเคียงจากยาต้านเอชไอวีที่ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้แก่ แก้มตอบ แขนขาเจ็บ หน้าท้องใหญ่ขึ้น และก้นแฟบลง ส่งผลให้มีความรู้สึกอับอายและไร้คุณค่าในตนเองจึงทำให้ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากในการกระทำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความยากลำบากเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีความยากลำบากในการกระทำอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.36 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าแหล่งประโยชน์ในชุมชน มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย ที่ทราบว่าแหล่งประโยชน์ในชุมชนแต่ไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากกลัวเป็นที่รังเกียจจากสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีย์รักษ์ (2554) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนรับรู้ว่าคุณค่าตนเองกำลังเป็นโรคภัยแรงที่สังคมรังเกียจ

สรุปการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถบริหารจัดการให้ตนเองสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้สามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

กิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมาจากผลลัพธ์ระหว่างการรับรู้ความจำเป็นในการกระทำกิจกรรมและการรับรู้ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งเมื่อนำคะแนนมาคำนวณพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างมี 3 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.53 คะแนน) มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายจำนวน 15 ราย เนื่องจากไม่มีเวลาต้องทำงานบ้านและทำงานประจำ มีอายุมาก และมีปัญหาปวดเข่า สอดคล้องกับการศึกษาของอนาสทาสิโอ แมคมาเฮน แดเนียลส์ นิโคลัส และพอล-ไซมอน จอนาสทาสิโอ แมคมาเฮน แดเนียลส์ นิโคลัส และพอล-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) เรื่องภาระในการดูแลตนเองของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง

การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดสำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพัฒนาการ (คะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่ต้องจัดการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าเดินทางมา

โรงพยาบาลและคำรักษาพยาบาลด้วยตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย มีปัญหานี้สืบเนื่องจากต้องออกเงินคำรักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำไปเบิกทีหลัง และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย มีปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอเนื่องจากไม่ได้ทำงาน

การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนาสทาสิโอ แมคมาฮัน แดเนียลส์ นิโคลัส และเพาล์-ไซมอน (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) เรื่องภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าภาระแสวงหาแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด และแตกต่างจากการศึกษาของแกสกินส์และลายออนส์ (Gaskins & Lyons, 2000) เรื่อง Self-care practices of rural people with HIV disease ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรในชุมชน โดยจัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำกิจกรรมกลุ่ม (support group)

สรุปผลการวิจัย

ผลการตรวจคัดกรองพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.4 (22 ราย) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 22 ราย รับรู้ภาระในการกระทำการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้านโดยรวมว่ามีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.27 (17 ราย) และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากร้อยละ 22.73 (5 ราย)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว คำรักษาพยาบาล และการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาช่วยในการดูแลสุขภาพ เช่น กองทุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและอาชีพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทำให้มี

ข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิด
เชื่อเอชไอวีกลุ่มอื่น

2. แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่ผู้วิจัย
นำมาใช้ในการคัดกรองครั้งนี้มีการทดสอบ 3 ด้าน ในการทดสอบความเร็วในการเคลื่อนไหวของ
ร่างกายที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท ผู้วิจัยจะต้องสาธิตให้ดูก่อนแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซ้อมทำ 2
ครั้ง แต่ในทางปฏิบัติจริงมีผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายซ้อมทำมากกว่า 2 ครั้ง อาจมีผลทำให้ได้คะแนนดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีจะ
ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในขณะที่ยังอยู่ในระยะที่ไม่รุนแรงและเป็นการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบ
ประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีจะเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการประเมิน
ภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีและวางแผนให้การดูแลที่
เฉพาะเจาะจงเพื่อลดภาระในการดูแลตนเองและเป็นการส่งเสริมการมีสุขภาพดีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการพัฒนาทักษะตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการ
คิดเชื่อเอชไอวีให้กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่ยังมีอาการไม่มาก

ด้านการวิจัย

1. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาระ
ในการดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีปัญหาทางด้านระบบประสาทและของญาติผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอชไอวีที่ยังมีอาการไม่มาก

**SELF-CARE BURDEN IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED
NEUROCOGNITIVE DISORDERS**

PONGVIRAT SOMPIT 5337098 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : POOLSUK JANPANICH WISUDTIPUN,
Ph.D., SASISOPIN KIERTIBURANAKUL, M.D., M.H.S.**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

AIDS results from HIV infection. It is a chronic contagious disease which is complex and affects health status in various dimensions. At present, AIDS is still a major public health problem of Thailand and the world, as there are a large number of existing HIV-infected patients and newly diagnosed cases of HIV-infected patients. The mortality rate caused by AIDS is high, and AIDS is still incurable. Antiretroviral therapy is the most effective means to reduce morbidity and mortality rates caused by opportunistic infections, thus prolonging the life of HIV-infected patients. However, previous studies have revealed that there are more HIV-infected patients who are suffering from non-opportunistic infections such as kidney disease, diabetes mellitus, hepatitis, hypertension, hyperlipidemia, and HIV-associated dementia (Barbaro, 2006; Lucas et al., 2004; Valcour et al., 2005; Sacktor, 2002).

HIV-associated neurocognitive disorders (HAND) is a neurological disorder that is directly caused by HIV infection. It damages the central nervous system, thus leading to the onset of dementia. There are three conditions of HIV-associated neurocognitive disorders: 1) asymptomatic neurocognitive impairment (ANI), HIV-associated mild neurocognitive disorder (MND), and HIV-associated dementia (HAD) (Weerasak Muangpaisal, B.E. 2555; Antinori et al., 2007). In the

United States of America, the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders is 52% (Heaton et al., 2010), but in Thailand, the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders is 37.5% (Pumpradit et al., 2010).

HIV-associated neurocognitive disorders lead to neurocognitive impairment, neuropsychological impairment, and motor dysfunction (Antinori et al., 2007), with abnormalities regarding learning, speech, decision-making, motor movements, bowel excretion, and muscle spasm. They also result in changes in personality, levels of consciousness, and emotions (Pasiri Sithinamsuwan, B.E. 2554; Sasisopin Kiatburanakul, B.E. 2554). Such abnormalities prevent patients from carrying out activities of daily living and other activities they used to in the past (Heaton et al., 2004). Thus, patients may not be able to perform self-care to adhere to their treatment plan to maintain health. They may also cause care burden to others. It is accepted that HIV-infected patients need to have strict adherence to their intake of antiretroviral therapy. If patients suffer from HIV-associated neurocognitive disorders, they may lack adherence and have incorrect medication intake (Albert et al., 2003), which can cause failure in their treatment and lead to an increase in medical expenses to deal with problems of drug resistance.

Screening of HIV-associated neurocognitive disorders enables patients to receive diagnosis early on in the initial period when the disease is not yet severe. Therefore, possible complications that can be life-threatening can be prevented. The healthcare team members realize the significance of providing correct and comprehensive care to these patients—physically, psychologically, and socially—by enabling patients to adapt their self-care behaviors in terms of daily living activities, other activities, work, socialization, and adherence to the treatment plan so as to prevent the patients from feeling that they have to deal with difficulties and develop self-care burden. However, at present there is no screening and diagnosis of HIV-associated neurocognitive disorders at general clinics in Thailand, including the infection clinic at the outpatient medical department of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. For this reason, the researcher was interested in investigating the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders and self-care burden of these patients who sought treatment at Ramathibodi Hospital. It was anticipated that the findings of the present study would be used to devise a nursing care plan to more

effectively reduce self-care burden and develop self-care efficacy of patients with HIV-associated neurocognitive disorders.

Conceptual Framework of the Study

In this study, the self-care deficit theory of Orem (2001) and the self-care burden theory of Oberst, Hughes, Chang, & McCubbin (1991) were employed as the conceptual framework of the study.

The self-care deficit theory: According to Orem (2001), self-care deficit is a result of the relationship between self-care agency and therapeutic self-care demand, when self-care agency is not sufficient to cover all therapeutic self-care demands (Orem, 2001: 282). According to Orem, therapeutic self-care demand consists of three aspects of self-care requisites, which are 1) universal self-care requisites, 2) developmental self-care requisites, and 3) health deviation self-care requisites (Orem, 2001: 47-49), which can further be explained as follows:

1. Universal self-care requisites: HIV infection weakens the body's immune system, thus making HIV-infected patients susceptible to opportunistic infections. Therefore, HIV-infected patients need to eat clean and nutritious food, refrain from eating food that is not completely cooked and fermented food, sufficiently drink clean water, have enough rest and relaxation, regularly exercise, refrain from having sex or have only safe sex, protect themselves from health threats, avoid drinking alcohol, and quit smoking or other addictive substances (Purichaya Burinkul, Warunee Fongkaew, & Poonsap Soparat, B.E. 2550; Gaskins & Lyons, 2000). In addition, HIV-infected patients need to take care of their hygiene by taking a shower with soap and change their clothes on a daily basis, brush their teeth correctly, and make sure that they have regular urination and bowel movements (Yuthachai Chaiyasit & Suwanna Boonyaleepan, B.E. 2553). As for HIV-infected patients who are taking antiretroviral therapy, they should avoid fatty food as one of the side effects of antiretroviral therapy is hyperlipidemia (Paweena Sonthisombat, B.E. 2550).

2. Developmental self-care requisites: When patients learn of their infection status, they tend to return to their family for spiritual encouragement and care. However, those who have to maintain social interactions tend to conceal their

infection status when they go to school or work and disclose their blood examination results only to trusted persons for fear of social stigma and disgust (Gaskins & Lyons, 2000). When they are under stress, patients with HIV-infection may relieve their stress by returning to their religion, letting go of fear and death, and develop optimistic worldviews (Sirirat Chandaramano & Janerawee Swangareerak, B.E. 2554; Gaskins & Lyons, 2000).

3. Health deviation self-care requisites: After the patients have learned of their infection status, they will change their health behaviors. Those who have never paid attention to their own health will become more health conscious. For example, they may avoid being close to persons who are sneezing or coughing or having a common cold, avoid being animals that can be disease carriers such as cats or pigeons, refrain from sharing personal belongings and sharp objects with others to prevent spread of the virus, develop strict adherence to medication intake, and closely observe side effects of antiretroviral therapy. Moreover, when they are sick or develop any abnormality, they will seek advice from physicians or healthcare team members and keep the doctor's appointment (Sirirat Chandaramano & Janerawee Swangareerak, B.E. 2554). Furthermore, HIV-infected patients may seek information on healthcare from television, libraries, or resources in the community such as participating in support groups and AIDS Service Organizations to release stress and exchange experiences with self-care practices (Gaskins & Lyons, 2000).

Self-care burden: According to Oberst et al. (1991), self-care burden refers to the outcomes of perceived needs or necessity to perform self-care and difficulty in performing self-care. If individuals have much self-care burden, they will be unable to learn and adapt their self-care behaviors appropriately, so they may have to suffer from self-care deficit.

HIV-associated neurocognitive disorders make patients learn to adapt their self-care practices in their daily living activities and other activities, including their adherence to the treatment plan in order to live with the pathology of HIV and to maintain health. If the patients feel that self-care adaptation to respond to all three aspects of self-care requisites is difficult or troublesome, they may develop self-care burden and may be unable to carry out necessary self-care practices. Therefore, nurses should play a role to provide care and advice to patients to enable them to have

behavioral adaptation physically, psychologically, and socially so as to make them feel that their self-care activities are not self-care burden.

Research Objectives

1. To determine the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in patients who seek treatment at the infection clinic, outpatient medical department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
2. To investigate self-care burden of HIV-associated neurocognitive disorders in patients who seek treatment at the infection clinic, outpatient medical department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

Methodology

Sample and sampling method

The study sample consisted of 177 HIV-infected patients who sought treatment at the infection clinic, outpatient medical department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital between October 2012 and April 2013. The sample was recruited by means of purposive sampling based on the following inclusion criteria: they were diagnosed with HIV infection based on the screening or confirmation antibody test, they were 18 years old and older, they were male or female, they were able to communicate in the Thai language, and they were willing to participate in the study. The calculation of sample size was done using the Cochran formula (Termsri Chamnijarakit, B.E. 2544; Sumalee Singhanityom, B.E. 2554), as well as a review of literature on prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in Thailand (Pumpradit et al., 2010). The total number of subjects was 177.

Instrumentation and validation of instruments

The instruments used in the present study were composed of the following:

1. The demographic characteristics questionnaire was developed by the researcher based on a review of literature to elicit data regarding demographic characteristics and health status of the subjects.
2. The International HIV Dementia Scale (IHDS) was constructed by Sacktor et al. (2005) to screen HIV-associated neurocognitive disorders.
3. The self-care burden questionnaire was adapted from the concept of self-care burden of Oberst et al. (1991) under the conceptual framework of self-care deficit of Orem as well as a review of literature on self-care of HIV-infected patients. The questionnaire consisted of 30 items which had been validated by a panel of three experts to confirm content validity and clarity of language. The questionnaire was revised and improved based on the experts' comments and suggestions before it was tried out with 22 HIV-infected patients whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the necessity of self-care aspect and the difficulty of self-care activities aspect of the questionnaire was equal to 0.84 and 0.83, respectively.

Protection of the rights of human subjects

The present study was part of the self-care burden of patients with HIV/AIDS project. The study proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The researcher met the HIV-infected patients to explain the study objectives, data collection procedures and duration, and expected outcomes and benefits. The patients were informed that they had the rights to decide to participate or refuse to participate in the study, and to withdraw from the study at anytime if they wished, without any effect on the treatment they would receive from the hospital. They were assured that the data collected from them would be coded and kept strictly confidential and would be reported only as group data, and that data collection would be conducted in a private room and the findings would only be used for academic purposes. If the patients agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form.

Data collection

After the HIV-infected patients who met the inclusion criteria were recruited, the researcher conducted the screening test and collected data from them by herself.

Data analysis

After all of the data were collected, the researcher examined the questionnaires to ensure completeness of the data before analyzing the data using descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation.

Findings

The study findings derived from the data collected from 177 subjects were as follows:

The screening examination revealed that there were 22 subjects, or 12.4%, who had HIV-associated neurocognitive disorders. Half of the subjects, or 50%, were male, while the other half were female. They ranged in age from 30 to 83 years old, with a little more than one-third, or 36.4%, being in their middle age of 40 to 49 years old and with another 36.4% being in their old age, older than 60 years old. In addition, almost two-thirds, or 63.6%, were married, and nearly half, or 45.4%, had their hometown in the central region. As regards educational background and occupation, more than half, or 54.5%, completed elementary education and more than one-third, or 36.4%, were wage earners. Their mean family income ranged from 5,001 to 10,000 baht per month (40.9%), and more than half, or 59.1%, had sufficient income.

With regard to the subjects' infection status, almost three quarters, or 72.7%, were diagnosed with HIV infection after having a blood test. Most of them, or 81.8%, contracted HIV viruses from having heterosexual sex, and more than one-third, or 36.4%, had been infected for five to ten years. As for co-morbidity, 59.1% had diabetes mellitus, 27.3% had hyperlipidemia, and 22.7% had hypertension.

Almost two-thirds of the subjects, or 63.6%, had CD4 count more than 350 cells/mm³, and more than three-fourths, or 77.3%, had plasma viruses lower than 40

copies/ml. Furthermore, more than half of the subjects, or 54.5%, were diagnosed with the first stage of the disease, with almost all, or 95.5%, having asymptomatic AIDS. Finally, almost all, or 90.9%, had not been infected with opportunistic infections.

As regards treatment, nearly all of the subjects, or 95.5%, received antiretroviral therapy. Almost one quarter, or 22.7%, received the GPO vir-Z 250 type of the NNRTIs-based regimen. More than half, or 54.5%, had been taking a combination of three kinds of antiretroviral therapy for more than five years. Other medications they received included antihyperlipidemia drugs (22.7%), antihypertensive drugs (13.6%), and medication to treat opportunistic infections (9.1%). More than two-thirds, or 66.8%, took more than five pills in one meal.

All 22 subjects with HIV-associated neurocognitive disorders had a moderate level of overall perceived self-care burden (Mean = 2.73, SD = 0.36). Seventeen subjects, or 77.27%, had a moderate level of self-care burden, whereas five subjects, or 22.73%, had a high level of self-care burden.

When considering each aspect, it was found that the activities that caused the highest level of self-care burden was having regular exercises (Mean = 3.53, SD = 0.98), followed by taking care of expenses such as household expenses, personal expenses, and medical expenses (Mean = 3.25, SD = 1.26), and searching for resources in the community such as local organizations, HIV-infected patients' network, and public health volunteers for healthcare such as expense and occupational fund (Mean = 3.03, SD = 1.16).

Discussion

In the present study, 177 patients with HIV-infection were screened to search for those with HIV-associated neurocognitive disorders. It was found that the prevalence rate of HIV-associated neurocognitive disorders was equal to 12.4% or 22 subjects out of the total of 177.

It was worth noting that the prevalence rate of HIV-associated neurocognitive disorders found in this study was lower than those reported in other studies conducted both in Thailand and abroad. This may have been because the

subjects had specificity because they were all being treated at one university hospital and they shared similar demographic characteristics. That is, their hometown was in the central region, their mean age was 45.25 years old, and their CD4 counts were higher than 200-350 cells/mm³. In general, the factors that lead to HIV-associated neurocognitive disorders include older age and impaired immune system. In other words, a low CD4 count is a factor that causes HIV-associated neurocognitive disorders (Sasisopin Kiatburanakul, B.E. 2554; Antinori et al., 2007; Robertson & Hall, 2007; Heaton et al., 2010). In brief, these were not characteristics of the subjects in the present study. Moreover, at present effective antiretroviral therapy has been developed. Such antiretroviral therapy can be absorbed in the central nervous system to reduce the number of HIV viruses in the spinal fluid, hence improving the impairment of the neurological system (Cysique et al., 2009; Letendre et al., 2004). For these two reasons, the prevalence rate of HIV-associated neurocognitive disorders was found to be low in this study.

According to the study findings, the subjects self-assessed that their overall self-care burden was at a very high level. This meant that the subjects had knowledge and understanding that performing necessary self-care activities enabled them to maintain health and ensure good quality of life. When analyzing each aspect and each item of self-care activities, it was found that the top three activities that the subjects considered necessary for them to do were managing household environment to ensure cleanliness and good air ventilation, doing religious ceremonies, and keeping the doctor's appointments.

Managing household environment to ensure cleanliness and good air ventilation was found to be the most important self-care activity when being compared to other necessary self-care activities (Mean = 4.91). The subjects explained that their houses were close to the streets, so they were dusty, humid, and filled with disease-carrying animals. Likewise, a study conducted by Saowaluck Setheekul et al. (B.E. 2554) to explore health behaviors of early adults with HIV infection has reported that the subjects paid particular attention to the cleanliness of their environment, particularly their bed and their bedroom, to prevent sicknesses.

Doing religious ceremonies was the second activity that the subjects felt necessary for them (Mean = 4.27). The religious ceremony the subjects performed

most often was offering food to monks. They explained that when they made merit, they felt happy. Such findings were consistent with the study of Sirirat Chandaramano and Janerawee Swangareerak (B.E. 2554) which explored lifestyle and health behaviors of patients with HIV/AIDS with good quality of life and found that the patients would rely on their religion to let go and not be afraid of death. Also, they believed that the merit they made would ensure happiness in this life and their next life.

In addition, the subjects believed that keeping the doctor's appointment when they had health problems (Mean = 4.95). Of the 22 subjects, almost all, or 21 of them, never missed the doctor's appointments. They did not have difficulty with transportation as almost half of them, or 45.5%, lived in the central region and spent one to two hours travelling to the hospital. Similarly, Sirirat Chandaramano and Janerawee Swangareerak (B.E. 2554) explored lifestyle and health behaviors of patients with HIV/AIDS with good quality of life and reported that the patients changed their lifestyle and paid more attention to their health after learning of their infection status by keeping the doctor's appointments.

In conclusion, the subjects of the present study realized the significance of self-care activities on their health status in all three aspects. These activities were activities of daily living which would promote individuals' health. Moreover, activities related to family roles and functions enabled the subjects to develop self-esteem, and activities related to stress management enabled the subjects to adjust their emotions to maintain well-being. Finally, the subjects felt that these were activities that they needed to do to prevent possible complications, morbidity, or deaths.

The study findings also revealed that the subjects assessed that the overall difficulty in doing self-care activities was at a low level, this meant that the subjects were confident that all three aspects of self-care activities they had to do were not difficult to do to ensure good health. When analyzing each aspect and each item of self-care activities, it was found that there were three activities which the subjects felt difficult for them to do—having regular exercises, participating in activities with friends or socialization, and seeking resources in the community for healthcare purposes.

Having regular exercises was found to be most difficult for the subjects when being compared to other difficult self-care activities, with the mean score at the moderate level (Mean = 2.91). The subjects explained that they did not have time to exercise because they had to work or do household activities. The subjects who were old had problems with their knees which prevented them from exercising as well. Likewise, Saowaluck Setheekul et al. (B.E. 2554) investigated health behaviors of early adults with HIV infection and found that the patients did not exercise because they had to work.

Participating in activities with friends or socialization was found to be moderately difficult for the subjects in this study (Mean = 2.77). Similarly, Sirirat Chandaramano and Janerawee Swangareerak (B.E. 2554) explored lifestyle and health behaviors of patients with HIV/AIDS with good quality of life and found that all the patients with HIV/AIDS knew that they had a serious infectious disease that was disgusting to the society, so they avoided having social interaction with others. A similar finding was reported by Putthawan Sivavetpikul, Pranom Otakanon, Janja Santayakorn, and Samran Meejang (B.E. 2551) who found that patients with HIV/AIDS who were receiving antiretroviral therapy had embarrassment with their own self-image caused by opportunistic infections that had physical symptoms noticeable to others and by side effects of antiretroviral therapy that causes changes in their body image such as sunken cheeks, bony limbs, protruding stomach, and sunken bottoms, so they felt ashamed and lost their self-esteem, hence no desire to have social interaction with others in the community.

Seeking resources in the community for healthcare purposes was considered the most difficult activity among activities the subjects needed to do when they were having health problems, with the mean score at a high level (Mean = 3.36 points). Only one out of 22 subjects knew that there were resources in the community. However, this subject did not want to make use of the resources available because of fear that the infection status would be known to others in the community. Such findings yielded support to the study of Sirirat Chandaramano and Janerawee Swangareerak (B.E. 2554) which explored lifestyle and health behaviors of patients with HIV/AIDS with good quality of life. It was found that all the patients with

HIV/AIDS knew that they had a serious infectious disease that was disgusted by the society.

In summary, the subjects had perceived difficulty of necessary self-care activities in all three aspects at a low level. Thus, it could be concluded that the subjects had the ability to manage their self-care activities appropriately to maintain health and ensure good quality of life.

When considering self-care burden which resulted from perceived necessity of self-care activities and perceived difficulty of self-care activities, it was found that the top three activities that caused the most self-care burden were having regular exercises, managing expenses, and seeking resources in the community for healthcare.

Having regular exercises caused the most self-care burden, with the mean score of 3.53. Fifteen out of 22 subjects did not exercise because they did not have time for this activity as they had to work and do household chores, they were old, and they had problems with knee pain. Such findings were in congruence with the findings of Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon (1995) who investigated self-care burden of female HIV-infected patients and found that exercise was an activity that caused self-care burden.

Managing expenses was an activity that caused the most self-care burden among developmental self-care requisite activities, with the mean score of 3.25. Twenty out of 22 subjects had to manage different expenses including household expenses, personal expenses, and medical expenses and transportation fees. One of the subjects were indebted because of advanced payment of medical care, and one subject did not have enough money to sufficiently cover medical expenses because of unemployment.

Seeking for resources in the community for healthcare was the most important self-care burden, with the mean of 3.03. Likewise, Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon (1995) investigated self-care burden of female HIV-infected patients and found that seeking resources for healthcare caused the most self-care burden. On the contrary, Gaskins and Lyons (2000) examined self-care practices of rural people with HIV disease and reported that most of HIV-infected patients received assistance from local organizations in the community through support groups.

Conclusion

The screening of the subjects revealed that 22 out of 177 patients recruited in the study, or 12.4%, had HIV-associated neurocognitive disorders. All 22 subjects had perceived overall self-care burden in all three aspects at a moderate level. In fact, 17 subjects, or 77.27%, had perceived overall self-care burden at a moderate level, while five subjects, or 22.73%, had perceived overall self-care burden at a high level. When considering each aspect of self-care burden, it could be seen that the activities that caused the most self-care burden was having regular exercises; managing expenses including household expenses, personal expenses, and medical expenses; and seeking for resources in the community for healthcare purposes such as local organizations, HIV-infected patients' network, and public health volunteers for assistance with expenses and occupation.

Limitations of the Study

1. In this study, the sample was recruited by means of purposive sampling from HIV-infected patients who sought treatment at only one university hospital, which is a tertiary hospital. For this reason, generalization of the study findings to other groups of patients with HIV-associated neurocognitive disorders is limited.
2. The instrument used to test HIV-associated neurocognitive disorders consisted of three aspects. When the speed of psychoneurologically controlled body movement was tested, the researcher had to demonstrate what to do and let the subjects practiced two times. However, in actual practices, some subjects may have practiced more than twice, so their scores may have been better than others' scores.

Recommendations

Based on the study findings, the following recommendations can be made:

For nursing practices

1. Screening of HIV-associated neurocognitive disorders should be conducted so that patients will receive diagnosis when the disease is not yet severe. Early screening also helps prevent possible complications that can be life-threatening.
2. The findings of a study on self-care burden in patients with HIV-associated neurocognitive disorders can be utilized by healthcare team members to assess HIV-associated neurocognitive disorders and to devise a nursing care plan that specifically reduces self-care burden and promotes health of this group of patients.

For nursing education

1. Healthcare team members' skill to conduct screening of HIV-associated neurocognitive disorders should be promoted.
2. A nursing care plan to promote self-care efficacy of patients with non-severe HIV-associated neurocognitive disorders should be established.

For nursing research

1. The findings of this study should be used as baseline data for further studies on self-care burden of patients with HIV-associated neurocognitive disorders as well as their family caregivers.
2. Studies should also be conducted to further investigate factors affecting self-care efficacy of patients with non-severe HIV-associated neurocognitive disorder

รายการอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ เพือกไร่. (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโครงการแอนติรีโทรไวรัสของโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2544). HIV และการให้โภชนาบำบัด. ใน บุญส่ง องค์พิพัฒนกุลและคณะ (บก.), *การประชุมวิชาการ Ramathibodi clinical medicine update 2001*. (หน้า 267-274). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- เดชกุล มัทวานุกุล. *การนำทฤษฎีประมวลสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ (Information processing theory)*. เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2555, จาก http://graduate2.sru.ac.th/currs/data/research_1315715796_new.pdf
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. (2544). *สถิติประยุกต์ทางการแพทย์*. (หน้า 113). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วรรณ วังเกตุรา. (2541). ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2544). ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV: การให้การช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บก.), *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- นงลักษณ์ จ่างตระกูล. (2541). ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- ปวีณา สนธิสมบัติ. (2550). เกณฑ์บำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์. ใน ปรีชา มณฑาทิกุลและคณะ (บก.), *คู่มือสำหรับเกษตรกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์*. (หน้า 54-156). กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน จำกัด.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). *เอดส์: การรักษาและวัคซีน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ.
- พัฒนาการในวัยผู้ใหญ่. เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2556, จาก http://www.sahaunion.com/hrm5/Webboard/images_upload/20068221739481.doc.
- พาสรี สติชนามสุวรรณ. (2554). *HIV-associated neurocognitive disorders*. เอกสารของบริษัทยา Abbott virology.
- ภูริชญา บุรินทร์กุล วารุณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *พยาบาลสาร*, 34(1), (143-153).
- มาลินี ถิ่นกาญจน์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาต้านเอชไอวี จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราตรี สุตทรวง และวีรัชย์ สิงหนิยม. *ประสาทสรีรวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2555). ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารคลินิก*, 28(2), (97-100).
- ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล. (2554). *ยาต้านเอชไอวีรูปร่าง จิตใจและสมอง*. เอกสารของบริษัทยา Abbott virology.
- ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล. (2554). Emerging issue in HIV/AIDS and antiretroviral therapy. *วารสารคลินิก*, 27(8), (599-607).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิเจ พรินติ้ง.
- สว่าง นันทจันทร์. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2555*. เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2557, จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>

- สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2552). *เชื้อเอชไอวี: ไวรัสวิทยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. วารสารคลินิก. เล่มที่ 276. เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.doctor.or.th/node/7480>
- สิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์. (2554). แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), (32-45).
- สุมาลี สิงหนิยม. (2554). *ชีวิตวิถี*. หนังสือประกอบการเรียนการสอนวิชาชีวิตวิถี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ เศรษฐกิจ และคณะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลสาร*, 38(2), (32-45).
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2550). MCI Cognitive Impairment. *วารสารคลินิก*, 23(7), (543-552).
- Albert, S. M., Flater, S. R., Clouse, R., Todak, G., Stern, Y., & Marder, K. (2003). Medication management skill in HIV: I. Evidence for adaptation of medication management strategies in people with cognitive impairment. II. Evidence for a pervasive lay model of medication efficacy. *AIDS Behavior*, 7(3), 329-338.
- Anastasio, C., McMahan, T., Daniels, A., Nicholas, P. K., & Paul-Simon, A. (1995). Self-care burden in women with human immunodeficiency virus. *Journal Association Nurses AIDS Care*, 6(3), 31-42.
- Antinori, A., Arendt, G., Becker, J. T., Brew, B. J., Byrd, D. A., Cherner, M., et al. (2007). Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology*, 69(18), 1789-1799.
- Barbaro, G. (2006). Highly active antiretroviral therapy-associated metabolic syndrome: pathogenesis and cardiovascular risk. *American Journal of Therapeutics*, 13(3), 248-260.
- Blanch, J. (2011). *AIDS & therapy perspectives HIV & neuropsychiatric disorders*. RueilMalmaison Cedex: Inscience communications a wolters kluwer business.

- Cysique, L. A., Vaida, F., Letendre, S., Gibson, S., Cherner, M., Woods, S. P., et al. (2009). Dynamics of cognitive change in impaired HIV-positive patients initiating antiretroviral therapy. *Neurology*, 73(5), 342-348.
- Gaskins, S., & Lyons, M. (2000). Self-care practices of rural people with HIV disease. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1), 18-27.
- Heaton, R. K., Clifford, D. B., Franklin, D. R., Jr., Woods, S. P., Ake, C., Vaida, F., et al. (2010).
- Heaton, R. K., Marcotte, T. D., Mindt, M. R., Sadek, J., Moore, D. J., Bentley, H., et al. (2004). The impact of HIV-associated neuropsychological impairment on everyday functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(3), 317-331.
- HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of patient antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*, 75(23), 2087-2096.
- Joska, J. A., Westgarth-Taylor, J., Hoare, J., Thomas, K. G., Paul, R., Myer, L., et al. (2011). Validity of the International HIV Dementia Scale in South Africa. *AIDS Patient Care STDS*, 25(2), 95-101.
- Kaul, M., Garden, G. A., & Lipton, S. A. (2001). Pathways to neuronal injury and apoptosis in HIV-associated dementia. *Nature*, 410(6831), 988-994.
- Letendre, S. L., McCutchan, J. A., Childers, M. E., Woods, S. P., Lazzaretto, D., Heaton, R. K., et al. (2004). Enhancing antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus cognitive disorders. *Annals of Neurology*, 56(3), 416-423.
- Lucas, G. M., Eustace, J. A., Sozio, S., Mentari, E. K., Appiah, K. A., & Moore, R. D. (2004). Highly active antiretroviral therapy and the incidence of HIV-1-associated nephropathy: a 12-year cohort study. *AIDS*, 18(3), 541-546.
- McArthur, J. C. et al. (1993). Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology* 43, 2245-2252.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A. S., & McCubbin, M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Orem, D.E. (2001). Nursing concepts practice. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pumpradit, W., Ananworanich, J., Lolak, S., Shikuma, C., Paul, R., Siangphoe, U., et al. (2010).

- Neurocognitive impairment and psychiatric comorbidity in well-controlled human immunodeficiency virus-infected Thais from the 2NN Cohort Study. *Journal NeuroVirology*, 16(1), 76-82.
- Robertson K., Liner J., Heaton R., (2009). Neuropsychological assessment of HIV-infected popular in international settings. *Neuropsychological Review*. 19(2), 232-249.
- Robertson, K. R., & Hall, C. D. (2007). Assessment of neuroAIDS in the international setting. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 2(1), 105-111.
- Robertson, K. R., Robertson, W. T., Ford, S., Watson, D., Fiscus, S., Harp, A. G., et al. (2004). Highly active antiretroviral therapy improves neurocognitive functioning. *Journal Acquire Immune Deficit Syndrome*, 36(1), 562-566.
- Sacktor, N., Lyles, R. H., Skolasky, R., Kleeberger, C., Selnes, O. A., Miller, E. N., et al. (2001). HIV-associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990-1998. *Neurology*, 56(2), 257-260.
- Sacktor, N. C., Wong, M., Nakasujja, N., Skolasky, R. L., Selnes, O. A., Musisi, S., et al. (2005). The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS*, 19(13), 1367-1374.
- Sacktor, N. (2002). The epidemiology of human immunodeficiency virus-associated neurological disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *Journal NeuroVirology*, 8 Supplement 2, 115-121.
- Thompson, P. M., Dutton, R. A., Hayashi, K. M., Toga, A. W., Lopez, O. L., Aizenstein, H. J., et al. (2005). Thinning of the cerebral cortex visualized in HIV/AIDS reflects CD4+ T lymphocyte decline. *Proceedings of the National Academy of Science USA*, 102(43), 15647-15652.
- Treisman, G. J., & Kaplin, A. I. (2002). Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents. *AIDS*, 16(9), 1201-1215.
- Valcour, V. G., Shikuma, C. M., Shiramizu, B. T., Williams, A. E., Watters, M. R., Poff, P. W., et al. (2005). Diabetes, insulin resistance, and dementia among HIV-1-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 38(1), 31-36.

- Valcour, V., Paul, R., Chiao, S., Wendelken, L. A., & Miller, B. (2011). Screening for cognitive impairment in human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Disease*, 53(8), 836-842.
- Woods, S. P., Moore, D. J., Weber, E., & Grant, I. (2009). Cognitive neuropsychology of HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychological Review*, 19(2), 152-168.
- World Health Organization (2013). *Global summary of the AIDS epidemic 2012*. Retrived March 27, 2014, from world health organization web site: web site:
<http://www.who.int/hiv/data/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผศ. ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	อาจารย์พยาบาลสาขานามัยชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อ. ดร. เขมรดี มาสิงบุญ	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรค ได้แก่ แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาท ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดภาระในการดูแลตนเอง

แบบทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื่อเอชไอวี

Code.....

HN.....

วันที่ทดสอบ.....

คำชี้แจง

1. แบบทดสอบนี้ใช้สำหรับทดสอบภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื่อเอชไอวีในผู้ติดเชื่อเอชไอวีทุกคนที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
2. แบบทดสอบนี้มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน และมีค่าจุดตัดของคะแนน (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื่อเอชไอวีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน

การทดสอบ

เริ่มต้นด้วยการทดสอบความจำโดยบอกคำ 4 อย่างให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจำ ได้แก่ สุนัข หมวก ถั่ว สีแดง เว้นช่วงการบอกแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีเพื่อไม่ให้เร็วหรือซ้ำเกินไป หลังจากนั้นให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีพูดทบทวนคำที่บอกทันทีให้ครบทั้ง 4 คำ ถ้าผู้ติดเชื่อเอชไอวีตอบไม่ได้ให้บอกคำดังกล่าวใหม่ และบอกผู้ป่วยว่าจะถามซ้ำใหม่อีกครั้ง หลังจากนั้นให้ทดสอบความเร็วในการเคลื่อนไหวข้อ 1 และข้อ 2 แล้วกลับมาทดสอบความจำในข้อ 3 ตามลำดับ

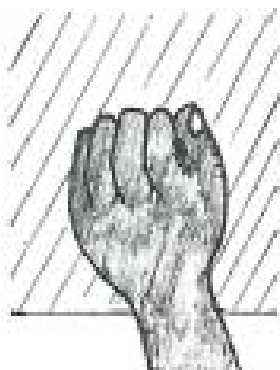
ข้อ 1 การทดสอบความเร็วของทักษะในการเคลื่อนไหว (Motor speed)

วิธีทดสอบ ให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีใช้มือข้างที่ไม่ถนัด โดยเอานิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้แตะกันเร็วๆ และแยกนิ้วให้กว้างๆ เท่าที่ทำได้

การให้คะแนน	4 คะแนน	หมายถึง	ทำได้	15 ครั้ง	(ภายใน 5 วินาที)
	3 คะแนน	หมายถึง	ทำได้	11-14 ครั้ง	(ภายใน 5 วินาที)
	2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้	7-10 ครั้ง	(ภายใน 5 วินาที)
	1 คะแนน	หมายถึง	ทำได้	3-6 ครั้ง	(ภายใน 5 วินาที)
	0 คะแนน	หมายถึง	ทำได้	0-2 ครั้ง	(ภายใน 5 วินาที)
คะแนนที่ได้.....คะแนน					

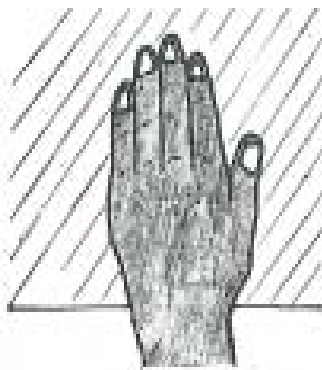
ข้อ 2 การทดสอบความเร็วในการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ควบคุมด้วยระบบจิตประสาท (Psychomotor speed)

วิธีทดสอบ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้มือข้างที่ไม่ถนัดทำตามรูปภาพ สาธิตให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดูก่อนทดสอบ และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีฝึกทำ 2 ครั้ง



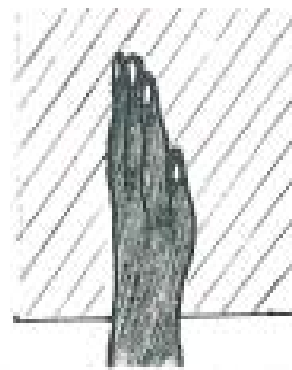
(รูปที่ 1)

กำมือแล้วคว่ำลงวางกับพื้น



(รูปที่ 2)

แบมือแล้วเอาฝ่ามือวางกับพื้น



(รูปที่ 3)

แบมือเอาด้านนิ้วก้อยลงแล้ว
วางตั้งฉากกับพื้น

การให้คะแนน	4 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ 4 ครั้ง	(ภายใน 10 วินาที)
	3 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ 3 ครั้ง	(ภายใน 10 วินาที)
	2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ 2 ครั้ง	(ภายใน 10 วินาที)
	1 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ 1 ครั้ง	(ภายใน 10 วินาที)
	0 คะแนน	หมายถึง	ทำไม่ได้เลย	
คะแนนที่ได้.....คะแนน				

ข้อ 3 การทดสอบความจำ (Memory-Recall)

วิธีทดสอบ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบอกคำ 4 อย่าง (สุนัข หมวก ถั่ว สีแดง) ตามที่บอกไปแล้วเมื่อตอนเริ่มต้น

การให้คะแนน ให้คะแนน 1 คะแนน (สำหรับแต่ละคำที่พูดได้ถูกต้องทันที)
ให้คะแนน 0.5 คะแนน (สำหรับแต่ละคำที่พูดได้ถูกต้อง
หลังจากทบทวนซ้ำ)

คะแนนสูงสุดคือ 4 คะแนน

คะแนนที่ได้.....คะแนน

คะแนนเต็ม 12 คะแนน

คะแนนรวม.....คะแนน

ที่มา: Sacktor, N. C., Wong, M., Nakasujja, N., Skolasky, R. L., Selnes, O. A., Musisi, S., et al. (2005). The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS*, 19(13), 1367-1374.

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

Code.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

วันที่มาตรวจครั้งแรก.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมและเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- เพศ ☐ 0. ชาย ☐ 1. หญิง
- สถานภาพสมรส ☐ 0. โสด ☐ 1. คู่ ☐ 2. หม้าย ☐ 3. หย่า/แยก
- วันเดือนปีเกิด.....อายุปี.....เดือน
- ภูมิลำเนาเดิม(จังหวัดที่ท่านเกิด)
- การศึกษาขั้นสูงสุด
☐ 0. ไม่ได้เรียนหนังสือ/เรียนไม่จบ ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษา
☐ 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ☐ 4. ปริญญาตรี ☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี
- อาชีพหลัก
☐ 0. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 1. รับจ้าง ☐ 2. ค้าขาย
☐ 3. เกษตรกร ☐ 4. แม่บ้าน ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 6. ธุรกิจส่วนตัว ☐ 7. เกษียณ
- รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยบาทต่อเดือน
- ความเพียงพอของรายได้
☐ 0. ไม่เพียงพอ ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. มีเหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

- ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจากที่ใด
☐ 0. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ☐ 1. การตรวจเลือดก่อนผ่าตัด
☐ 2. การบริจาคเลือด ☐ 3. การตรวจสุขภาพประจำปี
☐ 4. การฝากครรภ์ ☐ 5. วัน/เดือน/ปี ที่ทราบติดเชื้อ.....
- ท่านติดเชื้อเอชไอวีมาจากทางใด
☐ 0. มีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกัน ☐ 1. มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน
☐ 2. นินทาเสพติดเข้าเส้นเลือด ☐ 3. ได้รับเลือด/ปลูกถ่ายอวัยวะ
☐ 4. ได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/มีบาดแผล

3. โรคประจำตัวหรือโรคร่วม

- ☐ 0. ไม่มีโรคประจำตัว ☐ 1. เบาหวาน ☐ 2. โรคหัวใจ
☐ 3. โรคไต ☐ 4. ความดันโลหิตสูง ☐ 5. ไขมันในเลือดสูง
☐ 6. ไวรัสตับอักเสบบี/ซี ☐ 7. โรคอื่นๆ (ระบุ).....

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด

- ☐ 1. CD4.....cells/mm³% (วันที่.....)
☐ 2. HIV Viral Loadcopies/ml (วันที่.....)
☐ 3. HBV Viral LoadIU/ml (วันที่.....)
☐ 4. HBsAg ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ Positive ☐ Negative (วันที่.....)
☐ 5. Anti-HBs ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ Positive ☐ Negative (วันที่.....)
☐ 6. Anti-HBc ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ Positive ☐ Negative (วันที่.....)
☐ 7. Anti-HCV ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ Positive ☐ Negative (วันที่.....)
☐ 8. VDRL ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ Reactive ☐ Non-reactive (วันที่.....)
☐ 9. ALPU/L (วันที่.....)
☐ 10. ASTU/L (วันที่.....)
☐ 11. ALTU/L (วันที่.....)
☐ 12. GGTU/L (วันที่.....)
☐ 13. Albg/dL (วันที่.....)
☐ 14. Crg/dL (วันที่.....)
☐ 15. FBSmg/dL (วันที่.....)
☐ 16. CHOLmg/dL (วันที่.....)
☐ 17. HDLmg/dL (วันที่.....)
☐ 18. LDLmg/dL (วันที่.....)
☐ 19. TGmg/dL (วันที่.....)
☐ 20. Hbg/dL (วันที่.....)
☐ 21. Hct% (วันที่.....)
☐ 22. WBCcell/mm³ (วันที่.....)
☐ 23. Neut% (วันที่.....)
☐ 24. Lymph% (วันที่.....)

5. ระยะของโรคที่วินิจฉัยครั้งแรก

- ☐ 0. CDC stage A ☐ 1. CDC stage B ☐ 2. CDC stage C

6. อาการแสดงของโรคในปัจจุบัน

- ☐ อยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการ (asymptomatic)
- ☐ อยู่ในระยะที่มีอาการ (symptomatic) และกำลังมีอาการดังนี้
- () มีผื่นตามผิวหนังลักษณะ pruritic papular eruption (PPE)
- () มีตุ่มตามผิวหนังลักษณะ herpes zoster
- () มีฝ้าขาวในปากลักษณะ oral candidiasis (thrush) หรือ oral hairy leukoplakia (OHL)
- () มีไข้เรื้อรังนานมากกว่า 2 สัปดาห์
- () ท้องเสียเรื้อรังนานมากกว่า 2 สัปดาห์
- () น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10

7. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- ☐ ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- ☐ Tuberculosis (วินิจฉัยวันที่.....)
- ☐ Cryptococcosis (วินิจฉัยวันที่.....)
- ☐ Pneumocystis jiroveci (carinii) pneumonia (PCP) (วินิจฉัยวันที่.....)
- ☐ Toxoplasmosis (วินิจฉัยวันที่.....)
- ☐ CMV retinitis (วินิจฉัยวันที่.....)
- ☐ อื่นๆ (ระบุ) (วินิจฉัยวันที่.....)

8. การได้รับยาต้านเอชไอวี

- ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ

9. ยาต้านเอชไอวีที่กำลังได้รับในปัจจุบัน

- ☐ ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)
- () AZT
- () 3TC.....
- () TDF
- () ABC.....
- () ddI

☐ ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)

() NVP

() EFV

☐ ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม protease inhibitors (PIs)

() IDV/r

() LPV/r

() DRV/r

() ATV/r

10. ยาประเภทอื่นๆ

()

()

()

แบบวัดภาวะในการดูแลตนเอง

Code.....

HN.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับวัดความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแลตนเอง คำตอบของท่านเป็นเพียงความคิดเห็นส่วนตัวเท่านั้นไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จากคำตอบของท่านจะถูกนำไปรวมกับผู้ป่วยอื่นและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล คำถามแต่ละข้อให้แยกตอบใน 2 ประเด็น ดังนี้

ความจำเป็นที่ต้องกระทำ

- 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับท่านน้อยที่สุด
ท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับท่านน้อย
ท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นน้อย
- 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับท่านปานกลาง
ท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับท่านมาก
ท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นมาก
- 5 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับท่านมากที่สุด
ท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ความยากลำบากในการกระทำ

- 1 หมายถึง ท่านมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย
- 3 หมายถึง ท่านมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นมาก
- 5 หมายถึง ท่านมีความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ตัวอย่างในการตอบ

ท่านคิดว่ากิจกรรมการดูแลตนเองดังต่อไปนี้ <u>มีความจำเป็น</u> สำหรับท่านมากน้อยเท่าใด (จำเป็นน้อยที่สุด → จำเป็นมากที่สุด)	ท่าน <u>มีความยากลำบาก</u> ในการทำ กิจกรรมดังกล่าวมากน้อยเท่าใด (ทำง่ายที่สุด → ทำยากที่สุด)
เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด 1 2 3 4 5 ท่านเลือกตอบ 5 หมายความว่า ท่านคิดว่าการ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาดมีความสำคัญสำหรับท่านมาก ที่สุดท่านจึงมีความจำเป็นที่จะต้องรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด	เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด 1 2 3 4 5 ท่านเลือกตอบ 3 หมายความว่า ท่านมีความ ยากลำบากปานกลางในการเลือกรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด

ให้ท่านวงกลมที่ตัวเลข 1 หรือ 2 หรือ 3 หรือ 4 หรือ 5 ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ท่านคิดว่ากิจกรรมการดูแลตนเองดังต่อไปนี้ <u>มีความจำเป็น</u> สำหรับท่านมากน้อยเท่าใด (จำเป็นน้อยที่สุด → จำเป็นมากที่สุด)	ท่าน <u>มีความยากลำบาก</u> ในการทำ กิจกรรมดังกล่าวมากน้อยเท่าใด (ทำง่ายที่สุด → ทำยากที่สุด)
1. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด	1. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ปรุงสุกสะอาด
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. ถ่ายอุจจาระทุกวัน	3. ถ่ายอุจจาระทุกวัน
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
.....	
30. มาตรฐานตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	30. มาตรฐานตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๑ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๒๕๔๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๖๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๒๕๔๔-๗๒๗๗
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๕๐

ชื่อโครงการเดิม	ภาระในการดูแลและของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๕๕-๕๖ ๒
ชื่อหัวหน้าโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชุตติฯ เจนพานิชย์
ที่ทำงาน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ชื่อโครงการย่อย ครั้งที่ ๑	ภาระในการดูแลและของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะผิดปกติของระบบ ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฉวี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕

ภาคผนวก ง

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การระดมทุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมพิศ พงษ์วิรัตน์ และผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ และรศ.พญ.ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก จ

ตัวย่อทั่วไป

AAN	American Academy of Neurology
ADL	Basic activity of daily living
ANI	Asymptomatic neurocognitive impairment
ARAS	Ascending reticular activating system
CART	Combination antiretroviral therapy
CD4	CD4 lymphocyte counts
CHARTER	The CNS HIV Antiretroviral Therapy Effects Research
CPE	Antiretroviral central nervous system penetration-effectiveness
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
HAD	HIV-associated dementia
HAND	HIV-associated neurocognitive disorders
HAART	Highly active antiretroviral therapy
HNRC	HIV Neurobehavioral Research Center
IADL	Intermediate/instrumental activities of daily living
HDS	HIV Dementia Scale
IHDS	The International HIV Dementia Scale
MCMD	Minor cognitivemotor disorder
MHDS	Modified HIV Dementia Scale
MMSE	Mini-Mental Status Examination
MND	HIV-associated mild neurocognitive disorder
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MSEs	Standardized Mental Status Examinations
NAPHA	National Access to Antiretroviral Programs for People with HIV/AIDS
NNRTIs	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors

NRTIs Nucleoside reverse transcriptase inhibitors

PIs Protease inhibitors

ตัวย่อชื่อยาต้านเอชไอวี

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ABC+3TC	Kivexa
ATV	Atazanavir
ATV/r	Atazanavir/r
AZT	Zidovudide
AZT+3TC	Zilavir
AZT+3TC+NPV	GPOvir-Z
d4T+3TC+NPV	GPOvir-S
ddI	Didanosine
DRV/r	Darunavir/r
EFV	Efavirenz
ETR	Etravirine
FTC	Emtricitabine
IDV	Indinavir
LPV+RTV	Kaletra (High-income countries)
LPV+RTV	Aluvia (Low-income countries)
NVP	Nevirapine
LPV/r	Lopinavir/r
RTV	Ritonavir
RAL	Raltegravir
TDF	Tenofovir
TDF+3TC	Truvada
TDF+EFV+FTC	Atripla

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวสมพิศ พงษ์วิรัตน์

วัน เดือน ปีเกิด

20 กันยายน พ.ศ. 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535-2539

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 70 หมู่ที่ 3 ตำบลคลองกู่

อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี 20220

โทรศัพท์ 08 4680 3118

E-mail: sompipo@ gmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลรามารินทร์

เลขที่ 270 ถนนพระรามหก แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02 201 1305, 02 201 1395