

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ง
ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

นางสาว นันทิมาศ หมวดจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM AND
QI-GONG ON BLOOD CHOLESTEROL LEVEL
OF PEOPLE WITH HIV/AIDS

Miss Nanthimat Muatjan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of
Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค
และการบริหารซึ่งต่อระดับไขมันในเลือดของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โดย

นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

นันทิมาศ หมวดจันทร์: ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งก่ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (THE EFFECT OF FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM AND QIGONG ON BLOOD CHOLESTEROL LEVEL OF PEOPLE WITH HIV/AIDS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 147 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบการลดลงของระดับไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่ คลินิกหลังให้คำปรึกษา และได้รับยาต้านไวรัสมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ และระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งก เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งก ตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา 2) การประเมินตนเองและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) การปฏิบัติและการกำกับตนเอง 5) การติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก พร้อมสื่อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดย หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ไขมันชนิด คอเลสเตอรอลรวม และ ไตรกลีเซอไรด์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=, p<.05$)

2) ไขมันชนิด คอเลสเตอรอลรวม และ ไตรกลีเซอไรด์ ของกลุ่มทดลองลดลง และของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น มีผลให้การเปลี่ยนแปลงระดับคอเลสเตอรอลรวม และ ไตรกลีเซอไรด์ ของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=, p<.05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277633636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM/QIGONG/LIPID/HIV/AIDS

NANTHIMAT MUATJAN :THE EFFECT OF FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM AND QIGONG ON BLOOD CHOLESTEROL LEVEL OF PEOPLE WITH HIV/AIDS. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF.SUREEPORN THANASILP, D.N.S. 147 pp.

The purpose of this quasi-experimental study were to compare cholesterol level of patients with HIV/AIDS in the experimental group before and after receiving the Behavior Modification Program. And compare lipid level of patients with HIV/AIDS between the experimental group, and the control group. The study samples were 40 patients diagnosed with HIV/AIDS and received HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) attending outpatient post counseling clinic at hospital. Forty samples were divided into two groups; each of twenty for the control groups received routine nursing care while the experimental group received 10 weeks of the Behavior Modification Program. The instruments included the Behavior Modification Program that based on Tobin et al.,(1986),comprised of 5 stages; 1)assessment of problem and problem-solving skills 2)self-assessment and goal setting 3)giving information and skills training 4)self-care practice and self-monitoring and 5)telephone follow up evaluating the program. This program was tested the instrument for data collection was a clinical chemistry analyser. for a content validity by 5 experts .The data collection were analyzed using mean, standard deviation and t-test. The findings showed that:

1.Total cholesterol and triglyceride level of the experimental group after receiving the program were statistically significant lower than those of the pretest phase $t=$, ($p<.05$).

2.Total cholesterol and triglyceride level of the experimental group decreased but those of the the control group increased . Those are the total cholesterol and triglyceride level of the experimental group were statistically significant decreasing more than those of the control group $t=$, ($p<.05$).

Field of Study : ... Nursing Science Student’s Signature

Academic Year : ... 2012 Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษา ทั้งกรุณาให้คำแนะนำ แนวคิดการทำงาน ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชัย ท่านประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาเสียสละ เวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้วิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความ ถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตเพื่อใช้ในการ ทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าที่ เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิกหลังให้คำปรึกษาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกใน การวิจัย ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่น เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนทุกคน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ ผู้วิจัย

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้และเห็น ประโยชน์ของการทำวิจัยเพื่อนำไปพัฒนาการวิจัยอื่นๆต่อไป

ขอขอบคุณ บิดา มารดา ที่มอบความรักและสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณพี่สาว คุณพิทักษ์ เสวตสุนทร ที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตในการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความรู้ทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	14
ภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	17
บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส.....	21
การส่งเสริมพฤติกรรมภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	24
การส่งเสริมพฤติกรรมการบริหารร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยซิงก์.....	30
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	33
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารโภชนาการและการบริหารซิงก์.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การดำเนินการวิจัย.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	80
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	89
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	91
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	147

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส โรคประจำตัว พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	60
2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักและดัชนีมวลกาย ก่อนและ หลังการทดลองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	62
3 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	63
4 เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้าน ไวรัส ก่อน และหลังทดลองของกลุ่มทดลอง.....	65
5 เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้าน ไวรัส ก่อน และหลังทดลองของกลุ่มควบคุม.....	66
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง (\bar{d}) ระดับไขมันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	67

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	43
2 กราฟแสดงระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64
3 กราฟแสดงระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome ; AIDS) หรือการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency virus ; HIV) เป็นปัญหาในระดับชาติที่มีการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็ว เป็นโรคที่คร่าชีวิตมนุษยชาติไปมากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในโลก โดยในประเทศไทยพบการระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกลุ่มประชากรอายุ 20 ถึง 50 ปี ซึ่งเป็นประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นกำลังสำคัญของประเทศ ได้พบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเฉพาะได้แก่ กลุ่มชายรักชาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 และต่อมาได้มีการระบาดเข้าสู่ กลุ่มประชากรต่างๆ เช่น กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกระจายเข้าสู่กลุ่มประชากรปกติเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี (คณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับรักษาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์,2546)จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (ตั้งแต่พ.ศ.2527 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555) สำนักกระบวนวิทยารายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 376,274 ราย โดยในจำนวนนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 30-44 ปี จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 255,923 ราย เพศหญิง จำนวน 120,351 ราย สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ.2554 มีผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 247,253 ราย มีผู้ป่วยใหม่ที่รับยาเพิ่มขึ้นจากปี 2553 จำนวน 24,257 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 97,344 ราย ปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy ; HAART)ทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคเอดส์และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง (กระทรวงสาธารณสุข,2549)ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต(สำนักกระบวนวิทยา,2553)และลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้เป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดชีวิต การรับประทานยาต้านไวรัสในระยะยาวทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาที่สำคัญคือภาวะไขมันสูงในเลือดดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะไขมันสูงในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่จะได้ประสิทธิผลสูงนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตลอดชีวิต (สมนึก สังฆานุกาพ,2550;ดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ,2553) โดยมีแบบแผนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะได้ผลดีและช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ ต้องใช้ยา 3 ตัว

รวมกันหรือมากกว่า ที่เรียกว่า HAART การรักษาวิธีนี้ จะทำให้อัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อน และ อัตราการตายของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ลดลงได้อย่างมาก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ,2549) ด้วยเหตุที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นของการ รับประทานต้านไวรัสขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า, ปฏิกิริยาภูมิแพ้, อ่อนเพลีย, ปลาย, น้ำหนักลด เกิดผื่นแพ้ยา อาการข้างเคียงของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น มึนงง, นอนไม่หลับ, ผื่นร้าย ซึ่งอาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา 2-3 เดือน หรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาว เช่น น้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันในเลือดสูง, การสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายผิดปกติ (แก้มตอบ, แขนขาอ้วน, ท้องโต, มีหนอกที่หลัง หรือ การเผาผลาญที่ผิดปกติ เกิดนิ่วในไต และอาจทำให้เสียชีวิต ได้ถ้าไม่รีบแก้ไข (สมนึก สังฆานุภาพ และคณะ,2550;Renu et al.,2001)

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่รับประทานยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจแพทย์จะเป็นผู้ส่งเจาะเลือด เกี่ยวกับไขมันในเลือดเพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดไปด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง HAART มีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดภายในระยะเวลา 2 ปี ซึ่ง นนทีชยา หอมจำ และคณะ(2554) ได้ศึกษาทางด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง HAART ที่ส่งผลให้การติดเชื้อ HIV กลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังภายใต้ ภาวะของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดระบบเผาผลาญและระดับไขมันที่ผิดปกติ ปัจจุบัน ดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยได้ ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 2,049 คน ที่เข้าร่วมโครงการ PHPT Adults Prospective Cohort (www.clinicaltrials.gov NCT00433030) โดยติดตามผู้ป่วยทุกๆ 3 เดือนเพื่อจ่ายยาและดูแลจัดการ เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความทนทานต่อยาให้กับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่เคยได้รับ ยาต้านไวรัสมาก่อน มีการเก็บตัวอย่างเลือด เช่น ไตรกลีเซอไรด์, คอเลสเตอรอล เมื่อเข้าร่วมโครงการ ทุกๆ 6 เดือน มีผลตรวจไตรกลีเซอไรด์ และ คอเลสเตอรอลที่กำหนดเวลา ออกอาหารก่อนตรวจ โดยอาศัยเกณฑ์ของ ATP III ในการจัดแบ่งระดับไขมัน โดยค่าไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูงและคอเลสเตอรอลรวมตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูง ซึ่งสรุปได้ว่า พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสัดส่วน ของผู้ป่วยที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงและคอเลสเตอรอลสูง หลังจากรับยาผ่านไป 2 ปี โดยช่วง 6 เดือนแรกของการรับยาต้านไวรัสพบว่า ระดับคอเลสเตอรอลสูงขึ้นเทียบเท่ากับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ระดับไตรกลีเซอไรด์คงที่ ซึ่งจากการศึกษาของ Fehmida et al (2004) พบว่าขาดไขมันบางชนิดมีผลต่อการลด ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส

ไขมันในเลือด คือ สารไขมันคล้ายขี้ผึ้งที่ปรากฏอยู่ในทุกเซลล์ของร่างกาย ประกอบด้วย คอเลสเตอรอล LDL HDL และ ไตรกลีเซอไรด์ โดยระดับไขมันในเลือดที่ปกติมีค่า ดังนี้คือ คอเลสเตอรอล ควรต่ำกว่า 200 mg/dl และ ไตรกลีเซอไรด์ ควรต่ำกว่า 150 mg/dl (พึงใจ งามอุโฆษ, 2545 อ้างถึงใน Grandy, 2004; NCEP ATP III, 2004) ดังนั้นระดับไขมันสูงจึงหมายถึง การมีระดับ คอเลสเตอรอล LDL และ ไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะยาว มักพบภาวะระดับไขมันสูง ในยาด้านไวรัสเกือบทุกชนิด ส่วน HDL มักไม่มีการเปลี่ยนแปลง (สมนึก สังฆานุภาพ, 2550) ดังผลการวิจัยของ น้องเล็ก บุญจุง นิตยา คาววงศัญญาติ และ สัมมนา มุลสาร (2551) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 288 ราย ที่ได้รับยาต้านไวรัส GPO-VIR นานเฉลี่ย 26.19 (SD=12.97) เดือน พบ ภาวะไขมันสูงผิดปกติร้อยละ 47.2 มีค่าเฉลี่ยของระดับไขมันรวม เท่ากับ 200.24 (SD=50.21) mg/dl โดยพบ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ สูงเกิน 200 mg/dl ร้อยละ 35.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของไตรกลีเซอไรด์ เท่ากับ 225 (SD=257.71) mg/dl

จากการศึกษาขนาดใหญ่ที่ติดตามการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในแต่ละปีหลังจากได้รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 1.26 เท่า และหากได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มี Protease inhibitors (PIs) ร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.7-2.3 เท่า เพราะมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติของระบบเผาผลาญ (Metabolic syndrome) ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะต้านอินซูลิน ไขมันย้ายที่ อ้วนลงพุง มากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส ส่วน การเพิ่มของ ไตรกลีเซอไรด์ ก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยา Ritonavir และมักพบร่วมกับการเพิ่มขึ้นของ Apobetalipoprotein ซึ่งเป็นโปรตีนหลักที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด แม้ภาวะ ไตรกลีเซอไรด์สูงจะไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ก็มีหลักฐานการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ภาวะ ไตรกลีเซอไรด์ สูง อาจเป็น independent risk factor ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนการศึกษาทางคลินิกก็พบว่า การลดไตรกลีเซอไรด์ลงมีผลลดการเกิดโรค และความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดและหัวใจได้ (ชัยพร แจ่มรัตน์, วศิน พุทธารี, 2544; น้องเล็ก บุญจุง, นิตยา คาววงศัญญาติ และ สัมมนา มุลสาร, 2551)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ 1) ยาด้านไวรัส 2) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable Risk Factors) คือ อายุ และ เพศ และ 3) ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors) คือ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การไม่ออกกำลังกาย/วิถีชีวิตที่นั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ และ ภาวะเครียด (ชัยพร แจ่มรัตน์ วศิน พุทธารี, 2544; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553; Health Today, 2554) ซึ่งการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะไขมันสูง นั้นมีแนวทางการรักษา คือ การใช้ยาลดไขมัน (สมนึก สังฆานุภาพ

,2550) หากผู้ติดเชื้อเอชวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำเป็นต้องรักษาด้วยยาลดไขมันจะเสี่ยงต่อการดื้อยาต้านไวรัสได้เนื่องจากยาลดไขมันต้านฤทธิ์ยาต้านไวรัส และต้องใช้ปริมาณยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น (สมนึก สังกานุกาพ,2550;กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2549) นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มภาระของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อในด้านเศรษฐกิจ แนวทางอื่นที่เป็นการลดภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในปัจจุบันคือการพิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัส เช่น การเปลี่ยนจากยา PIs เป็น Nevirapine ทำให้โคเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ ลดลง แต่การเปลี่ยน Efavirenz ไม่ค่อยมีผลต่อระดับไขมันมากนัก ส่วนการเปลี่ยนจาก Stavudine เป็น Tenofovir หรือ Abacavir อาจทำให้โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงได้ (สมนึก สังกานุกาพ,2550;กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2549) จะเห็นได้ว่าการจัดการภาวะไขมันที่เกิดขึ้นแล้วในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความยุ่งยากกว่าการป้องกันการเกิด หรือการยืดระยะเวลาการเกิดภาวะดังกล่าวให้นานที่สุด ดังนั้นการป้องกันภาวะไขมันสูงในเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคการออกกำลังกาย และการคลายเครียดนั่นเอง

จากการศึกษาของ ลักขณาพร สายทอง(2546)ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีกงเพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีความเครียดระดับสูง คือมีความตึงของหน้าผาก ตั้งแต่ 9 ไมโครโวลท์ขึ้นไป จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1)กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม แบบเผชิญความจริง 2)กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียดตามแนวชีกง 4 ท่า 3)กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 4 คนพบว่าระยะติดตามประเมินผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในระยะการทดลองและระยะติดตามประเมินผลมีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีพร ธนศิลป์ (2554)ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองแบบผสมผสานที่เน้น โยคะและชีกง สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งการใช้โภชนาบำบัด หรือการดูแลทางด้านอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดด้วยการผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก การทำสมาธิ สวดมนต์ คลายกล้ามเนื้อ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือลดความเครียด ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นับเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะสามารถชะลอหรือลดความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูงได้ ส่งผลให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้ติดเชื้อต่อไปในระยะยาว (วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย,2535;จินตนา จตุรวิทย์,2552)ซึ่งการบริหารร่างกายแบบชีกงนั้นเป็นการบริหารขนาดปานกลาง และเมื่อปฏิบัติสม่ำเสมอจะทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการบีบของกล้ามเนื้อ

หน้าท้อง การเคลื่อนไหวและเหยียดยืข้อต่อ และส่วนต่างๆร่างกาย การกระโดดและการโหย้วตัว การเหวี่ยงแขนและสมาธิ ซึ่งเป็นประโยชน์มากสำหรับวัยกลางคนช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้(ศิริ ทรวงแสง ,2548)

งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคน และ การบริหารซึ่งกึ่งเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดความเครียดที่ถูกต้อง ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยซึ่งกึ่งที่เหมาะสม โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมว่าจะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลงหรือไม่อย่างไรในกลุ่มทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่อย่างไร ผลการวิจัยดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อการส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะในงานวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง มีระดับไขมันในเลือดคือ คลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับไขมันในเลือดคือ คลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ลดลงแตกต่างกันหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการปฏิบัติตัว ในการออกกำลังกายไม่เหมาะสม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภค

และการออกกำลังกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ(สุชาดา คงแก้วและคณะ,2550;Tony Castleman et al.,2004;Judith L.Neidig et al.,2003) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของระดับไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดจากการได้รับยาต้านไวรัส(พิทชนันท์ ศรีม่วง,2555;สมนึก สังฆานุภาพ,2550; สุภาพร เพ็งโนนยาง,2550) และช่วยป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาจ เกิดขึ้นได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้าน ไวรัส คือ พฤติกรรมโภชนาการ การออกกำลังกาย และความเครียด (สมนึก สังฆานุภาพ,2550) งานวิจัยส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกประการมา ประยุกต์ใช้ โดยมุ่งเน้นที่การบริหารการรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลา (ภูริชญา บุรินทร์ กุล ,วารุณี ฟองแก้ว, พูนทรัพย์ โสภารัตน์ ,2550; ปราโมทย์ ชีรพงศ์ ,2541) ซึ่งการจัดการกิจกรรมที่เน้น เรื่องการลดไขมันในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ยังมีน้อยมาก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการมุ่ง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง เพื่อช่วยลดและควบคุมปัจจัยที่ เป็นสาเหตุของระดับไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอชไอวี เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ระดับไขมันใน เลือดลดลงได้ โดยลดปริมาณ และ/หรือไม่ต้องใช้ยาลดไขมัน ซึ่งเป็น การเพิ่มภาระในการ รับประทานยาลดไขมันและยาลดไขมันบางชนิดยังมีผลต่อการลดประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส อีกด้วย(สมนึก สังฆานุภาพ,2550;Fehmida et al.,2004) การปรับพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางที่ผู้ป่วย ควรให้ความสนใจเป็นลำดับแรกก่อนเพราะ ไม่ต้องลงทุน ไม่ต้องมีอุปกรณ์ใดๆ อีกทั้งยังช่วยให้ สุขภาพดี ผ่อนคลายความเครียด และ เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นๆอีกด้วย ผู้วิจัยจึง มุ่งพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดความเครียดที่ถูกต้อง ทำให้ เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยซึ่งกึ่งที่เหมาะสม โดยใช้แนวคิดการ จัดการตนเองของTobin et al (1986)ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรม สังคม- สิ่งแวดล้อม สติปัญญา และสรีรวิทยา ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน(reciprocal) โดยทักษะในการ จัดการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การกำกับตนเอง(Self-monitoring),การตระหนักในตนเอง(Self- instruction),การกระตุ้นตนเอง(Self-induced stimulation change), การตอบสนองและการตัดสินใจ กระทำ(Self-induced response change and Decision making) มาพัฒนากระบวนการร่วมกับแนวคิด พฤติกรรมบริโภคของ ดวงใจ แซ่หยี่(2552) และแนวคิดการบริหารซึ่งกึ่งของ สุรีพร ชนศิลป์ (2553)มาพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งกึ่ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา 2) ขั้นตอนการวางแผนการ

ดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 3) ขั้นตอนการให้ความรู้ และฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม 4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง และ 5) ขั้นตอนการประเมินผล เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดความเครียดที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรือ อาหารเสริมต่างๆ การงดดื่มสุรา รวมทั้งการออกกำลังกาย และคลายเครียดโดยการบริหารซึ่งก โดยจัดเป็นกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง และวัดผลพฤติกรรมภายหลัง ได้รับโปรแกรม อีก 10 สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาหลายการศึกษาพบว่าการจัดกิจกรรม 3-4 ครั้ง และวัดผลภายหลังกิจกรรม 2-6 สัปดาห์ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (สุนทร เลียงเขวงวงศ์,2541;สุรางค์ศรี บุญสมเชื้อ,2543; อรณุช เขียวสะอาด,2544 ;พัชรพร เกวี่พันธ์ ,2544;นิธิวดี เมธาจารย์,2544) ซึ่งโปรแกรมในการศึกษานี้มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al (1986) ที่ว่า การรับรู้ปัญหาที่ได้จากการประเมิน สามารถนำมากำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับไขมันในเลือด และพฤติกรรมจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และการบริหารซึ่งกของผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองเป็นผู้มีความแตกต่างกันทั้งในด้าน สังคม สิ่งแวดล้อม กระบวนการดำเนินโรค และการดำเนินชีวิต ซึ่งเมื่อผู้วิจัย ใ้แนวทางในการประเมินตัวเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันของผู้ป่วยเรื่อง การบริโภค และการบริหารร่างกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ออกกำลังกายไม่ได้ออกกำลังกายจนครบ 3 วันใน 1 สัปดาห์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายภายในบ้าน เนื่องจากกลัวสังคมไม่ยอมรับ เมื่อผู้วิจัยได้พูดคุย ชี้แจงเกี่ยวกับการคำนึงถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารที่งด ไขมัน สาเหตุที่ต้องงดไขมันในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และ การตระหนักถึงการออกกำลังกายให้ครบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยชี้ให้เห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ ต้องการปรับเปลี่ยนตัวเองมากขึ้น

2. ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูล ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหา และให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง รวบรวมข้อมูลที่ได้ และนำมาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหา และบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าผู้วิจัยและทีมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับผู้ที่คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงต้องการปรับปรุงตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารร่างกายด้วยซึ่งก และ ผู้วิจัยได้เน้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกันในการกำหนดพฤติกรรม

จัดการตนเองโดยเขียนเป้าหมายลงในสมุดบันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วัน และสมุดบันทึกการบริหารซึ่งง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และบอกผลของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสมุดบันทึกว่าผู้ป่วยสามารถ บันทึกการรับประทานอาหารและบริหารซึ่งงเพื่อลดไขมันได้

3. ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรม ใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้นประกอบด้วยการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึก อาหารที่รับประทานในแต่ละวัน และการฝึกบริหารร่างกายด้วยซึ่งง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมในการปรับพฤติกรรม คือจัดกิจกรรมรวมทั้งหมด 4 ครั้ง พบผู้ป่วยทั้งหมด 2 ครั้ง และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง โดยการพบผู้ป่วยทั้งหมด 2 ครั้ง โดยในครั้งแรกเป็นการพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการควบคุมไขมัน และการบริหารร่างกายด้วยซึ่งง โดยมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ด้วยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการการอภิปราย ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารในระยะเวลาที่ผ่านมา เป็นระยะเวลา 1 เดือน และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและผู้วิจัย ซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมไขมันและการบริหารซึ่งง ซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเช่นกัน และผู้ป่วยสามารถ บอกอาหารที่ตนเองเคยรับประทานบ่อยๆเช่น ทูเรียน กะทิ ซึ่งเป็นอาหารที่ควรรับประทาน และสามารถบอกอาหารที่ควรรับประทาน เช่นผักใบเขียวต่างๆ และการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และผู้ป่วยได้รวมบริหารร่างกายด้วยซึ่งง กับผู้วิจัยซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความสนใจ และมีสีหน้าสดชื่น เป็นอย่างมาก

4. ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการบริหารซึ่งง พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาทีให้แบบบันทึกการรับประทานอาหารและการบริหารซึ่งง กลับไปที่บ้าน ให้กำลังใจในการเสริมแรงตนเอง เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้นำการฝึกกำกับตนเองเรื่องการงดรับประทานอาหารเพื่อป้องกันไขมันสูง และการฝึกทักษะการบริหารซึ่งงมาใช้ ซึ่งผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคโดยเน้นเรื่อง คุณค่าของอาหาร การบันทึก

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร การบริหารร่างกายด้วยซิ้ง การบันทึกการบริหารร่างกายด้วยซิ้ง ในสมุดคู่มือประจำตัว และการประเมินตนเอง จากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำกิจกรรมบริหารซิ้งได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 และเมื่อผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึกหลังการบริหารซิ้ง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ผู้ป่วยกล่าวว่า รู้สึกนอนหลับสบาย ไม่เครียด ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆในการบริหารร่างกาย สามารถบริหารร่างกายได้ ที่บ้าน ไม่เป็นการออกกำลังกายที่หนักจนเกินไป และทำให้เกิดสมาธิ ส่วนปัญหาและอุปสรรค ไม่พบว่าเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบริหารร่างกายวันเว้นวัน แต่ผู้ป่วยยังจำทำบริหารไม่ได้หมด ผู้วิจัย จึงให้กำลังใจในการเสริมแรงตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 10 สัปดาห์ ขณะทำกิจกรรมผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยทำสมาธิก่อนเพื่อ ให้ผู้ป่วยเกิดความสงบทางด้านจิตใจพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างจริงใจ และตรงต่อเวลา หลังการทำซิ้งผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วย ทำสมาธิอีกครั้งหลังทำซิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนในสิ่งที่ได้ปฏิบัติและมีความมั่นใจ แน่วแน่ในการที่จะกลับไปทำซิ้งที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึกซึ่งผู้ป่วยได้บอกกับผู้วิจัยว่า การปฏิบัติตัวแบบใด ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย โรคเอดส์ ผู้ป่วยต้องการที่จะปฏิบัติให้ได้ทุกอย่าง เพราะผู้ป่วยจะรู้ตัวทันทีว่า ระยะเวลาการใช้ชีวิตมีเหลืออยู่น้อย หากเป็นสิ่งที่ทำให้ตัวเองรู้สึกดีขึ้นได้ ก็จะทำ และรู้สึกขอบคุณผู้วิจัยที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจะนำไปปฏิบัติ ชักชวนกลุ่มสมรสให้ปฏิบัติด้วย เพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง จากการจัดกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึกเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้เตรียมหลักการ สนับสนุนทางสังคม โดยการประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้แบบบันทึกการทำกิจกรรม ทั้งสองแบบบันทึกคือ แบบบันทึกการรับประทานอาหารเช้าใน 1 วัน แบบบันทึกการทำซิ้ง ในแต่ละวัน และให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง โดยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินผลเมื่อครบ 10 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องการจัดการตนเองในการลดอาหารประเภทไขมันและ เน้นให้มีการออกกำลังกายด้วยซิ้งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด มีการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเช้า โดยให้คู่มือเรื่อง การควบคุมอาหารเพื่อลดไขมัน เน้นย้ำให้ผู้ป่วย งดอาหารประเภทไขมันสัตว์ทุกชนิด ผู้วิจัยได้สอนผู้ป่วยในการทำซิ้งด้วยตนเอง ผู้สอนได้เลือกสถานที่

สอนเป็น 3 บริเวณ คือห้องให้คำปรึกษา ให้อาหารหอพัก และสนามหญ้า ซึ่งขณะสอนผู้วิจัยได้ตกลงกับผู้ป่วยว่าจะไม่พูดกล่าวถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยเด็ดขาด จึงทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบรับที่ดี ให้ความสนใจ และเปิดเผยข้อมูลของตนเองแก่ผู้วิจัย และได้ให้ผู้ป่วยได้กลับไปฝึกชิ่งกงที่บ้าน โดยให้แผ่นวีดิทัศน์ และหนังสือการฝึกชิ่งกงด้วยตนเอง หลังจากผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ได้โทรศัพท์ไปพูดคุยให้กำลังใจ ให้กำลังใจชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบ่นรู้สึกท้อ เพื่อเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะและในส่วนของคู่มือการจัดการตนเองเรื่องไขมันและสมุคบันที่การทำชิ่งกง ได้ทำเป็นแบบกะทัดรัด ไม่มีเนื้อหาที่มากจนเกินไปที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระในการพกพา ระหว่างเดินทาง และเน้นแรงจูงใจภายนอกในการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 10 สัปดาห์ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดไขมัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวโดยบอกผลไขมันในเลือดของผู้ป่วยก่อนกลับไปทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่บ้าน และ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะปฏิบัติตัวไม่ให้ไขมันเพิ่มขึ้น และ จะลดไขมันลงในผู้ป่วยรายที่มีไขมันตัวใดตัวหนึ่งสูง

ผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการบริหารชิ่งกงโดยมุ่งเน้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้เห็นประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการบริหารชิ่งกง และลดอุปสรรคในการบริหารชิ่งกง ใช้กลวิธี ผ่านแบบตัวจริงและแบบสัญลักษณ์ คือผู้วิจัยให้คู่มือการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ให้คู่มือบันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วัน และตัวผู้วิจัยเป็นผู้สอนชิ่งกงเอง โดยเปิดวีดิทัศน์ เรื่องการเสริมสร้างพลังชีวิตด้วยชิ่งกงของ รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ ให้ผู้ป่วยดูพร้อมกับทำชิ่งกงไปพร้อมๆกัน และใช้คู่มือ ฝึกการบริหารชิ่งกง คู่มือการบันทึกการบริหารชิ่งกง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการบริหารร่างกายด้วยชิ่งกงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารชิ่งกงและกลุ่มควบคุม มีระดับไขมันในเลือด ซึ่งประกอบด้วย คอลเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารชิ่งกง มีระดับไขมันในเลือด ซึ่งประกอบด้วย คอลเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการบริหารซึ๊ง ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด GPO-S มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ปี ซึ่งเข้ามารับการรักษา ที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง อายุ 15-59 ปี

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ๊ง

ตัวแปรตาม คือ ระดับไขมันในเลือดได้แก่ คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ๊ง หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทำเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยา ต้านไวรัสเอชไอวีมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนให้มีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะไขมัน คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ให้เป็นปกติโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al (1986) ซึ่งใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยโปรแกรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองคือการรับรู้ปัญหาที่ได้จากการประเมิน สามารถนำมากำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

2. ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการจัดการด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูล ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหาและให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง รวบรวมข้อมูลที่ได้ และนำมาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

3. ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรม ใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้น ประกอบด้วย การประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่

4. ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และซึ๊ง ในสมุดคู่มือประจำตัว การประเมินตนเอง

5. ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึกโดยใช้หลักการ สนับสนุนทางสังคมของ โดย การประเมินการ ปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ภาวะไขมันในเลือด หมายถึง สารไขมันคล้ายขี้ผึ้ง เฉพาะ คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ที่ปรากฏอยู่ในเลือดของร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส วัตถุประสงค์โดยใช้เครื่องมือวัดระดับไขมันในเลือดโดยการตรวจทางวิทยาศาสตร์ Kone Lab 60 ที่ได้รับรองคุณภาพผ่านการสอบเทียบจากหน่วยเครื่องมือแพทย์ ตามเกณฑ์คุณภาพของวิศวกรรมกรรมแพทย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยผู้ป่วยต้องเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดเพื่อหาไขมัน ดังนี้

1) งดอาหารก่อนตรวจเลือดไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง

2) ให้เจาะทำน้ เพราะการเจาะทำนอนจะต่ำกว่าทำน้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับพลาสมาการรายงานผล รายงานโดยยึดเกณฑ์ของ ATP III ในการจัดแบ่งระดับไขมัน โดยค่าไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 mg/dl ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ และคอเลสเตอรอลรวมตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วย โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็น โรคเอดส์ และ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี/เอดส์ ชนิดรับประทาน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ หลังจากที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาตามปกติ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยประเมินความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การใช้วิธีการป้องกันการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวภายหลังการได้รับยาต้านไวรัส และการมาพบแพทย์ตามนัด สื่อที่ใช้เป็นแผ่นพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาท พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการให้การพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

2. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้า วิจัย ในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการบริหารจัดการเชิงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหา สาระสำคัญเพื่อใช้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคและการบริหารซึ่งงต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเอกสารและงานวิจัยที่ทบทวน นำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
3. บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

4. การส่งเสริมพฤติกรรมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
5. การส่งเสริมพฤติกรรมกรบริหารร่างกายของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ด้วยชีกิง
6. แนวคิดการจัดการตนเอง
7. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคและการบริหารซึ่งง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.1 ความหมาย

เอดส์คือ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือ ไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้ง่าย แม้เชื้อที่พบทั่วไปในธรรมชาติที่ไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ อาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ติดเชื้อที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดลง นอกจากนี้ยังมีอาการของ โรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งผิวหนัง บางชนิดที่ปกติไม่พบบ่อย ความเจ็บป่วยเหล่านี้อาจมีความรุนแรง และทำให้ตายได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

เชื้อไวรัสเอชไอวีจัดเป็น Retrovirus อยู่ใน Family Retroviridae เชื้อเอชไอวีเป็น RNA virus ซึ่งต้องอาศัยเอนไซม์ในการเปลี่ยน RNA ของไวรัสให้เป็น DNA ก่อนจึงจะสามารถเพิ่มจำนวนได้ เชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อที่มีลักษณะกลม มีขนาดประมาณ 100-200 nm มีแกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ซึ่งมีสายพันธุกรรมเป็น RNA สายเดี่ยว (Single-standard RNA) ขนาด 9 กิโลเบส ที่เหมือนกัน 2 ชิ้น (doploid) และมีเอนไซม์ Reverse transcriptase อยู่ชั้นถัดไป เป็นโปรตีนหรือเรียกว่า core protein (p24) ถัดออกไปอีกเป็น matrix protein (p17) ส่วนชั้นนอกเป็น envelope มีปุ่ม

(knobs) ขึ้นโดยรอบ ปุ่มเหล่านี้ประกอบด้วย glycoprotein ที่สำคัญคือ gp120 และ gp41 (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

1.2.1 การติดต่อ โรคเอดส์สามารถติดต่อได้ 3 ทางได้แก่

1.2.1.1 เพศสัมพันธ์ โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ความถี่ของเพศสัมพันธ์ และรูปแบบของเพศสัมพันธ์

1.2.1.2 ทางเลือดและผลิตภัณฑ์ จากเลือด ส่วนใหญ่พบในกรณีที่ได้รับเลือดที่ติดเชื้อ ใช้เข็มหรืออุปกรณ์การฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ การรับบริจาคอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณของไวรัสในเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดนั้นๆ

1.2.1.3 จากมารดาสู่ทารก แพร่เชื้อได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอดหรือหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อเอดส์มาจากมารดาขึ้นอยู่กับวิธีการคลอด การได้รับยาต้านไวรัส การดื่มนมแม่หลังคลอด

1.2.2 ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี

ระยะที่ 1 ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV infection) ในผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการของการติดเชื้อ เฉียบพลันใน 2-3 สัปดาห์ หลังการได้รับเชื้อ จะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อม น้ำเหลืองโต อาการต่างๆเหล่านี้จะหายไปเองภายใน 1-2 สัปดาห์ โดยอาจมีอาการน้อยมากจนผู้ป่วยไม่สังเกต

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใดๆเลย แต่ถ้าเจาะเลือดจะพบ แอนติบอดีต่อเชื้อ เอชไอวี แอนติบอดีจะเริ่มพบประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ

ระยะที่ 3 ระยะที่มีอาการของภูมิคุ้มกันเสื่อม ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อมีปัญหาสุขภาพต่างๆและติดเชื้อโดยเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย

1.3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้มีการริเริ่มโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ชนิดตัวเดียว (Mono therapy) และชนิด 2 ตัว (Dual therapy) ในเวลาต่อมา และในปี พ.ศ.2540 ได้มีการศึกษาเพื่อหารูปแบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสม จนกระทั่งปี พ.ศ.2543 มีการเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษา ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้มากขึ้น และในปี พ.ศ.2545 นอกจากจะมีความสำเร็จในการพัฒนายาต้านไวรัสสูตรต่างๆ ให้มีผลข้างเคียงน้อยลง และมีความสะดวกในการรับประทานมากขึ้นแล้ว องค์การเภสัชกรรมประสบความสำเร็จ ในการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ได้เองหลายชนิด และมี

ความสำเร็จในการต่อรองเจรจาผลักดันให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาต่ำลง จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ โดยมีการเพิ่มการสนับสนุนให้สามารถขยายบริการแก่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอชไอวี ให้มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการตายของโรคเอชไอวี <math>< 50 \text{ mm}^3</math> นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อให้เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณที่ต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาต่อเนื่องนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอชไอวี พร้อมกับไม่เกิดการดื้อของเชื้อเอชไอวี

1.3.1 ยาต้านไวรัสเอชไอวี ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ในปัจจุบันในประเทศไทยมี 4 กลุ่ม ดังนี้ (สมนึก สังฆานุภาพ และคณะ, 2550)

1.3.1.1 Nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NRTIs): คือกลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบ base ของ nucleic acid นอกจากนี้ยังมียา NRTIs ในรูป fixed-dose combination เช่น AZT/3TC 300/150 มก. การยับยั้งเอ็นไซม์ Reverse transcriptase มีลักษณะแบบแย่งจับไม่ถาวร (Reversible competitive inhibitor) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 2

1.3.1.2 Non-nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) คือกลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือน base ของ nucleic acid ซึ่งออกฤทธิ์ ยับยั้งเอ็นไซม์ Reverse transcriptase มีลักษณะแบบจับถาวร (Irreversible non-competitive inhibitor) และคนละตำแหน่งที่เอ็นไซม์จับ ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก

1.3.1.3 ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยับยั้งเอ็นไซม์ Protease หรือ Protease inhibitors (PIs) เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ ยับยั้ง เชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆเข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้ ยาในกลุ่มนี้

1.3.1.4 Fusion inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide ซึ่งเป็นยาฉีดเพียงชนิดเดียว

1.3.2 สูตรยาต้านไวรัสในประเทศไทยในปัจจุบัน แนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วย NRTI 2 ตัวร่วมกัน NNRTI 1 ตัว โดยสูตรยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ ยา Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), และ Nevirapine (NVP) หรือ (GPO-VIR) สูตรยา GPO-S ที่ใช้ในปัจจุบัน ประกอบด้วย AZT+3TC+NVP

ซึ่งสรุปได้ว่าการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/เอชไอวี เป็นปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการอยู่ร่วมในสังคมของผู้ป่วย และการถูกตีตรา นำไปสู่ภาวะเครียด และการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีของผู้ป่วย

2. ภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.1 ความหมายของภาวะไขมันในเลือด

ไขมันในเลือด คือ สารไขมันคล้ายขี้ผึ้งที่ปรากฏอยู่ในทุกเซลล์ของร่างกาย ประกอบด้วย คอเลสเตอรอล, LDL, HDL และ ไตรกลีเซอไรด์ โดยระดับไขมันในเลือดที่ปกติมีค่าดังนี้คือ คอเลสเตอรอลควรต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, LDL ควรต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, HDL ควรสูงกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ TG ควรต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยการอาศัยเกณฑ์ของ ATP III

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (ชัยพร แจ่มรัตน์ วศิน พุทธารี, 2544; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553; Health Today, 2554) มีดังนี้

2.2.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable Risk Factors) คือ อายุ (Age) ที่มากขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เพศ (Gender) ผู้ชายจะมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้หญิง และมีประวัติทางพันธุกรรมโดยมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

2.2.2 ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors) หรือปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะต้านอินซูลินและเบาหวานที่เกิดจากภาวะคอเลสเตอรอลสูง ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะความดันโลหิตสูง การไม่ออกกำลังกาย มีวิถีชีวิตนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ พฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม กินอาหารประเภทไขมันและน้ำตาลสูง ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ (Side effects of anti-retroviral agents) การศึกษาติดตามการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในแต่ละปีหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 1.26 เท่า แสดงให้เห็นว่า ภาวะไขมันผิดปกติจากยาต้านไวรัสสามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นเดียวกับประชากรทั่วไป (สมนึก สัจฉานภาพ, 2550)

2.2.3.1 ผลข้างเคียงของยากลุ่ม NRTIs (Nucleoside analogue reverse Transcriptase inhibitor) เป็นยากลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบสภาพความเป็นด่างหรือเป็นเบส (base) ของนิวคลีอิกแอซิด (nucleic acid) การออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้เป็นแบบแย่งจับไม่ถาวร ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงดังต่อไปนี้คือ

(1) Zidovudine (AZT) มีผลข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ให้รักษาตามอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (myopathy) พบได้น้อยมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อที่ขา

และกัน ซีดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังรับประทานยา จนถึงนานเป็นปี เม็ดเลือดขาว นิวโทรฟิลล์ต่ำ (neutropenia) เล็บมีสีคล้ำ (nail hyperpigmentation) ไม่ต้องเปลี่ยนยา

(2) Stavudine (d4T) มีผลข้างเคียงคือ เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy) พบได้ร้อยละ 5-15 มักเกิด 2-6 เดือนหลังจากรับยา อาจมีอาการปวดร่วมกับชาปลายมือ ปลายเท้า ค่าเอนไซม์ของตับ (transaminase) เพิ่มขึ้น พบได้ร้อยละ 8 เป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยสามารถรับประทานต่อไปได้ ไขมัน ฝ่อ (lipoatrophy) มีแก้มคอบ ไขมันใต้ผิวหนังของแขนขาลดลง ทำให้เส้นเลือดดำของแขนชัดเจนขึ้น มักพบในผู้ป่วยที่รับประทานยา d4T ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเสื่อม ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะ ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ภาวะกรดแลคติกคั่งในกระแสเลือด (hyperlactenemia) คลื่นไส้ ไม่สบายตัว น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย ปวดท้อง ตับโต กดเจ็บ หายใจหอบเหนื่อย ภาวะเลือดเป็นกรดจากกรดแลคติกคั่ง (lactic acidosis)

(3) Lamivudine (3TC) มีผลข้างเคียงน้อยมาก อาจจะทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบในผู้ป่วยเด็ก คลื่นไส้ อาเจียน แต่พบได้น้อย

(4) Didanosine (ddI) มีผลข้างเคียงคือ เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy) พบได้ร้อยละ 5-12 มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังจากรับยา ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) พบได้ร้อยละ 1-9 อัตราสูงสุดถึงร้อยละ 6 คลื่นไส้ อาเจียน ผม่วง ตับอักเสบ ภาวะเลือดเป็นกรด จากกรดแลคติกคั่ง (lactic acidosis)

(5) Abacavir (ABC) Abacavir hypersensitivity reaction ผลข้างเคียงพบได้ร้อยละ 2-3 มักเกิดใน 6 สัปดาห์แรก หลังจากรับประทานยานี้ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ผื่นลักษณะเป็น maculopopular rash หรือ แบบ urticari อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดข้อ เจ็บคอ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ระดับ transaminase ขึ้นสูง

(6) Tenofovir (TDF) มีผลข้างเคียงคือ พิษต่อไต อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายเดือน หลังรับยา ความผิดปกติที่พบได้แก่ ระดับ creatinine ในเลือดสูง มีโปรตีนหรือน้ำตาลในปัสสาวะ ระดับฟอสเฟตและโปรแตสเฟียมในเลือดต่ำ และ non-anion gap metabolic acidosis ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการที่ได้แก่ nephrogenic diabetes insipidus Fanconi syndrome คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องเสีย ท้องอืด

2.2.3.2 ผลข้างเคียงของยากุ่ม NNRTIs (Non-nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor) เป็นยากุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือนเบสของนิวคลีโอติกแอซิด ยากุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้ง เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตสแบบแย่งจับถาวร มีฤทธิ์แรงกว่ายากุ่ม NRTIs ซึ่งยากุ่มนี้มีผลข้างเคียงดังต่อไปนี้

(1) Nevirapine (NVP) พบผื่นแพ้ยา พบได้มากถึงร้อยละ 16 ส่วนใหญ่ผื่นเกิดขึ้นไม่รุนแรง มักเกิดขึ้น 2-3 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา และอาจหายไปได้หลังได้ยากลุ่ม antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ามีอาการอักเสบของเยื่อต่างๆเช่นในปาก จะต้องหยุดยาทันที เพราะอาจจะลุกลามเป็น Stevens Johnson syndrome หรือ toxic epidermal necrolysis ตับอักเสบ พบสูงสุดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกจนถึง 18 สัปดาห์ หลังได้รับยา

(2) Efavirenz (EFV) พบผื่นแพ้ยา แต่พบน้อยกว่า nevirapine ส่วนใหญ่ไม่ต้องหยุดยา อาจพบผื่นรุนแรงได้ร้อยละ 1-2 อาการทางระบบประสาท ได้แก่ เวียนศีรษะ ผื่นร้ายประสาทหลอน สับสน มักมีอาการประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วจะดีขึ้น ไขมันในเลือดสูง ระดับเอนไซม์ transaminase ขึ้นสูง พบน้อยมาก ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ไม่แนะนำให้ยา EVF ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีรายงานพิษต่อทารกในครรภ์ (teratogenicity)

2.2.3.3 ผลข้างเคียงของยากลุ่ม PIs หรือยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอ็นไซม์โปรเตเอส (Protease inhibitor) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยที่เชื้อไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เข้าเป็นไวรัสสมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ ทำให้เชื้อไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดปริมาณไวรัสเอชไอวี (สมนึก สังฆานุภาพ, 2550) ซึ่งยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงต่อไปนี้

(1) Indinavir (IDV) ส่งผลให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ควรดื่มน้ำประมาณวันละ 1.5-3 ลิตรขึ้นไป คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะดีซ่านชนิด indirect hyperbilirubinemia ไขมันในเลือดสูงระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ระดับ LDL-C สูง ระดับ HDL-C ในเลือดต่ำ และภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (lipodystrophy) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้ อาการอื่นๆ ที่พบได้แก่ ปวดศีรษะอ่อนเพลีย มองภาพไม่ชัด วิงเวียนศีรษะมีผื่นตามร่างกาย ลิ้นไม่รู้สึก ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผม่วง ผมหยิก เล็บขบ sicca syndrome และ hemolytic anemia เป็นต้น

(2) Ritonavir (RTV) เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น มีอาการ ชาบริเวณรอบริมฝีปาก บริเวณแขนขา ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ตับอักเสบ อ่อนเพลีย น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (lipodystrophy) อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

(3) Nelfinavir (NFV) มีผลข้างเคียงคือทำให้เกิด ท้องเสีย ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง เอ็นไซม์ตับชนิด SGOT และ SGPT สูง ภาวะไขมันกระจายผิดปกติ (lipodystrophy) อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

(4) Saquinavir (SQV) เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสียเป็นต้น ไขมันในเลือดสูง คับอึดเสบ อ่อนเพลีย น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (lipodystrophy) อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

(5) Lopinavir/Ritonavir (LPV/rtv) เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย มีอุบัติการณ์มากขึ้นในคนที่รับประทานยาชนิดวันละ 1 ครั้งมากกว่า ผู้ที่รับประทานยาชนิดวันละ 2 ครั้ง ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ความสามารถในการทำให้ไขมันเลือดสูง มีรุนแรง จากมากไปหาน้อยดังนี้ LPV/rtv มากกว่า Nelfinavir มากกว่า Atazanavir เอ็นไซม์ตับ SGOT SGPT สูง อ่อนเพลีย อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (lipodystrophy) Prolonged PR interval บางคนพบ 1st degree AV block ต้องระมัดระวังเมื่อใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ การนำไฟฟ้าของหัวใจ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลทำให้ระยะ PR ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจยาวขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

สรุปว่าการใช้ยาต้านไวรัส สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงของยาได้บ่อย โดยอาจพบในช่วงแรกของการรักษา เช่นคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และผลข้างเคียงในระยะยาว เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง(myopathy) เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันกระจายผิดปกติ (lipodystrophy) คับอึดเสบ อ่อนเพลีย น้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ผลข้างเคียงในช่วงแรกมักพบในช่วง 2 เดือนแรกของการใช้ยา ส่วนผลข้างเคียงระยะยาว เช่น ไขมันในเลือดสูง ซึ่งสูตร GPO-S ประกอบด้วยตัวยาAZT+3TC+NVP เป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่เริ่มต้นกินยาต้านไวรัสที่คลินิกหลังให้คำปรึกษา โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และมีภาวะเสี่ยงต่อไขมันในเลือดสูงจากการได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งมักพบหลังใช้ยาตั้งแต่ 3 หรือ 6 เดือนขึ้นไปโดยผู้ป่วยจะได้รับยาลดไขมันในเลือดร่วมกับยาต้านไวรัส และยาลดไขมันในเลือดนั้น มีผลในการลดฤทธิ์ของยาต้านไวรัส (สมนึก สัจฉานุกภาพ,2550)

2.3 การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง มีหลายวิธีดังนี้(วิษณุ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย, 2535)

2.3.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเรื่องดังต่อไปนี้ การใช้โภชนาบำบัด หรือการดูแลทางด้านอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดด้วยการผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก การทำสมาธิ สวดมนต์ คลายกล้ามเนื้อ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือลดความเครียด

2.3.2 การรักษาด้วยยาลดไขมัน ซึ่งการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงนั้นควรเริ่มด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นอันดับแรก (สมนึก สัจฉานุกภาพ ,2550) ยกเว้นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ

รักษาอย่างรีบด่วน เช่นผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ LDL-C สูงมากเกิน 220 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.3.3 การพิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัส เนื่องจากภาวะไขมันผิดปกติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากหลายสาเหตุ ดังนั้นการเปลี่ยนยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ทำให้ไขมันกลับสู่ภาวะปกติ การเปลี่ยนจากยา PIs เป็น Nevirapine ทำให้โคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ลดลง แต่การเปลี่ยน Efavirenz ไม่ค่อยมีผลต่อระดับไขมันมากนัก ส่วนการเปลี่ยนจาก Stavudine เป็น Tenofovir หรือ Abacavir อาจทำให้โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงได้ ซึ่งเมื่อเริ่มให้ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความต้านไวรัส จะต้องประเมินความเสี่ยง ตามแนวทางของ NCEP ATP III โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามความเสี่ยง และพิจารณาระดับ LDL-C ของผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว เป็นกลุ่มที่ต้องควบคุม LDL-C ให้ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมทั้งในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่มีความเสี่ยงที่ 10 ปี มากกว่าร้อยละ 20 และผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือมีโรคหลอดเลือดแข็ง บริเวณอื่นก็ถือเป็นกลุ่มที่ต้องควบคุม LDL-C ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เช่นกัน (แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันผิดปกติตาม NCEP III) (สมนึก สัจฉานภาพ, 2550) ซึ่งการวัดระดับไขมัน ก่อนให้ยาต้านไวรัส ควรตรวจไขมันในเลือด หลังอาหารเช้าอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง และตรวจซ้ำหลังได้รับยาต้านไวรัสภายใน 3-6 เดือน หลังจากนั้นทุกปี จนกว่าจะพบ ความผิดปกติ และเริ่มให้การรักษาด้วยยา ซึ่ง การวัดระดับไขมันในเลือด ควรวัดทั้ง total cholesterol ,HDL-C และ Triglyceride และคำนวณค่า HDL-C และ non HDL-C ในผู้ป่วยที่มีรับ Triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตั้งแต่ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ควรตรวจซ้ำภายใน 1-2 เดือน หลังเริ่มยาต้านไวรัส (สมนึก สัจฉานภาพ, 2550)

3. บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้รับยาตามวัตถุประสงค์ของการรักษา ปลอดภัยจากการใช้ยา นั่นคือลดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ จากยาด้วย ซึ่งมีหลายวิธีได้แก่ การลดขนาดยา ให้ยาที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ และการเลือกให้ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงมากกว่ายาที่ออกฤทธิ์อย่างกว้างขวาง ในการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี พยาบาลจึงมีหลักในการพยาบาลดังนี้ (สุริพร ธนศิลป์, 2552)

3.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยครอบคลุมในส่วนประสบการณ์ ปัญหาในการรับประทานยาต้านไวรัส

3.2 การรับประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งประกอบด้วยการปรับ การรับรู้ การประเมินและการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยรับรู้ได้ถูกต้องถึงวิธีการรับประทานยาต้านไวรัส ส่งผลให้ชีวิตยืนยาวขึ้นก็จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีขึ้น

3.3 การประคับประคองด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก ในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นพยาบาลต้องปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้องพร้อม เสริมสร้างศักยภาพหรือพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

3.4 การดูแลด้านโภชนาการ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีปัญหาที่พบบ่อยคือ ปัญหา น้ำหนักตัวลดประมาณ 5-10 % ของน้ำหนักตัวเดิม สิ่งที่สำคัญ ที่พยาบาลตระหนักในการดูแลผู้ป่วย คือ การประเมินภาวะโภชนาการ ทั้งจากน้ำหนักตัว และส่วนสูง การดูแลให้ได้รับอาหารที่มี ประโยชน์อย่างครบถ้วน ดูแลให้ได้รับน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากทุก ครั้งหลังรับประทานอาหาร งดการระคายเคืองเยื่อช่องปาก

3.5 การประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะสั้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซาตามปลายมือปลายเท้า วิงเวียนศีรษะ อาการระยะยาวเช่น ภาวะ ไขมันในเลือดสูง การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างจากการกระจายตัวของไขมันผิดปกติ โรคเบาหวาน เป็นต้น และให้การพยาบาลตามอาการให้เหมาะสม ปรีกษาแพทย์เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงที่ ผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนมาก เกิดผื่นแพ้ยา ลุกกลาม รวดเร็ว หรือเกิดภาวะหายใจลำบากจากการ แพ้ยา และพยาบาลให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ซึ่ง ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ ได้รับยาต้านไวรัส จะมีความต้องการอาหารมากกว่า ผู้ป่วยปกติเป็น 2 เท่าเนื่องจาก ร่างกายนำเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อไปเป็นพลังงานก่อนอาหารที่รับประทาน เข้าไป และพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และเหมาะสมเนื่องจาก ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ มีระบบการเผาผลาญที่ผิดปกติ มีไขมันสะสมเฉพาะที่ เกิดไขมันพอกตาม ร่างกาย และสูงในกระแสเลือดจากการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง(นนท์ธิยา หอมจำ, 2554) ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้

3.6 การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพนับเป็นเรื่องที่สำคัญ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ การติดเชื้อฉวยโอกาส และการเกิดอุบัติเหตุ โดยใช้หลักเทคนิคปราศจากเชื้อและการใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อ แบบครอบจักรวาล (Universal precaution) ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์และช่องปาก การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม ระวังการเกิดบาดแผลบริเวณผิวหนังหรือเยื่อเมือก ดูแลให้ พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ

3.7 การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อการดูแลและจัดการกับอาการต่างๆ พยาบาลควรมีการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย ในการจัดการอาการด้วยตนเอง อาการที่เป็นปัญหาหลักในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด อาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ไข้ รวมถึงความวิตกกังวล โดยการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการดังกล่าว ให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดศักยภาพในการจัดการอาการด้วยตนเองส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งดังนั้นก็ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนทัศนคติ เกี่ยวกับความตาย จะทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความตึงเครียดด้านจิตวิญญาณ ได้วิธีหนึ่ง และจากผลงานวิจัยพบว่าการทำสมาธิทำให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณได้ทางหนึ่ง

3.9 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนเน้นการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการ และส่งเสริม การดูแลตนเอง และการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น การดูแลป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนมีความจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวอย่างมาก

และเป้าหมายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังไม่แสดงอาการเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัสคือภาวะไขมันในเลือดสูงให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาท คือ ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน ไม่ให้ขาดยาและให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อ ประเมินการเพิ่มของระดับ CD4 และส่งต่อแพทย์ในการพิจารณาตรวจระดับไขมันในเลือดเมื่อผู้ป่วยรับยามาเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสไปเป็นระยะเวลา 6 เดือนแรกจะพบว่ามีปริมาณเชื้อไวรัสลดลง อยู่ในระดับที่ไม่สามารถตรวจวัดได้ (สมนึก สัจจมานุกภาพ, 2551) และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด(นนท์ธิดา หอมขำ, 2554) ซึ่งความสะดวกในการเข้าถึงยาและบริการโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาด้านไวรัส การออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด การลดความเครียดและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ขึ้นอยู่กับบุคลากรทีมสุขภาพที่จะให้บริการผู้ป่วยให้เกิดความสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์และความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีของ Tobin et al (1986)ที่ว่าจัดการตนเองคือกระบวนการที่

ช่วยให้บุคคล ควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือภายใต้ความร่วมมือ และความสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย

4. การส่งเสริมพฤติกรรมภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาหารหรือโภชนาการมีบทบาทสำคัญควบคู่กับโรคเอดส์มาตั้งแต่ยุคต้นๆของโรคนี้ ในยุคนั้นประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่ดีพอ และยาราคาแพงมาก เมื่อผู้ติดเชื้อมีภูมิต้านทานลดน้อยลง และเชื้อไวรัสเข้าโจมตีระบบภูมิคุ้มกัน การที่ร่างกายจะเอาชนะ หรือต่อสู้กับเชื้อโรคได้นั้น จำเป็นต้องใช้พลังงานจากสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มมากขึ้นกว่าในภาวะปกติ ซึ่งความต้องการพลังงาน จากอาหารของผู้ติดเชื้อโดยทั่วไปจะมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อ 10 % แต่หากมีอาการของโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วยจะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น 20-30 % ทำให้ผู้ติดเชื้อเริ่มมีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ระบบภูมิคุ้มกันยิ่งอ่อนแรงลง เกิดภาวะเจ็บป่วยจากเชื้อฉวยโอกาส เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดอักเสบจากเชื้อรา มีอาการของโรค คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร กลืนลำบาก เพราะมีแผลในปากหรือในลำคอ กินอาหารได้น้อยลง ทำให้ผอมแห้งน้ำหนักลด แต่ในปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อ สามารถ เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับภูมิต้านทาน CD4 ที่สูงขึ้น การติดเชื้อฉวยโอกาส และภาวะขาดสารอาหารน้อยลง ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาว อายุขัยที่มากขึ้น จนทยอยเข้าสู่วัยสูงอายุร่วมกัน ผลข้างเคียงระยะยาวทางเมตาบอลิกของยาต้านไวรัสเอดส์ ก่อให้เกิดปัญหาโรคทางด้านเมตาบอลิกเรื้อรังหลายภาวะ ขึ้นมาแทนที่ ได้แก่ โรคอ้วน ภาวะไขมันย้ายที่ (แก้มตอบ แขนขาอ้วน ฟุงป่อง) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ ซึ่งพบว่าเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ของผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เป็นระยะเวลานานๆ โภชนาบำบัดหรือการดูแลทางด้านอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยชะลอหรือลดความรุนแรง ต่อการเกิดโรคทางเมตาบอลิกได้ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้ติดเชื้อต่อไปในระยะยาว ซึ่งความต้องการพลังงานและสารอาหาร สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ว่า ในระยะการดำเนินโรค ของผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่ยังไม่ปรากฏอาการ จะมีความต้องการพลังงาน เพิ่มขึ้น 10 % ส่วนระยะที่มีอาการแล้ว จะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น 20-30 % โดยเพิ่มขึ้นจากระดับที่แนะนำสำหรับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสุขภาพดีของกลุ่มอายุเพศ และระดับกิจกรรมเดียวกัน (จินตนา จตุรวิทย์ ,2552)

4.1 เป้าหมายการดูแลทางโภชนาการบำบัด

4.1.1 เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงาน สารอาหาร วิตามินเกลือแร่ต่างๆ อย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงของระบบภูมิคุ้มกัน

4.1.2 เพื่อรักษาน้ำหนักตัว และที่สำคัญคือเพื่อรักษา สลิน บอดี แมส (lean body mass) หรือมวลกล้ามเนื้อ เนื่องจากเชื้อเอชไอวี มีผลต่อการเผาผลาญอาหาร (Metabolism) โดยมีการนำเอาโปรตีนจากกล้ามเนื้อ มาใช้เป็นพลังงาน ก่อนไขมัน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกล้ามเนื้อลีบ ทั้งๆที่น้ำหนักตัวยังสมส่วน หรือยังดูอ้วนท้วนสมบูรณ์ดี

4.1.3 เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.1.4 เพื่อชะลอระยะเวลาการดำเนินโรคไปสู่ระยะเอดส์เพิ่มขึ้น

4.1.5 เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ดีขึ้น

4.1.6 เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

4.1.7 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำงาน ดูแลตัวเองและครอบครัวได้เป็นปกติ

4.2 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรอง ปัญหาทางด้านโภชนาการ (Nutrition Screening) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถทำได้ทั้ง โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ผู้ติดเชื้อ และนักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร ผู้ติดเชื้อที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เช่น น้ำหนักลด เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก หรือน้ำหนักเกิน เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เหล่านี้ควรได้รับการส่งต่อไปยังนักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหารเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลทางด้าน โภชนาการ อย่างเต็มรูปแบบ (A-D-I-M-E) ต่อไป

โดยโครงการศูนย์ร่วมมือ ไทย-ออสเตรเลียศึกษาด้าน โภชนาการเอดส์ (โครงการทำเงิน) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้ใช้หลัก ABCDEF ในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่า ABCDEF Approach นี้สามารถช่วยให้การประเมินผลครอบคลุม ในทุกๆปัญหา ที่อาจมีผลเกี่ยวเนื่อง กับภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การให้การดูแลทางด้านโภชนาการหรือโภชนบำบัดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยประกอบไปด้วย

A: Anthropometric Assessment คือการวัดสัดส่วนของร่างกาย ซึ่งจะมีการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ติดเชื้ออาจมีภาวะไขมันย่ำที่

(แก้มตอบ แขนขาตึง แต่อ่อนลงพุง) ดังนั้นค่าดัชนีมวลกายเพียงตัวเดียวอาจยังไม่ใช้ตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการที่แม่นยำที่สุด ในผู้ติดเชื้อ จึงมีการวัด ปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง และมวลกล้ามเนื้อ (% Body fat and lean body mass) ซึ่งอาจใช้คาลิปเปอร์ หรือ ตาชั่ง BIA นอกจากนี้ในแง่ของการประเมินความเสี่ยงของภาวะอ่อนลงพุง หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรทำการวัดและประเมินสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ร่วมด้วย

B: Biochemical Assessment คือการประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งควรครอบคลุม การทดสอบ ดังนี้ ระดับภูมิคุ้มกัน (D4) ปริมาณไวรัส (Viral load) ทางด้านโลหิตวิทยา (CBC, Hb, Hct, etc) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับไขมันในเลือด (TC, HDL-C, LDL-C, และ TG) การทำงานของตับ (SGOT และ SGPT) รวมถึงการทำงานของไต (BUN, Cr, Cr clearance และ GFR)

C: Clinical Assessment คือ การประเมินผลประวัติการรักษา และวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ ได้แก่ Vital sign, Blood pressure โรคประจำตัวอื่นๆ รวมถึงยาหรือสูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ติดเชื้อได้รับ นักกำหนดอาหารควรซักถามถึงความถูกต้องและตรงต่อเวลาในการกินยา รวมถึงอาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างอาหารและยาต้านไวรัสร่วมด้วย

D: Dietary Assessment คือการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นิสัยการกิน รูปแบบการกิน จำนวนมื้ออาหาร ความไม่มั่นคงทางอาหาร ความเชื่อในการบริโภคอาหารหรือการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตลอดจนแพทย์ทางเลือก ต่างๆรวมถึงค้นหาสาเหตุ ที่อาจเกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจร่วมด้วย เหล่านี้ถือเป็นหัวใจ ของการประเมินภาวะโภชนาการที่ต้องกระทำโดยละเอียดรอบคอบ ก่อนการร่วมกันวางแผนการกินอาหารกับผู้ติดเชื้อ โดยทั่วไปจะใช้การซักถาม การกินอาหารโดยปกติ (Usual Food intake) หรือซักประวัติการกินอาหารในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24-hr Recall) และเพื่อให้ได้ผลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้รับคำปรึกษา (Stage of Behavior change) ร่วมด้วย

E: Exercise Assessment คือการประเมินการออกกำลังกายหรือรูปแบบการดำเนินชีวิต ควรครอบคลุมถึง ชนิด ระยะเวลา ความถี่ ตลอดจนแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการออกกำลังกาย ทั้งแบบใช้ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ร่วมกันในแง่ของการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการป้องกันการสูญเสียและเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ ตามลำดับ

F: Family Assessment คือการประเมินสถานภาพความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะ รวมถึงประวัติการติดเชื้อเอชไอวี หรือ โรคเรื้อรังอื่นๆเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของสมาชิกใน

ครอบครัว ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้การดูแลทั้งในแง่ของการป้องกันและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังการกำหนดอาหาร นักโภชนาการ แพทย์พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้ผู้ติดเชื่อมีส่วนร่วมในการวินิจฉัย และค้นหาปัญหาทางด้านโภชนาการของตน แล้วร่วมกันวางแผนส่งเสริมการดูแลทางด้านโภชนาการ (Nutrition intervention) ขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละบุคคล

โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

อาหารที่รับประทานตามปกติอาจจะเพียงพอที่จะให้คุณค่าทางโภชนาการแก่ผู้ติดเชื่อ HIV อยู่แล้ว แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีอาการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้ยาก เนื่องจากแผลในปากและคอ โดยเฉพาะเมื่อเริ่มต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาอาจส่งผลให้ กระบวนการเผาผลาญอาหารของร่างกาย โดยเฉพาะไขมันมีการเปลี่ยนแปลงอีกด้วย ผู้ป่วยควรจะต้องรับประทานให้มากขึ้น เพื่อให้ร่างกายพร้อมต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย และทดแทนน้ำหนักที่สูญเสียไปอาหารที่รับประทานควรจัดให้ครบหมู่และมีความสมดุล และเลือกรับประทานชนิดอาหารในแต่ละวันให้หลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มของอาหาร ได้แก่

อาหารกลุ่มแป้ง เช่น ข้าว ขนมปัง ธัญพืช เผือก เป็นต้น จะให้พลังงานแก่ร่างกาย รวมถึง เกลือแร่ วิตามินและกากใยอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้ในทุกมื้ออาหาร เนื่องจากผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์จะมีการนำเอาพลังงานมาใช้มากกว่าปกติ แม้ผู้ป่วยจะนอนนิ่งๆก็ตาม และป้องกันการนำโปรตีนในเนื้อเยื่อมาเผาผลาญเป็นพลังงานก่อน โดยทานวันละ 4-6 ส่วน (1 ส่วนประมาณเท่ากับข้าวหนึ่งถ้วย หรือขนมปัง 1 แผ่นหรือธัญพืช เช่น ซีเรียล 1 ชาม)

ผักและผลไม้ ให้วิตามิน เกลือแร่ และ กากใยอาหาร ควรรับประทานทุกวัน วันละ 5 ส่วน (1 ส่วน ประมาณเท่ากับผลไม้ 1 ผล หรือผักสดขามใหญ่ หรือผลไม้แห้ง 1 ถ้วย หรือน้ำผลไม้คั้นสด 1 แก้ว)

เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ให้ทั้งโปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน ทานวันละ 2-3 ส่วนทุกวัน (1 ส่วนประมาณเท่ากับไข่ 2 ฟองเล็ก หรือเนื้อหมู ไก่ 100 กรัม หรือ เนื้อปลา 150 กรัม)

ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมสด โยเกิร์ต เนยแข็ง ซึ่งเป็นแหล่งของวิตามิน เกลือแร่ และ แคลเซียม ควรทานวันละ 3 ส่วน (1 ส่วน ประมาณเท่ากับนม 1 แก้ว หรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย หรือเนยแข็ง 1 แผ่น)

ไขมัน จากน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร เนย เนยเทียม รวมถึงไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ ซึ่งจะให้พลังงาน กรดไขมันที่จำเป็น วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน A, D, E, K แคลเซียม และฟอสเฟต หากรับประทานอาหารพวกไขมันมากเกินไป อาจส่งผลให้เกิดภาวะโรคอ้วน และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ น้ำมันจากปลาซึ่งมีกรดไขมัน omega-3 สามารถช่วยลดระดับไขมันที่

เป็นอันตรายต่อร่างกายเช่น triglycerides และ LDL cholesterol และเพิ่ม HDL cholesterol ซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกายได้

เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารได้ยาก การเปลี่ยนรูปแบบอาหารจากมื้อใหญ่ๆ มาเป็นมื้อเล็กๆ แต่บ่อยๆ จะช่วยให้รับประทานได้ง่ายขึ้น ภาวะอาหารดูดซึมสารอาหารได้และควรรับประทานอาหารอ่อนๆ ที่คล่องคอ และร่างกายของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่แสดงอาการ จะมีความต้องการพลังงานจากอาหารมากขึ้นกว่าเดิมประมาณ 10% เพื่อคงน้ำหนักตัวให้คงที่และจะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 20-30% เมื่อเริ่มแสดงอาการหรือเป็นโรคเอดส์แล้ว ส่วนผู้ป่วยเด็กที่น้ำหนักตัวเริ่มลดจะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีกกว่า 50% เพื่อคงน้ำหนักตัวให้คงที่

แม้ว่าในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาเพียงพอที่จะยืนยันปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับ และไขมันที่ต้องการเป็นตัวเลขชัดเจน แต่เมื่อติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารกลุ่มโปรตีนมากขึ้น 50-100% ของปริมาณปกติ คือประมาณ 85 กรัมต่อวันสำหรับผู้ชาย หรือ 72 กรัมต่อวันสำหรับผู้หญิง เพื่อช่วยในการสร้างกล้ามเนื้อที่สูญเสียไป และควรมีอาหารกลุ่มที่ให้พลังงานเพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำหนักตัววิตามินและเกลือแร่จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันแต่ก็ควรจะได้มาจากการรับประทานอาหารให้เพียงพอ เพราะ การรับประทานวิตามินเสริมปริมาณสูง เช่น วิตามินเอ สังกะสีหรือเหล็ก อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้(พัชรนันท์ ศรีม่วง, 2555; Nutrient requirements for living with HIV/AIDS, 2003)

โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

อาหารเสริม ผู้ติดเชื้อ HIV จำนวนมาก หันมารับประทาน วิตามิน อาหารเสริม รวมถึงยาสมุนไพรมากขึ้น เพื่อหวังว่าจะช่วยให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายดีขึ้น ซึ่งเรื่องนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันมาก เพราะคงไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ง่ายนัก โดยเฉพาะเมื่อเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยอาจทานอาหารเสริมหลากหลายชนิด และเปลี่ยนแปลงชนิดบ่อยๆ ทำให้การติดตามผลเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางอย่างชี้ว่าอาหารเสริมบางชนิดมีผลต่อการรักษาเช่น สารสกัดจากกระเทียมซึ่งเชื่อว่าจะช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจมีผลทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยา Saquinavir ลดลง และอาจส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม Protease inhibitor ตัวอื่นๆ เช่นกัน อีกตัวอย่างหนึ่งคือ สมุนไพร St. John's wort ซึ่งใช้มากในต่างประเทศ พบว่ามีผลลดระดับยาในเลือดของ Indinavir ซึ่งเป็นยากลุ่ม Protease inhibitor เช่นกัน และอาจส่งผลต่อยากลุ่ม NNRTIs ด้วย

ในประเทศไทยเองก็มีผู้ป่วยบางกลุ่มสนใจใช้สมุนไพรหลายชนิด รักษาเสริมกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ทั้งนี้พึงระลึกเสมอว่าสมุนไพรก็มีสารซึ่งอาจจะมีผลเปลี่ยนแปลงการรักษาของยาได้เช่นกัน ทางที่ดีหากจะใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาก็ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลการรักษาทราบ เพื่อติดตามผลด้วย ผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำให้ดูแลการทานอาหารให้ครบถ้วน และอาจทาน

วิตามินรวมได้บ้างและแม้ว่าจะมีการแนะนำว่า วิตามินบีรวม วิตามินซี และวิตามินอี สามารถช่วยเสริมภูมิคุ้มกันได้ ป้องกันภาวะท้องเสียในเด็ก และเป็นประโยชน์สำหรับแม่ที่ติดเชื้อ HIV แต่ก็ไม่แนะนำให้รับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมในปริมาณสูงมากๆ (megadosage) เกินกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวัน ทั้งนี้วิตามินปริมาณสูงมากเกินไปอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายได้ เช่น

วิตามินเอ ปริมาณสูงเกินไปเช่นเกิน 9,000 ไมโครกรัมในผู้ชาย หรือ 7,500 ไมโครกรัม ในผู้หญิง จะส่งผลเสียต่อดับและกระดูก อาเจียน และ ปวดศีรษะ

วิตามินซี เกินกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน อาจทำให้เกิดโรคนิ่วในไต ท้องเสียและหลอดเลือดแข็งตัว พบว่าปริมาณยา Indinavir ในกระแสเลือดจะลดลงในผู้ป่วยที่รับประทานวิตามินซีปริมาณสูง ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาของยาลดลงได้

วิตามินอี หากรับประทานเกินกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบลำไส้ คลื่นไส้ อาเจียนได้ โดยเฉพาะเมื่อทานร่วมกับยา Amprenavir

สังกะสี (Zinc) หากรับประทานในปริมาณเกินกว่า 75 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลต่อการเกิดภาวะพร่องทองแดง (copper) neutropenia และ โลหิตจาง

ซีลีเนียม (Selenium) หากรับประทานเกินกว่า 750 ไมโครกรัมต่อวัน มีผลในการการกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย

วิตามินบี 6 หากรับประทานมากกว่า 2 กรัมต่อวัน อาจส่งผลทำลายเส้นประสาท และพบว่าหากรับประทานวิตามินบี 6 ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลทำให้เกิดภาวะปลายประสาทอักเสบได้

แคลเซียม หากรับประทานมากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเกินไป

เหล็กและโฟเลต (Iron, Folate) องค์การอนามัยโลก แนะนำให้แม่ติดเชื้อ HIV ที่ตั้งครรภ์ รับประทานธาตุเหล็กวันละ 60 มิลลิกรัมและโฟเลต วันละ 400 มิลลิกรัม ในช่วง 6 เดือนของการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง และให้รับประทานเพิ่มเป็นวันละสองครั้ง เพื่อรักษาภาวะโลหิตจางขั้นรุนแรง

ดังนั้นหากผู้ป่วยคิดจะรับประทานวิตามิน อาหารเสริมหรือสมุนไพรชนิดใดควบลูกกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลการรักษาทราบทุกครั้ง เพื่อจะได้ติดตามการรักษาได้อย่างใกล้ชิด

แอลกอฮอล์ การดื่มเหล้า และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายฟื้นจากการติดเชื้อได้ยากขึ้น อีกทั้งยังมีผลทำลายตับและก่อภาวะตับอักเสบด้วย ผู้ติดเชื้อ HIV เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่สำคัญมากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลง

และออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส เอดส์แอลกอฮอล์ส่งผลต่อการดูดซึมของยาต้านไวรัสเอดส์บางชนิด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทำให้ทานอาหารได้น้อยลง ในกรณี ที่ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์มากจนอาเจียนภายใน 1 ชั่วโมงหลังทานยา ก็ควรจะทานยาใหม่อีกครั้งเพื่อ รักษาระดับยาในเลือด ป้องกันการดื้อยา ผู้ป่วยควรเลิกบุหรี่ด้วยเนื่องจากทำให้เกิดอาการเมื่อทาน น้ำ ควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ช่วยในการทำงาน และป้องกันผลข้างเคียงของยาบางชนิดได้

อาหารอาจไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากการเป็นโรคเอดส์ แต่การเอาใจใส่ด้าน โภชนาการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยาวนานขึ้น(พิทชนันท์ ศรีม่วง,2555;Nutrient requirements for living with HIV/AIDS ,2003)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้ที่จำเป็นจะต้องมีการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่าง ต่อเนื่อง เนื่องจากมีปัจจัยจาก ภาวะแทรกซ้อนของโรค การได้รับยาต้านไวรัสมาเกี่ยวข้อง จะเห็น ได้ว่าการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากไขมันในเลือดสูงที่เกิดขึ้นนั้น มีความ ยุ่งยากกว่าการ ป้องกันการเกิด หรือ การยืดระยะเวลาการเกิดภาวะดังกล่าวให้นานที่สุด ดังนั้นการป้องกันภาวะ ไขมันสูงในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญ สำหรับผู้ป่วย โดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค มีการออกกำลังกาย และผ่อนคลาย ความเครียด

5. การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริหารร่างกายด้วยซิงกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การบริหารกายและจิตแบบซิงกเป็นการฝึกกลมปรานแบบจีน ซึ่งใช้หลักการเคลื่อนไหว ของร่างกาย กับความสงบนิ่ง โดยขณะปฏิบัติให้ยึดหลักการเคลื่อนไหวที่สมดุล และความ นุ่มนวลและหลักการยืดขยายออก การฝึกจะต้องประสานกาย จิต และการหายใจ ถือเป็นการดูแล สุขภาพแบบผสมผสาน ที่เน้นการเคลื่อนไหว การปฏิบัติสมาธิ และการกำกับลมหายใจเพื่อที่จะเพิ่ม การไหลเวียนของพลังแห่งชีวิต ช่วยในการไหลเวียนโลหิต และเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆใน ร่างกาย ใช้ได้ทั้งผู้มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย เป็นวิธีการเยียวยาตนเองวิธีหนึ่งที่ใช้กันมากที่สุด เป็น การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว ช่วยเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทโมโนเอมีน

5.1 ความหมายของซิงก ซึ่งหมายถึง พลังชีวิตซึ่งมีอยู่ในมนุษย์ ทุกคนในรูปแบบที่แตกต่าง กัน มนุษย์รับเอาซิงกจากภายนอก โดยการรับประทานอาหาร รับแสงแดดและการหายใจ กง หมายถึง การกระทำที่นำไปสู่พลังชีวิต ซิงกจึงหมายถึง การฝึกฝนเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิตขึ้นในร่างกาย (สุริพร ธนศิลป์, 2553)

5.2 ประโยชน์ที่ได้จากการฝึกซิงก

5.2.1 ขณะฝึกชี่กง จะค่อยๆ เกิดความรู้สึกเมื่อย ชา พอง ร้อน อาการต่างๆ เหล่านี้ เรียกว่า “เตอะชี่กััน” แปลว่าเป็นอาการของความรู้สึกได้รับ ชี่ และถ้าหากเกิดความรู้สึก ใต้ผิวหนัง เหมือนมีหนอนใต้ มดเดิน กล้ามเนื้อบางส่วนมีอาการสั่น เป็นอาการที่เรียกว่า ลิงชี่ แปลว่าอาการของ ชี่ เดิน ทั้งหมดนี้เป็นปรากฏการณ์ที่ดี ความรู้สึกดังกล่าวจะได้มาจากการอดทนฝึกฝน ไม่สามารถรีบร้อนฝืนแสวงหาแรงให้ได้มาเร็วๆ

5.2.2 ขณะฝึกชี่กง หากรู้สึกฝ่ามือมีความร้อน ร่างกายร้อน เหงื่อออก เป็นปรากฏการณ์ที่ดี เมื่อยุติการฝึกแล้วควรใช้ผ้าแห้งเช็ดให้แห้ง ไม่ควรอาบน้ำเย็นทันที และหากรู้สึกหนาวหรือประเดี๋ยวหนาวประเดี๋ยวร้อน ควรปฏิบัติทำยุติการฝึกและหยุดฝึกทันที

5.2.3 ผู้ฝึกชี่กงใหม่อาจมีอาการเรอ สะอึก หรือผายลมบ่อย เป็นอาการปรับตัวของสมรรถนะของลำไส้ ภาวะเพาะ เป็นปรากฏการณ์ ที่ดีจากผลการฝึก ไม่ต้องวิตก ผ่านไปสักระยะเวลาหนึ่งก็จะหาย กลับคืนสู่สภาพปกติ

5.2.4 สมองจะรู้สึกปลอดโปร่ง จิตใจสบาย สมาธิและความจำดี

5.2.5 คลายเครียด อารมณ์จะดีขึ้น ไม่โมโหง่าย โกรธง่าย

5.2.6 ใบหน้าจะมีเลือดฝาด ดูอ่อนกว่าวัย

5.2.7 แก้ปัญหาอนไม่หลับในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ความดันจะลดลง

5.2.8 ทำให้ปอดแข็งแรง การบีบตัวของลำไส้ภาวะเพาะแข็งแรงขึ้น

5.2.9 ป้องกันการปวดคอ ปวดปลั่ง ปวดเข่า และปวดตามข้อ

5.2.10 แก้ปัญหาท้องผูก ระบบขับถ่ายจะดีขึ้น

5.2.11 พลังกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น ร่างกายแข็งแรง

5.2.12 ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายเพิ่มขึ้น

5.2.13 ผู้ป่วยหรือผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรง ร่างกายจะรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสบายขึ้น

5.2.14 คนอ้วนผ่านการฝึกฝนเป็นประจำจะค่อยๆ ลดความอ้วน

5.2.15 ร่างกายจะแข็งแรง แคล้วคล่องว่องไว กระฉับกระเฉง

5.3 ผลข้างเคียง การฝึกอาจมีปฏิกิริยาตอบโต้ของร่างกาย บางคนอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้น ท้องเสีย ซึ่งถือว่าเป็นอาการปกติ กระบวนการนี้เรียกว่า เป็นกระบวนการของการขับพิษอย่างหนึ่ง ดังนั้นคนที่เป็นภูมิแพ้ในช่วง 2 สัปดาห์แรกที่ฝึกจะมีเหงื่อออกที่มือมาก และพอนานไปเหงื่อจะเริ่มแห้งเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหุแหว่ ประสาทหลอน หรือสับสน ไม่ควรฝึกเนื่องจากอาจเกิดอันตรายจากการฝึกได้

ในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ระยะคือ

(1) ระยะการเตรียมตัว โดยจิตใจมีความสบายสงบพอสมควร ไม่อยู่ในอารมณ์โกรธหรือเครียดมากๆ และร่างกายมิได้อ่อนเพลียมาก หรือมีไข้สูง สถานที่ฝึกมีความเหมาะสม มีอากาศปลอดโปร่ง มีแสงแดดส่องถึง ทั้งนี้ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฝึกได้แก่ เวลาเช้า และเย็น ระหว่างฝึกควรถอดรองเท้าแล้วยืนบนพื้นดิน หญ้าหรือไม้ ไม่ควรยืนบนพื้นซีเมนต์ หรือหินอ่อน (แต่หากจำเป็นก็ควรใส่รองเท้าหรือผ้าปูเพื่อรองรับเท้าทั้งสองข้าง) ฝึกก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ควรฝึกตอนเช้าจะดีที่สุด

(2) ระยะกระตุ้นจุด 6 จุด ให้วางเท้าด้วยความกว้างที่เสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรงกระตุ้นจุด 6 จุด ได้แก่ จุดก้นกบ จุดสะดือ จุดทรวงอก จุดคอหอย จุดหว่างคิ้ว และจุดกระหม่อม โดยกระตุ้นอย่างน้อยท่าละ 5 ครั้ง บริหารข้อศอกต่างๆ เช่น ไหล่ ศอก ข้อมือ สะโพก ข้อเข่า และข้อเท้า และฝึกการหายใจที่ถูกต้อง โดยการหายใจที่ถูกต้องคือการหายใจเข้า ท้องพอง หายใจออก ท้องแฟบ อย่างช้าๆ ลึกๆ เมื่อหายใจเข้าสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้นค่อยๆ ผ่อนลมหายใจ ออกทางปาก ด้วยการห่อปากเข้าหากัน ใช้เวลา ประมาณ 5-10 นาที

(3) ระยะบริหารท่าซิงก์ ประกอบด้วย 4 ท่า คือ

ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ผ่อนคลายจิตใจ วางเท้าแยกกันให้ความกว้างเสมอไหล่ ปรับเท้าชี้ตรงไปข้างหน้า วางมือทั้ง 2 ไว้ข้างลำตัว หายใจฝ่ามือแล้วกวาดมือยกขึ้นผ่านทรวงอก พร้อมหายใจเข้าช้าๆ เมื่อมือมาถึงระดับคาง คว่ำฝ่ามือ ลมมือลงจนถึงระดับเอวจึงย่อเข่า พร้อมหายใจออกช้า ๆ โดยวางจิตไว้ที่ฝ่ามือ ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง กรณีผู้ฝึกมีปัญหาปวดเข่า ไม่จำเป็นต้องย่อเข่า

ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวงอก จากท่าที่ 1 ซึ่งยังย่อเข่าอยู่ เคลื่อนมือทั้งสองข้างที่คว่ำอยู่มาด้านหน้าของขา จากนั้นค่อย ๆ ยกฝ่ามือที่คว่ำอยู่ขึ้นมาด้านหน้าจนถึงระดับอก แล้วจึงแยกฝ่ามือขยายออกไปด้านข้าง จนสุดแขน หายใจเข้าช้า ๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุด แล้วค่อย ๆ ดึงฝ่ามือทั้งสองเข้าหากัน จนถึงหน้าอก จากนั้นกดฝ่ามือลงมาถึงหน้าขาพร้อมย่อเข่า จังหวะนี้หายใจออกช้า ๆ ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ท่าอินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 กางแขนออกทางด้านข้างเหยียดแขนตรง กางแขนขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า กวาดแขนพร้อมลดแขนลงมาข้าง ๆ หายใจออกจินตนาการเหมือนการดึงพลังจากฟ้า ทำนี้จะคล้ายท่านกบิน ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง

โดยระหว่างฝึกเน้นถึงความแรง ระยะเวลา ความถี่ในการออกกำลังกาย ซึ่งในสัปดาห์ที่ 1 เริ่มที่ความแรง 50% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยคำนวณชีพจรเป้าหมายจาก อัตราการ

เต้นสูงสุดของหัวใจ (220 – อายุ) x 50 % ระยะเวลา 20 นาที แล้วค่อยเพิ่มความเร่งในสัปดาห์ที่ 2 เป็น 60 % ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลา 25 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป ใช้ ความเร่ง 70 % ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลา 30 นาที โดยออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

(4) ระยะผ่อนคลาย โดย หลังจากฝึกเรียบร้อยแล้ว แล้วทำการปั่นพลัง โดยยกมือทั้งสองข้างมา ประคบไว้ใกล้กับระดับหน้าอก จากนั้นดึงฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากันและผลัดออกจากกัน ซ้ำๆ โดย ฝ่ามือทั้งสองไม่แตะกัน จากนั้นหมุนมือทั้งสองข้างเพื่อปั่นพลัง จะรู้สึกวูบวาบหรือร้อน หากมีพลัง ซึ่มาก จะรู้สึกถึงแรงผลักดันระหว่างฝ่ามือ ทั้งสอง จากนั้นทำการเก็บพลัง โดยนำพลังชี้ ไปเก็บที่จุด ดันเถียน (บริเวณหน้าท้องน้อย ต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว) ผู้ชายให้วางฝ่ามือขวาทับบนฝ่ามือซ้าย ผู้หญิง ให้วางฝ่ามือซ้ายทับบนฝ่ามือขวา สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆพร้อมกับคลายจิต ผู้ป่วยต้อง สามารถประเมิน ชีพจรและระดับความเหนื่อย ทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง (สุริพร ธนศิลป์, 2553)

6. แนวคิดการจัดการตนเอง

6.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองหมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคล ควบคุมตนเองในการปฏิบัติ กิจกรรมดูแลสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือ ภายใต้ความร่วมมือ และความสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Tobin et al., 1986)

การจัดการตนเองเป็นกิจกรรม ทั้งหมด ที่ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติเพื่อส่งเสริม สุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง ของโรคเพิ่มมากขึ้น รวมถึงป้องกันผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Therme และ Paterson, 2001)

Barlow และคณะ (2002) ได้ให้คำนิยามของการจัดการตนเองว่าเป็นความสามารถของ บุคคลที่จะจัดการกับอาการของโรค ทั้งทางกาย และทางจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ให้สามารถ มีชีวิตอยู่ภายใต้โรคเรื้อรัง การจัดการตนเองจะเกิดประสิทธิภาพได้ ต้องอาศัย ความสามารถ ในการกำกับสถานการณ์ต่างๆ มีการตอบสนองด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และ อารมณ์ ที่ต้องการเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Bodenheimer และคณะ (2002) ให้แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง คือการให้ผู้ป่วยมี ความรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้ เมื่อผู้ป่วยนั้นสามารถแก้ปัญหา ของตนเอง ได้ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Mc Gowan (2007) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการ ให้ความรู้หรือรูปแบบกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ เฉพาะบุคคล เป็นการเตรียมบุคคลให้จัดการตนเอง ด้านสุขภาพทุกวัน การปฏิบัติพฤติกรรม ฝึกทักษะและลดกิจกรรมทางร่างกาย อารมณ์ ที่จะกระทบต่อความเจ็บป่วย โดยอาจร่วมกับทีมบุคลากร ทีมสุขภาพหรือไม่ก็ได้

สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการที่จัดกระทำเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม การดูแลสุขภาพ โดยเน้นการตั้งเป้าหมาย การฝึกทักษะการจัดการตนเอง การกำกับตนเอง ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สุขภาพหรือบุคคลในครอบครัว

6.2 กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของบุคคล ที่มีพื้นฐาน มาจากทฤษฎี การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของเบนดูรา (Bandura,1986) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายใน โดยไม่จำเป็นต้องแสดงออก Bandura ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย 3 ประการคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนด ซึ่งกันและกัน หมายความว่า หากปัจจัยหนึ่งปัจจัยใด เปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีผลทำให้ปัจจัยอื่นๆ เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย แต่การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้ง 3 ไม่ได้มีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกัน อย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยหนึ่ง และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน นอกจากนี้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา ซึ่ง Thoresen และ Kirmil-Gray (1983 อ้างใน จิตติมา จรุงสิทธิ์,2545) เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ใช้ในการกำหนดพฤติกรรม ของบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ในกระบวนการของโรค และมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยทางสภาพแวดล้อม จึงเสนอ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไว้ 4 ประการดังนี้

6.2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognition) ส่วนประกอบนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะการจัดการตนเอง และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเอง สามารถวางแผนริเริ่ม ใ้รางวัล ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยา และควบคุมสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

6.2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior) เป็นส่วนประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการจัดการตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถ ของตนเอง และส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา

6.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ (Social and physical environment) ทำให้เกิดการจัดการตนเอง ตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการ ด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม สามารถบอกถึง ลำดับการตอบสนองอย่างถูกต้อง บอกถึง กระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับ การตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการกำหนดหน้าที่ด้าน สรีรวิทยาโดยตรง

6.2.4 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiology) การรักษาโรคเรื้อรังจำเป็นต้องนึกถึงปัจจัย ด้านสรีรวิทยา ทั้งในส่วนของการกระบวนการของโรคเอง และในส่วนของคุณลักษณะ ซึ่งทำให้ กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้นและความรุนแรงที่เกิดจากกระบวนการของโรคเอง ซึ่ง กระบวนการทางสรีรวิทยาสามารถประสาน การรับรู้ทำให้มีการตอบสนองอย่างต่อเนื่องต่อการ จัดการและ ต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากปัจจัยดังกล่าว ข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้ง 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กันเพื่อที่จะช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถ จัดการกับตนเองได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วยให้ ครอบคลุมทุกด้าน

6.3 ทักษะการจัดการตนเอง

6.3.1 ทักษะการจัดการตนเอง (Tobin et al, 1986) ประกอบด้วย

6.3.1.1 การประเมินตนเอง (Self-monitoring) เป็นการสังเกต และบันทึก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กระบวนการ

(1) กระบวนการด้านสรีรวิทยา เช่นอาการทางกายหรือ อาการจากโรคที่ เจ็บป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย กล้ามเนื้อแขน ขาลีบ น้ำหนักลด เป็นต้น

(2) การกระตุ้น จากสิ่งแวดล้อม และสังคมที่เป็นตัวเร่งให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา เช่นภาวะเครียดจากปัจจัยด้านจิตสังคม

(3) กระบวนการรับรู้ เพื่อกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบ การดูแลตนเอง

(4) พฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการ การสังเกต และ บันทึก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ วิเคราะห์ แยะแยะ หาสาเหตุและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ได้ อย่างเหมาะสม

6.3.1.2 การเตือนตนเอง (Self-instruction) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำพฤติกรรม ที่จะลดปัจจัยเสี่ยงหรือบรรเทา อาการต่างๆให้ทุเลาลง

6.3.1.3 การปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ของตนเอง การควบคุมตัวกระตุ้น หรือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น

6.3.1.4 การเปลี่ยนปัจจัยด้านการตอบสนอง ของตนเอง ทั้งวิธีการ เสริมแรง และการลงโทษ การให้รางวัล การยืดหยุ่น เป็นต้น

6.3.1.5 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการต่างๆ

6.3.1.6 การตัดสินใจกระทำ (Desition making) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการ จัดกิจกรรม การจัดการตนเอง (Self-management intervention) ที่หลากหลาย ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

6.3.2 ทักษะการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ คานเฟอร์ (Kanfer, 1975 อ้างใน จิต ตีมา จรุงสุทธิ, 2545)

6.3.2.1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือการที่ผู้ป่วยสังเกตและ บันทึก ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็น ต่อการใช้กระบวนการเหล่านี้ บางกระบวนการหรือทุก กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพฤติกรรม กระบวนการสังคมและสิ่งแวดล้อม กระบวนการรู้คิด และกระบวนการทางร่างกาย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการดูแลตนเอง

6.3.2.2 การกำกับตนเอง (Self-instruction) คือข้อมูลที่ผู้ป่วยให้กับตนเอง เพื่อกำกับ เพิ่ม คงไว้ หรือลด การตอบสนองที่เหมาะสม

6.3.2.3 การกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Self-induced stimulation change) เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อการเจ็บป่วย

6.3.2.4 การกระทำที่ตอบสนองความต้องการของการเปลี่ยนแปลง (Self-induced response change) คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นการเสริมแรง หรือการลงโทษ ซึ่ง เป็นการตอบสนองที่มีผลต่อสุขภาพ การผ่อนคลายเป็นตัวอย่างของทักษะ ที่ให้ความหมายของการ ควบคุมร่างกายที่เป็นการจัดการกับอาการ

6.3.2.5 การตัดสินใจ (Decision making) คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหา ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งการตัดสินใจ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ ของการจัดการตนเอง

6.3.3 ทักษะการจัดการตนเอง ของ เคียร์ (Creer, 2000 อ้างใน จิตตีมา จรุงสุทธิ ,2545)

6.3.3.1 การเลือกเป้าหมาย (goal selecting) บุคคลต้องได้รับความรู้ เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นการให้ข้อมูล การสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถ จัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การ ตั้งเป้าหมายเป็นกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ หลังจากการ ตั้งเป้าหมายมีการอภิปราย การต่อรอง และสุดท้ายการพิจารณาตัดสินใจ

6.3.3.2 การรวบรวมข้อมูล (information collection) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง และการบันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การติดตามตนเอง

เป็นพื้นฐาน และมีความสำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย และเพื่อให้จัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จ

6.3.3.3 การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แล้วสามารถตัดสินใจได้

6.3.3.4 การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยจัดเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำ ประเมินผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

6.3.3.5 การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อจัดการกับภาวะเรื้อรังทันที

6.3.3.6 การสะท้อนกลับ (self-reaction) คือการที่บุคคลประเมินความสามารถของตนเอง

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบ พลวัตร์ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรัง ต้องการ กระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับในความสามารถ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เป็นผู้ให้ความรู้และ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิด การจัดการตนเอง การให้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็น แต่ต้องสามารถผสมผสานเข้าสู่ทางเลือก ของวิถีชีวิตได้ (Connelly, 1987; Boore, 1995 อ้างใน จิตติมา จรูญสิทธิ์, 2545) และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความรุนแรงของอาการลดลง (Tobin, 1986) ในการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

7. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก พัฒนาการกระบวนการจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al (1986) และเนื้อหาเกี่ยวกับบริโภคอาหารจาก พัทธนันท์ ศรีม่วง (2555), Nutrient requirements for living with HIV/AIDS (2003) ร่วมกับเนื้อหาการบริหารซึ่กของ สุริพร ธนศิลป์(2553) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา การรับรู้ปัญหาที่ได้จากการประเมินสามารถนำมากำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียด

(2) ขั้นตอนการวางแผนการดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูล มาวิเคราะห์ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหาและให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง จากข้อมูลที่รวบรวมได้ มีการวางแผนร่วมกันเพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

(3) ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม ใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงระยะยาวของยาต้านไวรัสเอชไอวี การจัดการตนเองที่เน้นเรื่องอาหารและชั่ง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

(4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและชั่ง ในสมุดคู่มือประจำตัว การประเมินตนเอง จากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการเสริมแรงตนเอง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารชั่งเป็นระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์และผู้เข้าร่วมวิจัยพบผู้วิจัยทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

(5) ขั้นตอนการประเมินผล โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก เพื่อเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเสริมแรง ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง หรือเมื่อมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การเตือนตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ

8.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด

Femida et al (2004) ได้ศึกษา การติดตามภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมัน กลุ่ม statins และ fibrates ในการจัดการกับภาวะdyslipidemias ในคลินิกข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังของผู้ป่วย 103 รายโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาไขมันของ NCEP III ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาลดไขมันมีไขมันรวมทั้งหมดลดลง 16% , คอเลสเตอรอลลดลง 20%, ไตรกลีเซอไรด์ลดลง 18% ส่วน ไขมันชนิดเอชดีแอลไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนผลการประเมินของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสที่ใช้ยาลดไขมันร่วมด้วย ของยาลดไขมันกลุ่ม fibrates มีผลของค่าเฉลี่ยรวมของคอเลสเตอรอลเป็น -9(-7)% ,กลุ่ม statins มีผลของค่าเฉลี่ย

รวมของคลอเลสเทอรอลเป็น -11(-11)% ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทั้งยากลุ่ม fibrates และ statins เป็น -23(-22)% ส่วนผลของไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มที่ใช้ยาลดไขมันกลุ่ม fibrates เป็น -11(-40)%, กลุ่ม statins มีผลของค่าเฉลี่ยการลดลงของไตรกลีเซอไรด์ -1(-21)% ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทั้งยากลุ่ม fibrates และ statins มีผลของการลดลงของไขมันเป็น -32(-42)% จากผลการวิจัยพบว่าการลดระดับของไขมันโดยรวมน้อยกว่า 1 ใน 5 ของเป้าหมายที่ NCEP III กำหนดไว้ และพบว่ายาลดไขมันมีผลต่อการลดระดับความแรงของยา Protease inhibitors และ ritonavir ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการลดคลอเลสเทอรอลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Health และคณะ(2001) ศึกษาความผิดปกติในการกระจายตัวของไขมันที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างร่างกาย คลอเลสเทอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 1035 คนพบความผิดปกติในการกระจายตัวของไขมันถึง 50% จากรายงานพบว่า มีความผิดปกติของไขมันฝ่อ 33 % ลักษณะแบบไขมันเกิน 16 % มีระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น 12 % ผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาต้านไวรัส กลุ่ม PIs และ NRTIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นนท์ธิดา หอมขำ และคณะ(2554) ได้ศึกษาทางด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง HAART ที่ส่งผลให้การติดเชื้อ HIV กลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังภายใต้ภาวะของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดระบบเผาผลาญและระดับไขมันที่ผิดปกติ ปัจจุบันดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 2,049 คน ที่เข้าร่วมโครงการ PHPT Adults Prospective Cohort (www.clinicaltrials.gov NTC00433030) โดยติดตามผู้ป่วยทุกๆ 3 เดือนเพื่อจ่ายยาและดูแลจัดการเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความทนทานต่อยาให้กับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน มีการเก็บตัวอย่างเลือด เช่น ไตรกลีเซอไรด์, คลอเลสเทอรอล เมื่อเข้าร่วมโครงการ ทุกๆ 6 เดือน มีผลตรวจไตรกลีเซอไรด์ และ คลอเลสเทอรอลที่กำหนดเวลา อดอาหารก่อนตรวจ โดยอาศัยเกณฑ์ของ ATP III ในการจัดแบ่งระดับไขมันโดยค่าไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูง และคลอเลสเทอรอลรวมตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูง ซึ่งสรุปได้ว่า พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสัดส่วน ของผู้ป่วยที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงและคลอเลสเทอรอลสูง หลังจากรับยาผ่านไป 2 ปี โดยช่วง 6 เดือนแรกของการรับยาต้านไวรัสพบว่า ระดับคลอเลสเทอรอลสูงขึ้นเทียบเท่ากับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ระดับไตรกลีเซอไรด์คงที่

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

จิตติมา จรุงสุทธิ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนายนาม จำนวน 40 คน

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง กลุ่มละ 20 คนผลการศึกษาภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับ โปรแกรม มีจำนวนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

เพียงธรรม ทวีสอน และคณะ(2554)ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคการ สื่อสารด้วยโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ และประสิทธิผลการรักษา ของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ทำการศึกษาวิจัย กึ่งทดลอง (Quaexperimental design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกเข้าทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยมี adherence น้อยกว่า 95% ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบบันทึกข้อมูล และการทบทวนเวชระเบียน ระหว่างมีนาคม 2552 - เมษายน 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองใช้เทคนิคการสื่อสาร ด้วยโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่าง มี adherence < 95% ร้อยละ 100 adherence เฉลี่ย มีค่า 88.3% ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5% ระดับ Viral load > 1,000 copies/ml ร้อยละ 41.1 ระดับ CD4 > 200 cell/mm³ ร้อยละ 100 CD4 เฉลี่ยมีค่า 733.3 cell/mm³ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 425.0 cell/mm³ น้ำหนักเฉลี่ย 29.4 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.6 กิโลกรัม และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ อฉวยโอกาส ร้อยละ 100 ภายหลังการทดลองใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยโทรศัพท์ ระยะเวลา 12 เดือน โดยทีมรักษาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี adherence > 95% ร้อยละ 88.2 adherence เฉลี่ย มีค่า 97.1% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8% ระดับ Viral load < 40 copies/ ml ร้อยละ 94.1 จำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้น มากกว่า 100 cell/mm³ ร้อยละ 52.9 CD4 เฉลี่ยมี ค่า 873.6 cell/mm³ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 425.0 cell/mm³ น้ำหนักเฉลี่ย 31.3 กิโลกรัม ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7 กิโลกรัม มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่า 1.5 กิโลกรัม ร้อยละ 88.2 อัตรา น้ำหนักเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 1.9 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8 กิโลกรัม ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค ติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 100

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาหารและชিং

สุรีพร ธนศิลป์ และ อุมพร รูปเล็ก (2552) ได้ศึกษาว่า ชিংเป็นการดูแลแบบผสมผสาน วิธีหนึ่งจัดอยู่ในประเภทพลังบำบัด เพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกาย (Hu,1991;Ryu,1995) สมอมีสภาพอ่อน คลาย ช่วยในด้านการย่อยอาหารและการดูดซึม(Yongsheng,et al.,1998) สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุรีพร ธนศิลป์ (2552) พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการแบบผสมผสานที่เน้นโยคะและชিং สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

ดวงใจ แซ่หยี่ และ สุรีพร ธนศิลป์ (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายต่อน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al (1986) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการประเมินปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา 2) ขั้นตอนวางแผนการดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 3) ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง และ 5) ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายมีน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขนหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายมีน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ชวา เรียนรมย์ (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต แนวซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองนอกจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วยังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ ของเทอดศักดิ์ เดชคง 2545 และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความเหนื่อยล้า วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรม การจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.12, p < .05$) 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรม การจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.48, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และจากการรับประทานยาต้านไวรัส โดยการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ง ประกอบด้วย

1) **ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา** โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) โดยนำปัญหาที่ได้จากการประเมินร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ป่วยมากำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากประวัติการรักษา ประเมินระดับไขมันในเลือด พร้อมทั้งพฤติกรรมรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย ของผู้ป่วย

2) **ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน** โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่ประเมินให้ได้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหาและให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแล และผู้ป่วยเพื่อกำหนดกิจกรรมการเข้าร่วม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่ง เพื่อให้เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

3) **ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา** การปรับพฤติกรรม ใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้นประกอบด้วย เจาะเลือดผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้ความรู้ พร้อมกับการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึก อาหารที่รับประทานในแต่ละและการบริหารซึ่ง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและสอนการบริหารซึ่งสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ให้คู่มือในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อลดไขมัน คู่มือการบริหารซึ่ง แบบบันทึกการรับประทานอาหารเช้าใน 1 วัน และแบบบันทึกการทำซึ่งใน 1 วัน ให้ผู้ป่วย โทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยใน สัปดาห์ที่ 4 และ 8 พุดคุยให้กำลังใจและหาแนวทางในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา นัดผู้ป่วยมาในสัปดาห์ที่ 10 พร้อมจะประเมินไขมันในเลือดและให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกหลังได้รับผลระดับไขมันในเลือด พร้อมให้ผู้ปยุ่นำสมุดบันทึกการรับประทานอาหารเช้าและการบริหารซึ่งมาด้วย

4) **ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง** เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื่อฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยการบันทึกรับประทานอาหารเช้า และซึ่งในสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยให้ไว้ และประเมินจากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ ผู้วิจัยให้กำลังใจในการเสริมแรงตนเอง เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

5) **ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก** โดยใช้หลักการ สนับสนุนทางสังคม โดย ผู้วิจัยให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยโทรติดตามทางโทรศัพท์ และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง และนัดผู้ป่วยประเมินผลเมื่อครบ 10 สัปดาห์พร้อมให้ผู้ปยุ่นำสมุดบันทึกการรับประทานอาหารเช้าและการบริหารซึ่งมาด้วย

ระดับ
ไขมัน
ในเลือด
-Chol
-TG

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งก่ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O₁_____O₂

กลุ่มทดลอง O₃_____X_____O₄

X หมายถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งก่

O₁ หมายถึง การประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O₂ หมายถึง การประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 10

O₃ หมายถึง การประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O₄ หมายถึง การประเมินระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 103

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-40 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2556 แพทย์ยินยอมให้ออกกำลังกายได้ ที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

1. ได้รับความต้านไวรัส ชนิดรับประทานสูตร GPO-S ประกอบด้วยตัวยา AZT+3TC+NVP มาแล้ว 1 เดือนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการออกกำลังกายตามความเห็นของแพทย์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกการวิจัย เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น ซึ่พจรเต้นเร็วหรือช้ามาก มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และส่งต่อไปกับแพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ถูกคัดออก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ควบคุมตัวแปรโดยการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือนเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อระดับไขมันในเลือด ดังรายละเอียดตามตารางที่ 7 ในภาคผนวก ง หน้า 102

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการ ARV ของคลินิกให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ และส่งต่อมายังคลินิกหลังให้คำปรึกษาเพื่อเข้าโครงการรับยาต้านไวรัสซึ่งผู้ป่วยที่เข้าโครงการเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพทุกราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย ค้นหารายชื่อผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือน หากพบรายชื่อผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุของระดับไขมันในเลือดสูง เช่น เบาหวานความดัน ให้คัดออก พบผู้ป่วยภายในวันเวลาเปิด คลินิกคือวัน จันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ เวลา 7.30-13.00 น. ของทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในการขอพบผู้ป่วยหลังพบแพทย์ เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจัด

กลุ่มผู้ป่วยให้มีอายุใกล้เคียงกันกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ออกเป็นสองกลุ่ม จับกลุ่มทีละคู่ ใช้เกณฑ์การคัดเข้าคัดออก จากนั้นเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มผู้วิจัยอธิบายจุดประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขั้นตอน ระยะเวลา และจำนวนครั้งที่ต้องเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว ในการมาตามนัดครั้งต่อไป

ผู้วิจัยอธิบายผู้ป่วยว่าในการทำวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับความลับและเอกสารทุกอย่างที่ผู้วิจัยให้เช่นนั้นผู้วิจัยมอบให้ผู้ป่วยเก็บไว้ 1 ชุดเพื่อเป็นหลักฐาน และหากผู้ป่วยเกิดความผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ทันที และหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการออกจากการวิจัยสามารถแจ้งผู้วิจัยได้โดยไม่มีผลกับการรักษาที่คลินิกแต่อย่างใด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีเหตุการณ์ความผิดปกติเกิดขึ้น และไม่มีผู้ประสงค์ออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยจาก โปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกาย ของดวงใจ แซ่หยี (2552) และ สุรีพร ชนศิลป์ (2552) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส แบบแผนการออกกำลังกาย และระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส แบบบันทึกข้อมูลทางสรีระวิทยา ประกอบด้วยเรื่อง น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

1.2 แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองซึ่งผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องของ ดวงใจ แซ่หยี (2552) และสุรีพร ชนศิลป์ (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกาย โดยมีส่วนประกอบดังนี้

1.2.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหาร ชีง

1.2.2 แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารชีง

1.3 เครื่องมือวัดระดับไขมันในเลือด โดยใช้เครื่องมือการตรวจทางวิทยาศาสตร์ “Kone Lab 60” ที่ได้รับรองคุณภาพผ่านการสอบเทียบจากหน่วยเครื่องมือแพทย์ ตามเกณฑ์คุณภาพของวิศวกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยผู้ป่วยต้องเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดเพื่อหาไขมัน ดังนี้

1) งดอาหารก่อนตรวจเลือดไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง

2) ให้เจาะทำนั้ เพราะการเจาะทำนอนจะต่ำกว่าทำนั้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับพลาสมา

การรายงานผล รายงานโดยยึดเกณฑ์ของ ATP III ในการจัดแบ่งระดับไขมันโดยค่าไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 mg/dl ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ และคลอเลสเตอรอลรวมทั้งตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ และบันทึกค่าที่ได้ ในตารางบันทึกระดับไขมันในเลือดก่อนและหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการบริหารซึ่ก ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พัฒนาจากเนื้อหาอาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัดของพัทธนันท์ ศรีม่วง (2555) และเนื้อหาจาก WHO เรื่อง Nutrient requirements for living with HIV/AIDS, (2003) ใช้คู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่ก แผ่นวีดิทัศน์การสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่ก ของสุริพร ธนศิลป์ (2553) เป็นรูปแบบที่ยึดแนวความคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al (1986) ซึ่งผู้วิจัยได้นำกระบวนการดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ร่วมกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ตามกระบวนการดังต่อไปนี้

2.1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวความคิดการจัดการตนเอง ของ Tobin et al., (1986) เพื่อส่งเสริมและให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่ก

2.1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่ก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ที่ว่า การรับรู้ปัญหาที่ได้จากการประเมิน สามารถนำมากำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับไขมันในเลือด และพฤติกรรมจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร ให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว จนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง มีความสามารถ ที่จะปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรือ อาหารเสริม ต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายโดยการบริหารซึ่กตามแผนการสอน เรื่อง 1) โรคเอชไอวี/เอดส์ สาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัว และภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัส 2) การบริหารร่างกายแบบซึ่ก เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และลดความเครียด โดยมีรายละเอียดคือ ประโยชน์ของการบริหารร่างกายด้วยซึ่ก ข้อปฏิบัติก่อนบริหารซึ่ก และข้อห้ามของการบริหารซึ่ก ข้อบ่งชี้ในการหยุดบริหารซึ่ก วิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ ขณะบริหาร

ร่างกายด้วยซึ่ง ผู้ป่วยต้องสามารถประเมิน ระดับความเหนื่อย ทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง

2) ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูล ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหาและให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง รวบรวมข้อมูลที่ได้ และนำมาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้วิจัยและทีมสุขภาพสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโดยไปตรงเวลานัดหมาย โทรศัพท์สอบถามถึงผู้ป่วยที่ยังมาไม่ถึง และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมขั้นตอนการประเมินตนเอง และตั้งเป้าหมายในการเข้าร่วมวิจัยโดยเขียนเป้าหมายลงในสมุดบันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วัน และสมุดบันทึกการบริหารซึ่งง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และบอกผลของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสมุดบันทึกว่าผู้ป่วยสามารถ บันทึกการรับประทานอาหารและบริหารซึ่งงเพื่อลดไขมัน และในผู้ป่วยที่สามารถลดไขมันได้ผู้ป่วยกล่าวว่ารู้สึกพอใจเป็นอย่างมาก

3) ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาการปรับพฤติกรรม โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้นประกอบด้วย การประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาวะและการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ผู้วิจัยให้คำแนะนำจากคู่มืออาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวันให้คำแนะนำจากคู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่งง และสอนผู้ป่วยในการทำซึ่งง ด้วยแผ่นวีดิทัศน์การสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่งงของ สุริพร ธนศิลป์ (2553) และให้ผู้ป่วยร่วมวิจัยฝึกการบริหารร่างกายด้วยซึ่งงไปพร้อมๆกัน โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ผู้ป่วยทำซึ่งงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที และลงบันทึกการทำซึ่งงในสมุดบันทึกการทำซึ่งงใน 1 วัน และบันทึกอาหารที่รับประทานในสมุดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ใน 1 วัน

4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดโดยการบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และซึ่งง ในสมุดคู่มือประจำตัว การประเมินตนเองของผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยจากการลงบันทึกในการตั้งเป้าหมายว่า จะลงบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อลดไขมัน และจะบริหาร

ร่างกายด้วยซึ้งงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยให้กำลังใจในการเสริมแรง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

5) ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึกโดยใช้หลักการ สนับสนุนทางสังคม โดย การประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และให้แบบบันทึกการทำกิจกรรม ทั้งสองแบบบันทึกคือ แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และ แบบบันทึกการทำซึ้งง ในหนึ่งวัน ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยมาทำกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ต่อมา และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ ที่ 8 โดยโทรติดตามทางโทรศัพท์ ให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง นัดผู้ป่วยมา เพื่อเจาะเลือดและประเมินผลในสัปดาห์ที่ 10 แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับผลเจาะเลือด และ ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และประเมินตนเอง หลังจากทราบผลเลือด หลังจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกันทำซึ้งง และผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่อง การบริหารซึ้งงแบบไร้ท่า โดยแนะนำซึ้งงแบบไร้ท่าให้ผู้ป่วยว่า การทำซึ้งงแบบไร้ท่าเป็นการนำซึ้งงทั้งสี่ท่ามาประยุกต์โดยการสลับเปลี่ยนท่าไปมา เช่น จากการทำซึ้งงท่าแรก คือท่าปรับลมปราณแล้วเปลี่ยนไปเป็นท่าที่ 3 คือท่าอินทรีทะยานฟ้า แล้วสลับสับเปลี่ยนท่าไปมาในท่าที่ 1 ถึงท่าที่ 4 ซึ่งจะเพิ่มความสนุกสนานและคลายเครียดให้ผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่ต้องกังวลว่าผู้ป่วยจะต้องบริหารท่าซึ้งงทีละท่าให้ครบก่อน

2.1.3 กำหนดเนื้อหาของกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางการบริหารร่างกายด้วยซึ้งง ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553) เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการบริหารซึ้งง ให้ครอบคลุม ตามแนวคิดข้างต้น จัดกิจกรรมพบผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ให้แก่ผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเสริมแรง ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่คาดหวังไว้ หรือเมื่อมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การเตือนตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ โดยใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อครบ 10 สัปดาห์

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ มีดังนี้

1. คู่มือสำหรับพยาบาล เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ้งงต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น
2. แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารร่างกายด้วยซึ้งง ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอน

3. คู่มือการรับประทานอาหารเพื่อลดไขมัน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น และคู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยชีกง พร้อมแผ่นวีดีทัศน์เรื่องการสร้างพลังชีวิตชีกง ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553)

4. แบบบันทึกการรับประทานอาหารและการบริหารชีกง ในหนึ่งวัน

2.2 ให้การพยาบาลตามปกติ ตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ หลังจากที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกหลังให้คำปรึกษา โดยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประเมินความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการใช้วิธีการป้องกันการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการได้รับยาต้านไวรัส และการมาพบแพทย์ตามนัด สื่อที่ใช้เป็นแผ่นพลิกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

3.เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และการบริหารชีกง ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเรื่องอาหาร ของ ดวงใจ แซ่หยี่ และ สุริพร ธนศิลป์ (2552) ลักษณะเป็นแบบการประมาณค่าระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องผ่านเกณฑ์ 80%

3.2 แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และการบริหารชีกง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อยที่สุด เช่นกัน ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องผ่านแบบประเมินร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามทั้งหมด ไปตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.2 นำแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่ประกอบด้วย คู่มือพยาบาลเรื่องโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารชีกง ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง คู่มือการการรับประทาน อาหารเพื่อลดไขมัน แผ่นพับการลดไขมัน และแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคเอดส์ 1 คน , พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย โรคเอดส์ไอวี/เอดส์ 2 คน, อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ไอวี/เอดส์ 2 คน โดยใช้ เกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3/5 คนขึ้นไป ซึ่งได้ค่า ซึ่งได้ CVI ดังนี้

1.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ค่า CVI เท่ากับ 90 เปอร์เซนต์ และแก้ไข ตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ให้เพิ่มข้อมูล เรื่องสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ ตัดข้อคำถามที่ไม่ เกี่ยวข้องกับงานวิจัยออก

1.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ บริโภค ค่า CVI เท่ากับ 83 เปอร์เซนต์ และแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ให้ระบุ รายละเอียดของไขมันดี เพิ่มเติมประโยชน์ของข้อคำถามที่ยังมีรายละเอียดไม่เพียงพอ

1.2.3 แบบสอบถามการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ บริโภค ค่า CVI เท่ากับ 88 เปอร์เซนต์ และแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ให้เลือกใช้คำว่า รับประทานหรือกินอย่างไรอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ใช้คำว่า “ท่านต้อง” ในข้อคำถามแต่ละข้อ

1.2.4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ บริหารซึ่งง ค่า CVI เท่ากับ 80 เปอร์เซนต์ และแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ตัด ข้อคำถามที่คล้ายคลึงกันออก

1.2.5 แบบสอบถามการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ บริหารซึ่งง ค่า CVI เท่ากับ 87 เปอร์เซนต์ และแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ให้ ใช้คำว่า “ท่านต้อง” ในข้อคำถามแต่ละข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำเครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขแล้วไป ใช้ทดลองกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง นำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ ความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach'alpha coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการบริหารซึ่งงเป็น .82 และ .93 ตามลำดับ และแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการ บริหารซึ่งงเป็น .81 และ .82 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 15 ในภาคผนวก ง หน้า 131

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีการศึกษาค้นคว้าจากตำราทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ฝึกชั่งกับ รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ ผู้เขียนหนังสือเรื่องการสร้างพลังชีวิตด้วยชั่ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทั้งหมด 2 ครั้ง ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง 1 ครั้ง และไปฝึกฝนเองเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 45 นาที จนเกิดความมั่นใจมีความสามารถในการสอนผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยให้สามารถทำชั่งได้

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างโปรแกรม การจัดการตนเองที่เน้นอาหารและชั่ง เตรียมสื่อคู่มือ แบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง มีการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ ทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ

1.3 เตรียมสถานที่ในการพูดคุยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ที่ห้องตรวจหมายเลข 17 ของคลินิกหลังให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการพบผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารชั่งที่ห้องสอนสุขศึกษาศลินิกหลังให้คำปรึกษา และสนามหญ้าหลังโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการบริหารชั่ง

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คนดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมในวันนัดมาพบแพทย์ ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยหลังพบแพทย์ และให้ข้อมูล และพูดคุยตกลงการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลไขมันในเลือดของผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาและเจาะเลือดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่มีผลระดับไขมันในเลือด

2.1.2 ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับอยู่แล้วไม่ต้องทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการบริหารชั่ง แต่ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในวันแรก และจะยังได้รับการพยาบาลและการรักษาตามปกติ แต่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อนำมาเปรียบเทียบค่าระดับไขมันในเลือด พร้อมกับกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมการวิจัยโดยเจาะเลือดทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เจาะวันแรกที่พบผู้วิจัย และนัดมาเจาะเลือดอีกครั้งเมื่อครบ 10 สัปดาห์ พร้อมทั้งแนะนำการเตรียมตัวก่อนมาเจาะเลือด และโทรบอกผลเลือดในตอนเย็นของวันที่เจาะ

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก ก่อนการทดลองผู้วิจัย ใช้แบบสอบถามสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้เรื่องโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ และแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ โดยผู้วิจัยทำการเจาะเลือดในวันพบผู้ป่วยวันแรก และพูดคุยตกลงร่วมกัน เรื่องการเดินทางมาทำกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก พบกันอีก 2 ครั้งหลังจากพบผู้ป่วยในวันแรกรวมทั้งหมด 3 ครั้งจัดกิจกรรมที่เป็นรายกลุ่ม ให้ผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คน ซึ่งในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งจะไม่ใช่ผู้ป่วยกลุ่มเดิมเนื่องจากผู้ป่วยจะมีวันเวลาว่างไม่ตรงกัน และแจ้งผู้ป่วยว่ามีการพบกันทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาทีและโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยทั้งหมด 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยพบครั้งที่ 1 คือวันทำกิจกรรมวันแรก พบกันที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาหลังโรงพยาบาลซึ่งมีห้องสำหรับสอนสุขศึกษา และมีสนามหญ้าสำหรับฝึกบริหารซึ่ก แนะนำให้ผู้ป่วยสวมชุด ล้างมือ ที่เหมาะกับการบริหารร่างกายมาในการพบกันในครั้งต่อไป และนัดผู้ป่วยมาทำกิจกรรมในแต่ละครั้งดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 เข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และบริหารซึ่ก ร่วมกัน โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แบ่งจัดกิจกรรมโดยใช้เวลารวมทั้งหมด 2 ชั่วโมง โดย แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คน ภายในสัปดาห์ที่ 1 ของการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสภาวะไขมันในเลือดสูงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ประกอบกับคู่มือสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผู้วิจัยได้แจกคู่มือการรับประทานอาหาร กับ คู่มือบันทึกการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วย พร้อมทั้ง แนะนำการลงบันทึกการรับประทานอาหาร จากนั้น ผู้วิจัยได้ แนะนำการบริหารร่างกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือดคือ การบริหารซึ่ก และได้สอนการบริหารซึ่ก ควบคู่ไปกับการใช้คู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่ก และ แผ่นวีดิทัศน์การสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่ก ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553) ซึ่งระยะการบริหารซึ่ก ประกอบด้วย

(1) ระยะการเตรียมตัว โดย ให้ผู้ป่วยฝึกบริหารในขณะที่จิตใจมีความสงบ ไม่อยู่ในอารมณ์โกรธ หรือเครียดมากๆ และร่างกายมิได้อ่อนเพลียมาก หรือมีไข้สูง สถานที่ฝึกมีความเหมาะสม มีอากาศปลอดโปร่ง มีแสงแดดส่องถึง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฝึกได้แก่ เวลาเช้า และ

เย็น ระหว่างฝึกควรถอดรองเท้าแล้วยืนบนพื้นดิน หญ้าหรือไม้ ไม่ควรยืนบนพื้นซีเมนต์ หรือหินอ่อน (แต่หากจำเป็นก็ควรใส่รองเท้าหรือผ้าปูเพื่อรองรับเท้าทั้งสองข้าง) ฝึกก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ควรฝึกตอนเช้าจะดีที่สุด

(2) ระยะเวลากระตุ้นจุด 6 จุด ให้วางเท้าด้วยความกว้างที่เสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรง กระตุ้นจุด 6 จุด ได้แก่ จุดก้นกบ จุดสะดือ จุดทรวงอก จุดคอหอย จุดหว่างคิ้ว และจุดกระหม่อม โดยกระตุ้นอย่างน้อยท่าละ 5 ครั้ง บริหารข้อศอกต่างๆ เช่น ไหล่ ศอก ข้อมือ สะโพก ข้อเข่า และข้อเท้า และฝึกการหายใจที่ถูกต้อง โดยการหายใจที่ถูกต้องคือการหายใจเข้า ท้องพอง หายใจออก ท้องแฟบ อย่างช้าๆ ลึกๆ เมื่อหายใจเข้าสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้นค่อยๆ ผ่อนลมหายใจ ออกทางปาก ด้วยการห่อปากเข้าหากัน ใช้เวลา ประมาณ 5-10 นาที

(3) ระยะเวลาบริหารท่าซิ้งง ประกอบด้วย 4 ท่า คือ

ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ผ่อนคลายจิตใจ วางเท้าแยกกันให้ความกว้างเสมอไหล่ ปรับเท้าชี้ตรงไปข้างหน้า วางมือทั้ง 2 ไขว้ข้างลำตัว หายใจฝ่ามือแล้วกวาดมือยกขึ้นผ่านทรวงอก พร้อมหายใจเข้าช้าๆ เมื่อมือมาถึงระดับคาง คว่ำฝ่ามือ ลมมือลงจนถึงระดับเอวจึงย่อเข่า พร้อมหายใจออกช้า ๆ โดยวางจิตไว้ที่ฝ่ามือ ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง กรณีผู้ฝึกมีปัญหาปวดเข่า ไม่จำเป็นต้องย่อเข่า

ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวงอก จากท่าที่ 1 ซึ่งยังย่อเข่าอยู่ เคลื่อนมือทั้งสองข้างที่คว่ำอยู่มาด้านหน้าของขา จากนั้นค่อย ๆ ยกฝ่ามือที่คว่ำอยู่ขึ้นมาด้านหน้าจนถึงระดับอก แล้วจึงแยกฝ่ามือขยายออกไปด้านข้าง จนสุดแขน หายใจเข้าช้า ๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุด แล้วค่อย ๆ ดึงฝ่ามือทั้งสองเข้าหากัน จนถึงหน้าอก จากนั้นกดฝ่ามือลงมาถึงหน้าขาพร้อมย่อเข่า จังหวะนี้หายใจออกช้า ๆ ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ท่าอินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 กางแขนออกทางด้านข้าง เหยียดแขนตรง กางแขนขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า กวาดแขนพร้อมลมมือลงมาข้าง ๆ หายใจออกจินตนาการเหมือนการดึงพลังจากฟ้า ทำนี้จะคล้ายท่านกบิน ทำเช่นนี้ให้ครบ 10 ครั้ง

โดยระหว่างฝึกเน้นถึงความแรง ระยะเวลา ความถี่ในการออกกำลังกาย ซึ่งในสัปดาห์ที่ 1 เริ่มที่ความแรง 50% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยคำนวณชีพจรเป้าหมายจาก อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ $(220 - \text{อายุ}) \times 50\%$ ระยะเวลา 20 นาที แล้วค่อยเพิ่มความแรงในสัปดาห์ที่ 2 เป็น 60% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลา 25 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป ใช้ความแรง 70% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลา 30 นาที โดยออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

(4) ระยะเวลาผ่อนคลาย โดย หลังจากฝึกเรียบร้อยแล้วทำการปั่นพลัง โดยยกมือทั้งสองข้างมาประกบไว้ใกล้กับระดับหน้าอก จากนั้นดึงฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากันและผลักออกจาก

กัน ซ้ำๆ โดยฝ่ามือทั้งสองไม่แตะกัน จากนั้นหมุนมือทั้งสองข้างเพื่อปั้นพลัง จะรู้สึกวูบวาบหรือร้อน หากมีพลังซึ่มาก จะรู้สึกถึงแรงผลักดันระหว่างฝ่ามือ ทั้งสอง จากนั้นทำการเก็บพลัง โดยนำพลังชี้ ไปเก็บที่จุดตันเถียน (บริเวณหน้าท้องน้อย ต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว) ผู้ชายให้วางฝ่ามือขวาทับบนฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงให้วางฝ่ามือซ้ายทับบนฝ่ามือขวา สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆพร้อมกับคลายจิต ผู้ป่วยต้องสามารถประเมิน ชีพจรและระดับความเหนื่อย ทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง (สุริพร ธนศิลป์, 2553) และให้สมุดบันทึกการฝึกบริหารซิงกง และแนะนำการบันทึกการบริหารซิงกงในแต่ละวัน

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการกำกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยนั่งสมาธิทุกครั้งประมาณ 5 นาทีก่อนฝึกซิงกง และเขียนบันทึกเป้าหมายของตนเองลงในคู่มือการรับประทานอาหาร และคู่มือการบริหารซิงกง โดยตั้งเป้าหมายว่าจะ รับประทานอาหารให้เพียงพอในแต่ละวัน งดอาหารประเภทไขมัน และ บริหารซิงกงให้ได้ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ วันละ 30-45 นาที

4. ให้คู่มือและแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามแสดงความคิดเห็น และผู้วิจัยเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อลดไขมันในเลือดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย และให้ผู้ป่วยนั่งพักพูดคุยซักถามความรู้สึกในกลุ่มผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

6. นัดผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 พบผู้วิจัยที่คลินิกหลังให้คำปรึกษา เวลา 8.00 น.และให้ผู้ป่วยสวมชุดทดลอง และนำสมุดบันทึกการรับประทานอาหารและการบริหารซิงกงใน 1 วันมาด้วย

ครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยกลุ่มละ 4-6 คนภายในสัปดาห์ที่ 2 ทบทวนโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และฝึกบริหารซิงกง โดยให้ผู้ป่วยนำสมุดบันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วันและบอกอาหารที่ควรรับประทานไม่ควรรับประทาน และอาหารที่ต้องรับประทานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และหากผู้ป่วยต้องการรับประทานอาหารประเภทวิตามิน ให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์ทราบก่อน และให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกหลังกลับไปทำซิงกงที่บ้าน และบริหารซิงกงร่วมกัน ที่สนามหญ้าคลินิกหลังให้คำปรึกษาใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที แจ้งผู้ป่วยว่าผู้วิจัยจะโทรศัพท์ ไปพูดคุยติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ ที่ 8 ทางโทรศัพท์ ให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง พร้อมทั้งแจ้งการนัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 10 สัปดาห์ ที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาที่หลังโรงพยาบาล โดยแจ้งการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดและส่งผู้ป่วยไปเจาะเลือด หลังเจาะเลือดเสร็จ ให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารก่อนพบผู้วิจัย และผู้วิจัยพบผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการบริหารซิงกง ให้ผู้ป่วยนำสมุดคู่มือการรับประทานอาหารและการบริหารซิงกงใน 1 วันมาด้วย

ครั้งที่ 3 นัดพบผู้ป่วยที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาพบผู้ป่วยกลุ่มละ 4-6 คนภายใน สัปดาห์ที่ 10 ส่งผู้ป่วยไปเจาะเลือด และให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารก่อนแล้วจึง มาพบผู้วิจัยที่ คลินิกหลังให้คำปรึกษาอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยใช้เวลา 45 นาทีในการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองจากการ กลับไปปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการบริหารซังก และ จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งซักถามปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดภาวะไขมันในเลือด สูง ซักถามความรู้ย้อนหลัง ให้ผู้ป่วยบอกระดับไขมันในเลือดที่ปกติ และอาหารที่ควรงด รับประทานเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือด สูง ซักถามท่าของการบริหารซังก ความรู้สึกหลังการบริหารซังก และประโยชน์จากการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซังก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึกใน สมุดบันทึก การรับประทานอาหาร และการบริหารซังกใน 1 วัน และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการ รับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซังก และแบบประเมินการ จัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซังก ผู้วิจัยติดตามผลเลือด และบอกผลเลือดหลังเจาะเลือดไป 2 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยทราบผลของระดับไขมันในเลือดให้ ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก หลังจากการทำกิจกรรม และชี้แจงผลดีของการได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบริหารร่างกาย และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการกำกับการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามทำ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการบริหารซังก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือมีการรับรู้ประโยชน์และ การจัดการตนเอง มากกว่าร้อยละ 80

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้เวช ระเบียน ขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย

2. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อขอชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กับ หัวหน้างานพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ ประจำคลินิกหลังให้คำปรึกษา เพื่อขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัส และเก็บรวบรวมรายละเอียดของผู้ป่วย ที่คลินิกหลังให้คำปรึกษา จากระเบียบประวัติ

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการจัดการตนเองเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งง แล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คืออายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ได้รับยาด้านไวรัสชนิดเดียวกัน และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งง โดยใช้เวลา 20 นาที ซึ่งแจ้งผู้ป่วยว่าหากมีข้อสงสัยให้ซักถามผู้วิจัยได้ทันที และเก็บแบบประเมินคืนเพื่อนำไปตรวจสอบความสมบูรณ์ หากมีการแก้ไขให้ผู้ป่วยแก้ไขทันที และนำคะแนนที่ได้ไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ และใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งงอีกครั้งหลังผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยครบ 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

6. ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่ามีการเจาะเลือดในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดสองครั้งส่งผู้ป่วยไปเจาะเลือดทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังจากพูดคุยตกลงร่วมกันกับผู้วิจัยเสร็จแล้ว และ นัดเจาะอีกครั้งหลังทำกิจกรรมครบ 10 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแล้ว เป็นรายกลุ่มในวันและเวลาที่ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม

8. ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยเพื่อเจาะเลือด และทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งงอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเข้าพิจารณาจากคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ของการทำวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วม ในงานวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การศึกษาวิจัยจะเสร็จสิ้น โดยไม่ต้อง

ให้เหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้คำแนะนำเรื่อง การควบคุมและลดไขมันรวมทั้งเจาะเลือดและบอกผลเลือดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังได้รับผลเลือด หลังจากนั้น พบกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งทำกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง และ หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อครบ 10 สัปดาห์เจาะเลือดผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แจกผลเลือดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มทราบและ ให้คู่มือการบริโภคอาหาร คู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซิงค์ แผ่นวีดิทัศน์การสร้างพลังชีวิตด้วยซิงค์ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และให้คู่มือทั้งสองเรื่อง และแผ่นวีดิทัศน์แก่กลุ่มควบคุมเมื่อเสร็จสิ้นการเข้าร่วมวิจัยครบ 10 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไป
2. ทดสอบ ค่าเฉลี่ย ระดับไขมันระหว่างก่อน และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t (Dependent)
3. ทดสอบค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับไขมัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t (Independent)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการบริหารซึ่งง ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกหลังในคำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ควบคุม 20 คนกลุ่มทดลอง 20 คน โดยการจับคู่ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับไขมันใน เลือดชนิด คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบ ระดับไขมันก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับไขมันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการได้รับยาด้านไวรัส โรคประจำตัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม($n_1=n_2=20$)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
15-25	1	5.00	1	5.00	2	5.00
26-35	11	55.00	10	50.00	21	52.5
36-45	8	40.00	9	45.00	17	42.5
ค่าเฉลี่ย	33.25		33.40		33.86	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.86		4.96		4.88	

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง มีผลของข้อมูลทั่วไปดังนี้ อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 36-45 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ 15-25 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มควบคุม อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ 15-25 จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	30.00	5	25.00	11	27.5
หญิง	14	70.00	15	75.00	29	72.5
สถานภาพสมรส						
สมรส	20	100.00	20	100.00	40	100.00
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส(เดือน)						
0-5	14	70.00	7	35.00	21	52.5
6-12	6	30.00	13	65.00	19	47.5
โรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อน						
ไม่มี	10	50.00	17	85.00	27	67.5
มี (OI, ไมเกรน)	10	50.00	3	15.00	13	32.5
ประวัติพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย						
ไม่เคย	1	5.00	11	55.00	12	30.00
เคย	19	95.00	9	45.00	28	70.00

จากตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง มีผลของข้อมูลทั่วไปดังนี้ อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 36-45 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ 15-25 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนเพศชายมีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 สถานภาพสมรสทั้งหมด มีสถานภาพสมรส จำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ได้รับยามาเป็นระยะเวลา อยู่ในช่วง 0-5 เดือน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนช่วงระยะเวลา 6-12 เดือนมีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน ส่วนใหญ่จำนวน 10 คนไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 50 และ จำนวน 10 คน มีโรคประจำตัวหรือ

โรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนชนิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส(OI)และ โรคประจำตัวเป็นไมเกรน ประวัติการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เคยออกกำลังกาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และไม่เคยออกกำลังกาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ

ส่วนลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ช่วงอายุน้อยที่สุดคือ 15-25 จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 5 เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 25 และรองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพสมรส มีสถานภาพสมรสจำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ได้รับยามาเป็นระยะเวลา อยู่ในช่วง 6-12 เดือน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนช่วงระยะเวลา 0-5 เดือนมีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน ส่วนใหญ่จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 85 ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนชนิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส(OI) ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อน จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 15 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=n_2=20$)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
น้ำหนัก (Kg)	55.60	7.11	55.35	6.99	49.20	4.23	48.80	4.03
ดัชนีมวลกาย(Kg/m ²)	21.42	2.02	21.27	1.89	19.79	1.68	19.63	1.55

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีผลของข้อมูลดังนี้ น้ำหนักเฉลี่ยหลังการทดลองลดลง จาก 55.60 เป็น 55.35 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายลดลง จาก 21.42 เป็น 21.27 กิโลกรัมต่อเมตร² ตามลำดับ

ส่วนลักษณะข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม มีผลของข้อมูลดังนี้ น้ำหนักเฉลี่ยหลังการทดลองลดลง จาก 49.20 เป็น 48.80 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 19.79 เป็น 19.63 กิโลกรัม/เมตร² ตามลำดับ

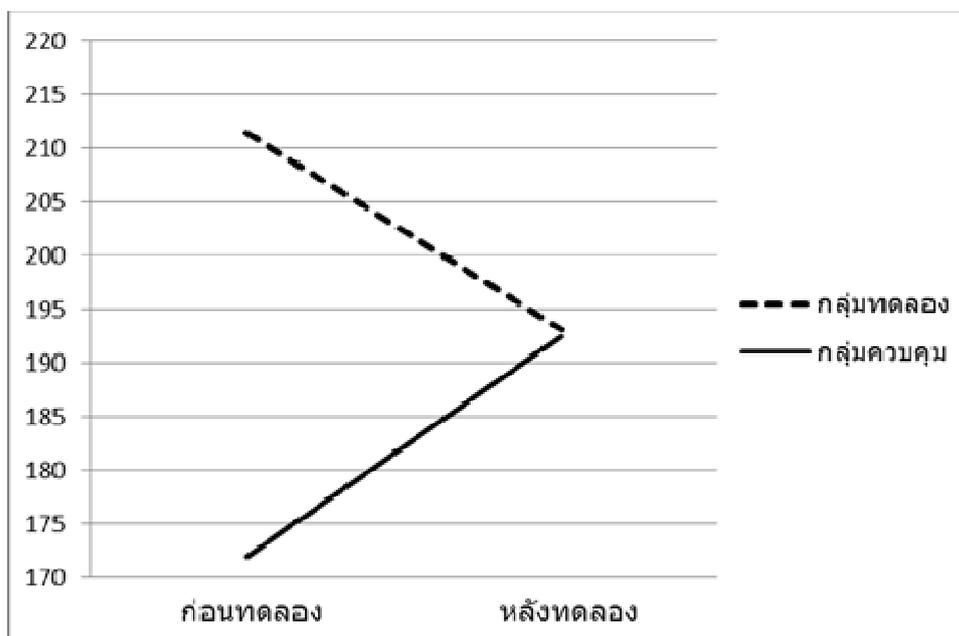
ส่วนที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและกราฟของระดับไขมันในเลือดชนิดคลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับไขมันในเลือดชนิดคลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=n_2=20$)

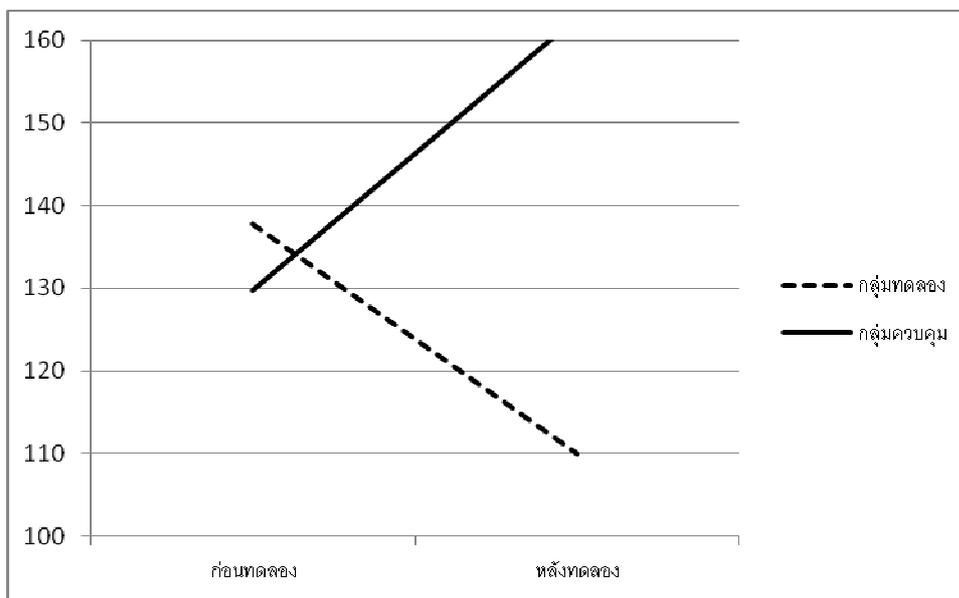
ค่าเฉลี่ยของ ระดับไขมัน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
	(SD)		(SD)		(SD)		(SD)	
Chol(mg/dl)	211.50	ผิดปกติ	193.05	ปกติ	171.95	ปกติ	192.50	ปกติ
	(50.30)		(41.63)		(49.18)		(41.24)	
TG (mg/dl)	137.75	ปกติ	109.95	ปกติ	129.75	ปกติ	162.80	ผิดปกติ
	(66.41)		(48.30)		(55.78)		(50.38)	

จากตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของผลของระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดก่อนทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ที่ระดับ 211.50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย และหลังการทดลองมีผลของระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอยู่ที่ระดับ 193.05 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และค่าเฉลี่ยของระดับไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองลดลงจาก 137.75 มิลลิกรัม/เดซิลิตรซึ่งอยู่ในระดับปกติ เป็น 109.95 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งอยู่ในระดับปกติเช่นกัน ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยของผลของระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดหลังทดลองของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง จากระดับ 171.95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในระดับปกติเป็น 192.50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรซึ่งอยู่ในระดับปกติเช่นกัน และค่าเฉลี่ยของผลของระดับไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง จาก 129.75 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในระดับปกติเป็น 162.80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ตามลำดับ และแสดงกราฟของระดับไขมันชนิดคลอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังภาพที่ 2 และ 3



ภาพที่ 2 กราฟแสดงระดับไขมันชนิดคลอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง



ภาพที่ 3 กราฟแสดงระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบ ผลของระดับไขมันในเลือดชนิดคลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ของ
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดชนิดคลอเลสเตอรอลและไตรกลี
 เซอไรด์ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อน และ
 หลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n=20)

ค่าเฉลี่ยของ ระดับไขมัน	กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	Mean	S.D.			
Chol (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	211.50	50.30	3.43	19	0.00
หลังทดลอง	193.05	41.63			
TG (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	137.75	66.42	4.11	19	0.00
หลังทดลอง	109.95	48.30			

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับไขมันเฉลี่ยชนิดคลอเลสเตอรอล
 และ ไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองพบว่า ระดับไขมันในเลือดชนิดคลอเลสเตอรอลและไตรกลี
 เซอไรด์หลังทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อน และ หลังทดลองของกลุ่มควบคุม (n=20)

ค่าเฉลี่ยของ ระดับไขมัน	กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	Mean	S.D.			
Chol(mg/dl)					
ก่อนทดลอง	171.95	49.18	3.04	19	0.00
หลังทดลอง	192.50	41.24			
TG (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	129.75	55.78	3.63	19	0.00
หลังทดลอง	162.80	50.38			

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับไขมันเฉลี่ยชนิดคอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มควบคุม พบว่าระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลและระดับไขมันชนิด ไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง (\bar{d}) ระดับไขมันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=n_2=20$)

ค่าเฉลี่ยของ ระดับไขมัน	กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	Mean	S.D.			
Chol(mg/dl) แปลผล	-18.45 (ลดลง)	24.00 (เพิ่มขึ้น)	4.52	38	0.00
TG (mg/dl) แปลผล	-27.08 (ลดลง)	30.23 (เพิ่มขึ้น)	5.37	38	0.00

จากตารางที่ 6 ผู้วิจัยได้หาค่าความแตกต่างของระดับ คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์โดยนำค่าหลังการทดลอง ลบด้วยก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 13 และ 14 ในภาคผนวก ง หน้า 109-110 และนำค่าเฉลี่ยดังกล่าวมาวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองมีค่า -18.45 และ 24.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่า +20.55 และ 30.18 ตามลำดับ ค่า t-test มีค่านัยสำคัญที่ .05 สำหรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์มีค่า -27.08 และ 30.23 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่า +33.50 และ 40.61 ตามลำดับ โดยค่า t-test มีนัยสำคัญที่ .05 แสดงว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองผลต่างของค่าคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองลดลง และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น

ข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อสิ้นสุดการทดลอง(จากผลการทดลอง เมื่อผู้วิจัยได้แจ้งผลระดับไขมันในเลือดทั้งชนิดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ต่อกลุ่มทดลอง) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้แสดงความขอบคุณผู้วิจัยและแสดงความรู้สึกต่อผู้วิจัยว่า ตัวผู้ป่วยเองรู้สึกที่ตัวเอง มีความสำคัญ และมีผู้เห็นความสำคัญในการที่จะมาดูแล ช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็น โรคที่สังคมส่วนใหญ่รังเกียจแต่ผู้วิจัยกลับไม่รังเกียจ และให้ความเป็นกันเอง กับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ขอบคุณมายังผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือ และคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยด้วย และจากการที่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและบริหารซึ่งก ทำให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า การดูแลตนเองนั้นทำได้ง่ายมาก เพียงแค่ งดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และบริหารร่างกายด้วยซึ่งก ที่สามารถทำได้เองที่บ้านนั้น เป็นทางออกหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง มีผื่นแพ้จากการใช้ยา ไม่กล้าไป

ออกกำลังกายนอกบ้าน สามารถบริหารร่างกายด้วยสิ่งที่บ้านได้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ที่จะดูแลตนเองและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ที่ศึกษา ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการบริหารชีงง ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control groups design) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดและป้องกันระดับไขมันในเลือดสูง และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการบริหารชีงง
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารชีงง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 20-40 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แพทย์ยินยอมให้ออกกำลังกายได้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ควบคุมตัวแปร โดยการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อระดับ

ไขมันในเลือดและระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือน โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

1. ได้รับยาต้านไวรัส ชนิดรับประทานสูตร GPO-S ประกอบด้วยตัวยาAZT+3TC+NVP มาแล้ว 1 เดือนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ปี

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการออกกำลังกายตามความเห็นของแพทย์ เช่น โรค

ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ควบคุมตัวแปร โดยการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อระดับไขมันในเลือดและระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัสแตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือน เกณฑ์การคัดออกการวิจัย เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็วหรือช้ามาก มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และส่งต่อไปกับแพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ถูกคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส แบบแผนการออกกำลังกาย และระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัส แบบบันทึกข้อมูลทางสรีระวิทยา ประกอบด้วยเรื่อง น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และตารางบันทึกระดับไขมันในเลือด

1.2 เครื่องมือวัดระดับไขมันในเลือดโดยการตรวจทางวิทยาศาสตร์ “Kone Lab 60” ที่ได้รับรองคุณภาพผ่านการสอบเทียบจากหน่วยเครื่องมือแพทย์ ตามเกณฑ์คุณภาพของวิศวกรรมกรรมแพทย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการบริหารซึ่ง เพื่อลดและป้องกันระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พัฒนาจากเนื้อหาอาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัดของ พัทธนันท์ ศรีม่วง(2555)และเนื้อหาจาก WHO เรื่อง

Nutrient requirements for living with HIV/AIDS ,2003) ใช้คู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซิงค์ แผ่นวีดิทัศน์การสร้างพลังชีวิตด้วยซิงค์ ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553) สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ มีดังนี้

1.คู่มือสำหรับพยาบาล เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนและ การบริหารซิงค์ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนและการบริหารร่างกายด้วยซิงค์

3.คู่มือรับประทานอาหารเพื่อลดไขมัน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น และคู่มือการสร้างพลังชีวิตด้วยซิงค์ พร้อมแผ่นวีดิทัศน์เรื่องการสร้างพลังชีวิตซิงค์ ของ สุริพร ธนศิลป์ (2553)

4.แบบบันทึกการการรับประทานและการบริหารซิงค์ ในหนึ่งวัน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

2.2.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารซิงค์ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเรื่องอาหาร ของ ดวงใจ แซ่หยี และ สุริพร ธนศิลป์ (2552)

2.2.2 แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารซิงค์ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเรื่องอาหาร ของ ดวงใจ แซ่หยี และ สุริพร ธนศิลป์ (2552)

ผลการวิจัยพบว่า

เมื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนและการบริหารซิงค์พบว่าค่าเฉลี่ยของคลอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบการลดลงของไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนและการบริหารซิงค์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยของคลอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองลดลง และของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น มีผลให้การเปลี่ยนแปลงระดับคลอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มทั้งสองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าโครงการARV ของคลินิก ให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในกลุ่มที่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ง่าย และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเข้าไปรวบรวมข้อมูลที่คลินิก ให้คำปรึกษา ตามกำหนดวันเวลาเปิด คลินิกคือวัน จันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ เวลา 7.30-13.00 น. ของทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในการขอพบผู้ป่วยหลังพบแพทย์ เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย และผู้วิจัยได้อธิบาย จุดประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัย ได้ง่ายขึ้นพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอน ระยะเวลา และจำนวนครั้งที่ ต้องเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว ในการมาตามนัดครั้งต่อไป ผู้วิจัยจับคู่กลุ่ม ตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาการ รับประทานยาต้านไวรัสต่างกันไม่เกิน 6 เดือน

จากสมมติฐาน

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการบริหารชีง และกลุ่มควบคุม มีระดับไขมันในเลือด ซึ่งประกอบด้วย คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง

1.1 ระดับคอเลสเตอรอลรวม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง

1.2 ระดับไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการบริหารชีง มีระดับไขมันในเลือด ซึ่งประกอบด้วย คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1 ระดับคอเลสเตอรอลรวม หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ระดับไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลว่า ระดับคอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมซึ่งสอดคล้องตามกระบวนการของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al .,(1986) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดความร่วมมือกันระหว่าง ผู้วิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการซึ่งผู้ป่วยสามารถแสดงศักยภาพของผู้ป่วยเอง และทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ด้วยตัวเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการบริหารร่างกายด้วยซึ่งงเพื่อลดไขมัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เมื่ออยู่ที่บ้าน และในชีวิตประจำวัน แนวคิดการจัดการตนเองนั้น เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพหรือป้องกันโรค (Tobin et.al.,1986)ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนั้นผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคมากขึ้น รวมทั้งป้องกันผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย(Thorme และ Paterson,2001) และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป(Coates และ Boore,1995)

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย ในเรื่องการบริโภคอาหารและการบริหารร่างกาย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการพัฒนาศักยภาพตามรายละเอียดดังนี้

1) **ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา** เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองเป็นผู้มีความแตกต่างกันทั้งในด้าน สังคม สิ่งแวดล้อม กระบวนการดำเนินโรค และการดำเนินชีวิต ซึ่งเมื่อผู้วิจัย ให้แนวทางในการประเมินตัวเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันของผู้ป่วยเรื่อง การบริโภคและการบริหารร่างกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ด้วยวิธีการทอดเป็นส่วนใหญ่ ประกอบอาหารด้วยเครื่องปรุงที่มีส่วนผสมของกะทิ ชอบกินทุเรียนเป็นอาหารว่าง ไม่ทราบวิธีการคำนวณ และกำหนดสัดส่วนอาหาร และยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ส่วนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน วิ่ง แต่ไม่ได้ออกกำลังกายจนครบ 3 วันใน 1 สัปดาห์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายภายในบ้าน เนื่องจากกลัวสังคมไม่ยอมรับ เมื่อผู้วิจัยได้พูดคุย ชี้แจงเกี่ยวกับการคำนึงถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารทั้งด ไขมัน สาเหตุที่ต้องงดไขมันในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และ การตระหนักถึงการออกกำลังกายให้ครบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยชี้ให้เห็นผลดีของการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ ต้องการปรับเปลี่ยนตัวเองมากขึ้น

2) **ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน** โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูล ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหา และให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหา และบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าผู้วิจัยและทีมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ จึงต้องการปรับปรุงตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ และ ผู้วิจัยได้เน้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกันในการกำหนดพฤติกรรม การจัดการตนเองโดยเขียนเป้าหมายลงในสมุดบันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วัน และสมุดบันทึกการบริหารซิงก์ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และบอกผลของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสมุดบันทึกว่าผู้ป่วยสามารถ บันทึกการรับประทานอาหาร และบริหารซิงก์เพื่อลดไขมันได้

3) **ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา** โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือจัดกิจกรรมรวมทั้งหมด 4 ครั้ง พบผู้ป่วยทั้งหมด 2 ครั้ง และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง โดยการพบผู้ป่วยทั้งหมด 2 ครั้ง โดยในครั้งแรกเป็นการพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการควบคุมไขมัน และการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ โดยมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ ด้วยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการการอภิปราย ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารในระยะเวลาที่ผ่านมา เป็นระยะเวลา 1 เดือน และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและผู้วิจัย ซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมไขมันและการบริหารซิงก์ ซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเช่นกัน และผู้ป่วยสามารถ บอกอาหารที่ตนเองเคยรับประทานบ่อยๆเช่น ทูเรียน กะทิ ซึ่งเป็นอาหารที่ควรรับประทาน และสามารถบอกอาหารที่ควรรับประทาน เช่นผักใบเขียวต่างๆ และการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และผู้ป่วยได้ร่วมบริหารร่างกายด้วยซิงก์ กับผู้วิจัยซึ่งผู้ป่วยได้ให้ความสนใจ และมีสีหน้าสดชื่น เป็นอย่างมาก และผู้ป่วยบอกว่าจะแนะนำวิธีการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ ให้กับคู่สมรสซึ่งคิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ เหมือนกัน ขึ้นดังกล่าวได้ดำเนินในวันที่ 2 ของการพบผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และการบริหารซิงก์ เป็นการ

ดูแลแบบผสมผสานซึ่ง การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น สุชาติ และคณะ(2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จังหวัดสงขลา 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมากที่สุดในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุดคือการออกกำลังกาย ร้อยละ 40 เพื่อจัดการปัญหาอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผลที่ได้รับคือ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงและสดชื่นขึ้น และใช้วิธีการรับประทานอาหารเสริมในการจัดการกับปัญหาเบื่ออาหาร ร้อยละ 40 ส่วนด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยใช้วิธีการทำสมาธิ จัดการกับปัญหาสุขภาพเรื่องความเครียด ร้อยละ 21.1 ซึ่งผลที่ได้รับทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่านและจิตใจสงบขึ้น

4) **ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง** เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้นำการฝึกกำกับตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันไขมันสูง และการฝึกทักษะการบริหารซึ่งงมาใช้ซึ่งจาก ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค โดยเน้นเรื่อง คุณค่าของอาหาร การบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การบริหารร่างกายด้วยซึ่งง การบันทึกการบริหารร่างกายด้วยซึ่งงในสมุดคู่มือประจำตัว และการประเมินตนเอง จากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำกิจกรรมบริหารซึ่งงได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 และเมื่อผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึกหลังการบริหารซึ่งง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ผู้ป่วยกล่าวว่า รู้สึกนอนหลับสบาย ไม่เครียด ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆในการบริหารร่างกาย สามารถบริหารร่างกายได้ที่บ้าน ไม่เป็นการออกกำลังกายที่หนักจนเกินไป และทำให้เกิดสมาธิ ส่วนปัญหาและอุปสรรค ไม่พบว่าเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบริหารร่างกายวันเว้นวัน แต่ผู้ป่วยยังจำทำบริหารไม่ได้หมด ผู้วิจัย จึงให้กำลังใจในการเสริมแรงตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 10 สัปดาห์โดยการสอนซึ่งง แบบไร้ท่า ซึ่ง ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนทำบริหารได้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและการบันทึกการรับประทานอาหารเช้าใน 1 วัน พบว่าผู้ป่วยลงบันทึกและบอกว่าเหมือนกับที่ผู้ป่วยบริโภคจริง ซึ่งจากกิจกรรมการบริหารซึ่งง ของ สุริพร ธนศิลป์(2554)พบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองแบบผสมผสานในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 38 คน ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่คลินิกนอก โรงพยาบาลกระบี่ ที่พัฒนาจากแนวคิดในโมเดลการจัดการกับอาการ การจัดการตนเองและการดูแลแบบผสมผสานที่เน้นซึ่งง และ โยคะ ของกลุ่มทดลองจำนวน 19 คนผลการทดลองสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองแบบผสมผสานที่เน้น โยคะและซึ่งง สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มการรับรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้หลังการทดลอง 4 เดือน

ขณะทำกิจกรรมผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยทำสมาธิก่อนเพื่อ ให้ผู้ป่วยเกิดความสงบทางด้านจิตใจ พุคคยด้วยความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างจริงใจ และตรงต่อเวลา หลังการทำซิงก์ผู้วิจัย ได้ให้ผู้ป่วย ทำสมาธิอีกครั้งหลังทำซิงก์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนในสิ่งที่ได้ปฏิบัติและมีความมั่นใจ แน่วแน่ในการที่จะกลับไปทำซิงก์ที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึกซึ่งผู้ป่วยได้บอกกับผู้วิจัยว่า การปฏิบัติตัวแบบใด ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยต้องการที่จะปฏิบัติให้ได้ทุกอย่าง เพราะผู้ป่วยจะรู้ตัวทันทีว่า ระยะเวลาการใช้ชีวิตมีเหลืออยู่น้อย หากเป็นสิ่งที่ทำให้ตัวเองรู้สึกดีขึ้น ได้ ก็จะทำ และรู้สึกขอบคุณผู้วิจัยที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจะนำไปปฏิบัติ ชักชวนกลุ่ม สมรสให้ปฏิบัติด้วย เพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง จากการจัดกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่เป็น กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด โดย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก เป็นการประเมินความก้าวหน้าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้เตรียมหลักการ สนับสนุนทาง สังคม โดย การประเมินการ ปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้แบบบันทึกการทำกิจกรรม ทั้งสองแบบบันทึกคือ แบบบันทึกการ รับประทานอาหารใน 1 วัน แบบบันทึกการทำซิงก์ ในแต่ละวัน และให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติ ของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง โดยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินผลเมื่อครบ 10 สัปดาห์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรรัตน์ สุขคุ้ม(2551)ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรม การบริโภค ขนาดของรอบเอวและดัชนีมวลกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งใช้แนวคิดการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน หลังได้รับ โปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ การศึกษา ของนนท์ธิดา หอมจำ และคณะ ได้ศึกษาทางด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง HAART ที่ ส่งผลให้การติดเชื้อ HIV กลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังภายใต้ภาวะของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการ เกิดระบบเผาผลาญและระดับ ไบโม่ที่ผิดปกติ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี 2,049 คน ที่เข้าร่วมโครงการ PHPT Adults Prospective Cohort (www.clinicaltrial.gov NTC00433030) โดย ติดตามผู้ป่วยทุกๆ 3 เดือนเพื่อจ่ายยาและดูแลจัดการเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความ

ทนทานต่อยาให้กับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน มีการเก็บตัวอย่างเลือด เช่น CD4 ไตรกลีเซอไรด์, คอเลสเตอรอลรวม, high-density lipoprotein (HDL) และ low-density lipoprotein (LDL) เมื่อเข้าร่วมโครงการ ทุกๆ 6 เดือน มีผลตรวจไตรกลีเซอไรด์ และคอเลสเตอรอลที่กำหนดเวลาอาหารก่อนตรวจ โดยอาศัยเกณฑ์ของ ATP III ในการจัดแบ่งระดับไขมัน โดยค่าไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูงและคอเลสเตอรอลรวมตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไปถูกจัดว่าสูง ทำการวิเคราะห์หัตถ์แปรเดียวใช้สถิติทดสอบ Kruskal-Wallis และฟิชเชอร์ และการถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 595 คน (เพศหญิงร้อยละ 62) เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสพบว่า 135 คน (ร้อยละ 23) มีภาวะน้ำหนักเกิน คัดชนีมวลกาย >25 พบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับอายุ > 35 ปี (P=0.009), ภาวะน้ำหนักเกิน (P=0.001), โดยขณะที่ระดับคอเลสเตอรอลสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน (P=0.048) เท่านั้น ภายหลังจากได้รับยาต้านไวรัส พบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์มีค่าคงที่ ขณะที่ระดับคอเลสเตอรอลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญช่วง 6 เดือน และคงที่หลังจากนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์สูงที่ 24 เดือนของการรับยา (ร้อยละ 32) คือเพศชาย (P=0.01), การมีอายุมาก (P=0.05), ภาวะน้ำหนักเกิน (P=0.02), ไตรกลีเซอไรด์สูงเมื่อได้รับยา (P<0.001) ขณะที่ระดับคอเลสเตอรอลสูงที่ 24 เดือน (ร้อยละ 34) มีความสัมพันธ์กับการมีอายุมาก (P=0.04), ภาวะน้ำหนักเกิน (P=0.006) และคอเลสเตอรอลสูงเมื่อเริ่มยา (P<0.001) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มสูตรยาที่ต่างกัน ซึ่งสรุปได้ว่าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงและคอเลสเตอรอลสูงหลังจากรับยาผ่านไป 2 ปี โดยช่วง 6 เดือนแรกของการรับยาต้านไวรัสพบว่าระดับคอเลสเตอรอลสูงขึ้นเทียบเท่ากับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ระดับไตรกลีเซอไรด์คงที่ (นนท์ธิยา หอมขำ และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับไตรกลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอลภายใน 2 ปี ของการติดตามผู้ป่วยเด็กไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับยาต้านไวรัสเป็นเนวิราพิน หรืออีฟาไวเรนซ์ ของ นนท์ธิยา หอมขำ และคณะ 2554 ได้ศึกษาในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 150 คน เมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสพบว่า ภายหลังจากได้รับยาต้านไวรัส 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน และ 24 เดือน มีค่ามัธยฐานของคอเลสเตอรอลเป็น 160, 169, 176 และ 175 mg/dl และมีสัดส่วนระดับคอเลสเตอรอลสูงคิดเป็นร้อยละ 24, 22, 27 และ 28 ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานของไตรกลีเซอไรด์เป็น 113, 114, 115 และ 110 mg/dl และมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง คิดเป็นร้อยละ 25, 28, 30 และ 35 ตามลำดับ ในการวิเคราะห์หัตถ์แปรเดียวพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีระดับไตรกลีเซอไรด์ หรือคอเลสเตอรอลสูงที่เวลาหลังจากได้รับยาต้านไวรัส 2 ปี และสูตรยาต้านไวรัส (NVP หรือ EFV) (P=0.84 และ P=0.82) การวิเคราะห์หัตถ์แปรเชิงพหุพบผลเช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์หัตถ์แปรเดียวภายหลังควบคุมปัจจัยด้าน

อายุ เพศ ปริมาณไวรัสและระดับไตรกลีเซอไรด์ และคลอเลสเตอรอล เมื่อเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สรุปผลได้ว่า สัดส่วนของการมีระดับไตรกลีเซอไรด์มีสูงถึงร้อยละ 25 ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มการรักษาและพบเพิ่มขึ้นหลังการรักษา ขณะที่การมีระดับคลอเลสเตอรอลสูงพบได้น้อยแต่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นภายหลังเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเนวิราพินหรืออีฟาเวเรนซ์ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้มีอุบัติการณ์การมีไขมันในเลือดสูงภายหลังเหมือนกัน

ผู้วิจัย ได้จัดกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องการจัดการตนเองในการลดอาหารประเภทไขมันและเน้นให้มีการออกกำลังกายด้วยซิ่งสปีดาค์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด มีการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการรับประทานอาหาร โดยให้แผ่นพับเรื่อง การควบคุมอาหารเพื่อลดไขมัน เน้นย้ำให้ผู้ป่วย งดอาหารประเภทไขมันสัตว์ทุกชนิด ผู้วิจัยได้สอนผู้ป่วยในการทำซิ่งด้วยตนเอง ผู้สอนได้เลือกสถานที่สอนเป็น 3 บริเวณ คือห้องให้คำปรึกษา ใต้อาหารหอพัก และสนามหญ้า ซึ่งขณะสอนผู้วิจัยได้ตกลงกับผู้ป่วยว่าจะไม่พูดกล่าวถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นโดยเด็ดขาด จึงทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบรับที่ดี ให้ความสนใจ และเปิดเผยข้อมูลของตนเองแก่ผู้วิจัย และได้ให้ผู้ป่วยได้กลับไปฝึกซิ่งที่บ้าน โดยให้แผ่นวีดีทัศน์ และหนังสือการฝึกซิ่งด้วยตนเอง หลังจากผู้ป่วยกลับไปที่บ้านได้โทรศัพท์ไปพูดคุยให้กำลังใจ ให้คำชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบ่นรู้สึกท้อ เพื่อเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ

และในส่วนของกลุ่มการจัดการตนเองเรื่องไขมันและสมุดบันทึกการทำซิ่ง ได้ทำเป็นแบบกะทัดรัด ไม่มีเนื้อหาที่มากจนเกินไป ที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระในการพกพาระหว่างเดินทาง และเน้นแรงจูงใจภายนอกในการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 10 สัปดาห์ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดไขมัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว โดย บอกผลไขมันในเลือดของผู้ป่วยก่อนกลับไปทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่บ้าน และ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะปฏิบัติตัวไม่ให้ไขมันเพิ่มขึ้น และ จะลดไขมันลงในผู้ป่วยรายที่มีไขมันตัวใดตัวหนึ่งสูง ซึ่งจากการศึกษาของ ผาณิต หลีเจริญ ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ภาคใต้ตอนล่าง พบว่า

- 1) ไขมันชนิด คลอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลคลอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ และไขมันชนิด เอช ดี แอล คลอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน
- 2) ไขมันชนิด คลอเลสเตอรอลรวม และ แอลดีแอล คลอเลสเตอรอลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วน ไตรกลีเซอไรด์ และ เอช ดี แอล คลอเลสเตอรอล หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยผาณิตหลี

เจริญได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ สัมภาษณ์ เป็น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวิเคราะห์พฤติกรรมเรื่องพฤติกรรมการลดระดับไขมันในเลือด 6 หัวข้อคือ การงดรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงความเครียด และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรูปแบบที่ยึดแนวความคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอนของพฤติกรรมรูปแบบทรานส์ทีโอริทีเกิล จากแนวคิดของโปรชาสกาและคณะ (Prochaska, et.al., 1992, 1994, 1997) ซึ่งผู้วิจัยนำกระบวนการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับบทบาทพยาบาลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือเรื่องการลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ภาพพลิกเรื่องระดับไขมันในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน เอกสารแผ่นพับ ใบบันทึกพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างเอง ซึ่งบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มควบคุม

ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในด้าน การรับประทานยาให้ตรงเวลา ถูกต้อง สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารให้เพียงพอ และเหมาะสมกับโรค การมาพบแพทย์ตามนัดและการสังเกตอาการเมื่อเกิดอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่เป็นเพียงการให้ข้อมูล ซึ่งไม่ได้ให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ง ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ได้เห็นวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างแท้จริง ไม่มีประสบการณ์ ไม่ได้เกิดการเรียนรู้และไม่ได้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการบริหารซึ่ง ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นความรู้ทั่วไป ไม่เพียงพอที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากมีระดับไขมันในเลือด ชนิดคลอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ดังผลการทดลอง ในตารางที่ 5 ซึ่งเป็นผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับไขมันเฉลี่ยชนิดคลอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มควบคุม พบว่าระดับไขมันชนิดคลอเลสเตอรอลและระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยาต้านไวรัสไปเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ จากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์ตามแนวความคิดทฤษฎีของการจัดการตนเอง Tobin et al., 1986 ประกอบด้วย การประเมินตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ 1) กระบวนการด้านสรีรวิทยา 2) การกระตุ้น จากสิ่งแวดล้อม และ

สังคมที่เป็นตัวเร่งให้เกิดอาการต่างๆตามมา 3) กระบวนการรับรู้ เพื่อกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบ การดูแลตนเอง 4) พฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการ การสังเกต และบันทึก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ วิเคราะห์ แยะแยะ หาสาเหตุและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม และ การจัดกิจกรรม การจัดการตนเอง (Self-management intervention) ที่หลากหลาย ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ บทบาทของการพยาบาลมาใช้ร่วมกับโปรแกรมด้วย เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความจริง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยไม่เปิดเผยข้อมูล การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม ในการส่งเสริมความมั่นใจของตนเองในการกิจกรรม คือการแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม และความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ เน้นย้ำแก่ผู้ป่วยเรื่องการไม่เปิดเผยข้อมูล ของผู้ป่วยอย่างแน่นอน ซึ่งในการวางแผนการทำวิจัย ต้องคำนึงถึง ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็น สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ให้ความร่วมมือจะเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการรับยาต้านไวรัสอย่าง สม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา และ เคยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมของโรงพยาบาลมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยมี ความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยมากขึ้น ควรเลือกผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและโรคแทรก ซ้อนอื่นๆ ซึ่งในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์จะเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ควรศึกษาข้อมูลของระดับ CD4 ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งมีผลกับการออกกำลังกายของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จะ สามารถออกกำลังกายในลักษณะเบา ไปจนถึงปานกลางได้ แต่หากให้ผู้ป่วยออกกำลังกายชนิดหนัก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ หรือเป็นลมได้ และควรคำนึงถึงการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ชอบสังคมเนื่องจากกลัวสังคม รังเกียจ ผู้วิจัยจึงควรสร้างกำลังใจ และ ดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้คือ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ในด้าน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของระดับไขมันในเลือดสูงที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วย ที่ได้รับยาต้านไวรัส และในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ โรคที่มีความผิดปกติจากการเผาผลาญ ที่เสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง

2. สามารถนำผลการวิจัยไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลและบทบาท ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ ได้

3. เป็นการลดภาระการรับประทานยาของผู้ป่วยในปริมาณที่เพิ่มขึ้น เช่น การรับประทานยาลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง เรื่องการบริหารชั่ง ซึ่งเป็นการดูแลตนเองแบบผสมผสาน ไปใช้ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ หรือ บุคคลทั่วไป หรือผู้สูงอายุได้ ซึ่งการบริหารชั่งนั้น เป็นการบริหารร่างกายแบบเบาไปจนถึงปานกลาง ทำให้เกิดสมาธิ และผ่อนคลายความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จะเป็นการลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างสมบูรณ์

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ด้วยโปรแกรมอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในอีกทางหนึ่ง

3. ควรมีการศึกษาผลการวิจัยของระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวีเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะยาว เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดการศึกษาวิจัยจากความรู้เดิมเพิ่มมากขึ้น

4. พฤติกรรมการบริโภคเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของทั้งผู้ป่วย และบุคคลทั่วไปจึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยโรคอื่นๆ และบุคคลทั่วไป เพิ่มเติมด้วย

5. ควรนำการดูแลตนเองแบบผสมผสานในรูปแบบอื่นๆ เช่น การใช้สมุนไพร เพื่อลดระดับไขมันในเลือด ควบคู่ไปกับบริหารร่างกายด้วยชั่ง เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งเช่นกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข.ความก้าวหน้าในการนำการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.[ออนไลน์].2549.แหล่งที่มา.

<http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=277>[1 มกราคม 2555]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2549.แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับรักษาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์ [ออนไลน์].2546.แหล่งที่มา. <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/aids/1873.html> [กุมภาพันธ์]

จันทน์ จันทราทำจัน.2548.ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา จตุรวิทย์.2552.ประสิทธิผลของการเข้าร่วมฝึกอบรมด้านโภชนาการเอดส์ที่มีต่อความรู้ทางด้านโภชนาการ ความมั่นใจ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานในการให้การดูแลทางด้านโภชนาการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย.การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 1.หน้า 109.(27-29 พฤษภาคม)กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ชบา เรียนรมย์.2551.ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย จิตแนวซึ่งก ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าผู้ป่วยในมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ แซ่หยี่.2552.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายต่อน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ดวงเนตร ธรรมกุล,ศิริพร ครุฑทากศ,อุษณีย์ เทพวรชัยและเยาวรัตน์ อินทอง,2553.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 4 (กรกฎาคม-ธันวาคม):1-11

- เทอดศักดิ์ เดชคง.2547.การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง.กรุงเทพมหานคร:บิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- นนท์ธิดา หอมขำ และคณะ.2554.การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันภายใน 2 ปีของการติดตามผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการได้รับยาต้านไวรัส.การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13.หน้า 126.(29-31 มีนาคม)กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นนท์ธิดา หอมขำ และคณะ.2554.การเปลี่ยนแปลงของระดับไตรกลีเซอไรด์และคลอเลสเตอรอลภายใน 2 ปีของการติดตามผู้ป่วยเด็กไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี 1 และได้รับยาต้านไวรัสเนวิราพินหรืออีฟาไวเรนซ์.การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13.หน้า 141.(29-31 มีนาคม)กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิริวดี เมธาจารย์.2544.ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้องเล็ก บุญจุง,นิตยา ดาววงษ์ญาติ และ สัมมนา มูลสาร.2551.ภาวะไขมันเลือดผิดปกติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส GPO-VIRS.ไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3 :19-29.
- ปราโมทย์ ชีรพงศ์.2541.เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน.พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี:ที.ซี.เอเชีย.
- ผาณิต หลีเจริญ.2552.ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ภาคใต้ตอนล่าง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พิทชนันท์ ศรีม่วง.2555.อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาบำบัด.พิมพ์ครั้งที่ 1 :ห.จ.ก.เอ็มแอนด์เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- พัชรพร เถาว์พันธ์.2544.ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ.2545.แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. (บทคัดย่อ)การประชุมกลางปี ครั้งที่ 17 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.

เพียงธรรม ทวีสอน และคณะ.2554.ประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยโทรศัพท์ต่อความ
สม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์และประสิทธิผลการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรค
เอดส์ ครั้งที่ 13.หน้า 134.(29-31 มีนาคม)พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ภูริชญา บุรินทร์กุล ,วารุณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์.2550.การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส.พยาบาลสาร34:143-153.

ลักขณาพร สายทอง.2546.ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลาย
ตามแนวชีกง เพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.

วารารณ์ ดีเสียง.2551.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความ
หนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย.2535.เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์.กรุงเทพมหานคร.พิมพ์ครั้งที่ 1 .
มูลนิธิเด็ก.

ศิริ ทรวงแสง.2548.ชี้แจง-สมบัติการแพทย์โบราณของจีน.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:ด้านสุขภาพ
การพิมพ์.

สุชาดา คงแก้ว,เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และพัชริยา ไชยลังกา.2550.ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแล
สุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา.
สงขลานครินทร์เวชสาร.(4 กรกฎาคม-สิงหาคม):247-294.

สุนทรา เลียงขเวงวงศ์.2541.ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตาย.วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรศักดิ์ศรี บุญสมเชื้อ.2543.ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกาย
และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
กายภาพบำบัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมนึก สังกานุกภาพ.2550.แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย
ปี พ.ศ.2549/2550.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุริพร ธนศิลป์.2538.การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ธนศิลป์.2544.ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติดิส การ์นิไอ.วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริพร ธนศิลป์.2549.เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง II.กรุงเทพมหานคร:คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(อัดสำเนา)
- สุริพร ธนศิลป์.2553.สื่อวีดิทัศน์:การสร้างพลังชีวิตด้วยชีกง. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ธนศิลป์.2553.การสร้างพลังชีวิตด้วยชีกง.คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
พิมพ์ครั้งที่ 1 :ห.จ.ก.พีริ วัน .กรุงเทพมหานคร.
- อารีวรรณ อ่วมธานี.2550.เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.
กรุงเทพมหานคร:คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(อัดสำเนา)
- อุทุมพร รูปเล็ก.2549.ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย จิตด้วยชีกง ต่อ
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรนุช เขียวสะอาด.2544.ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจตาย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพินทร์ ชูชม,2552.การวิจัยกึ่งทดลอง.วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 15 กันยายน:1-15.

ภาษาอังกฤษ

- Bandura,A 1986.Social Foundation of Thought and Action:A Social Cognitive Theory.New Jersey:Printic-HallInc.
- Barlow,J.et al.2002.Self-management approaches for people with chronic condition:A review.Patient Education Couseling. 48:177-187
- Bodenheimer,T.et al.2002.Patient Self-management of chronic disease in primary care.JAMA 288:2469-2475.
- Bodenheimer,T.et al,2002.Patient Self-management of chronic disease in primary care.JAMA.288:2469-2475
- Coates,V.E.,and Boore,J.R.P.1995.Self-management of chronic illness:implication for nursing.Int.J.Nurs.Stu 32:628-640.
- Dodd ,M.et al.2001.Nursing theory and concept development or analysis.Advancing the science of symptom management.JAdv Nurs.33:668-676
- Fehmida .et al.2004.Lipid lowering effects of statins and fibrates in management of HIV dyslipidemias associated with antiretroviral therapy in HIV clinical practice.Journal of infection:283-290.
- Grundy,S.M,Cleeman,J.I,Merz,C.N,etal.2004.Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education program Adult Treatment Panel III guideline.Circulation39:110-227.
- Health,K.V.et al.2001.Lipodystrophy-associated morphological,cholesterol and triglyceride abnormalities in a population-based HIV/AIDS treatment database.AIDS.15:231-239
- Health Today.High cholesterol.[online].2554.Avalible from <http://www.yourhealthguide.com/article/aco-highcholes&medicine.html>[2001.Sep 24].
- Judith, L.Neidig ,Smith,B.A and Brashers,D.E.2003.Aerobic exercise training for depressive symptom management in adults living with HIV infection.Association of Nurses in AIDS Care 14(March-April):30-40.
- McGowan,P.2007. Self-management: A Backgroud Paper; New Perspective: International Conference on Patient Self-Management[online].Avalible from:www.Coag.uvic.ca/cds[2008,October 14]

- National Institutes of Health(National Heart,Lung and Blood Institute).National cholesterol cholesterol education program expert panel on detection ,evaluation,and treatment of high blood cholesterol in adults(Adult treatment Panal III).May2001.
- Polite,D.F.and Beck,C.T. 2004.Nursing research principle methods.7th ed.philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.
- Renu,G.Jain,Erir,S.Furfine,Louise Pedneault,Alex,J.White,James and James M.Lenhard .2001.Metabolic complications associated with antiretroviral therapy.Antiviral Research 51(April):151-177.
- Therme,E.S,and Paterson,L.B.2001.Health care professional support for-care management in chronic illness:Insights fromdiabites research.Patient Education and Couselling 42:81-90
- Tobin,D.L.,Reynold,R. V.,Holroyd,K.A.,and Creer,T.L.1986.Self-management and social learning theory.In K.A.Holroyd and T.L.Creer.(Eds.),Self-management of Chronic Disease:Handbook of Clinical Intervention and research.New York:Academic Press.Inc.
- World Health Organzation.2003.Nutrient requirement for people living with HIV/AIDS.Report of a technical consultation.Geneva(13-15 May)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่ง
แพทย์หญิง อัมไพพิชญ์ นิลมานัต	นายแพทย์ชำนาญการ สาขาอายุรแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
นาง กษมพร สุวรรณชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (APN)ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
นาง สิริลักษณ์ จันทร์เฒ่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (APN)ปฏิบัติงานคลินิกหลังให้คำปรึกษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา	อาจารย์พยาบาลประจำ สาขาผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต	อาจารย์พยาบาลประจำ สาขาผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศบ.บส. 117 / 521



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ สิงหาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิง อำไพพิชญ์ นิลมานัต | นายแพทย์ชำนาญการ สาขาอายุรแพทย์ |
| 2. นางกษมพร สุวรรณชาติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (APN) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย อายุรกรรม |
| 3. นางสิริลักษณ์ จันทร์มะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (APN) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย
คลินิกให้คำปรึกษา |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน	แพทย์หญิง อำไพพิชญ์ นิลมานัต, นางกษมพร สุวรรณชาติ และ นางสิริลักษณ์ จันทร์มะ
ส่วนวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
คณาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
ชื่อนิสิต	นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ โทร. 086-6956-631



ที่ ศษ 0512.11/ 1921

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 สิงหาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์พยาบาลประจำ สาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต อาจารย์พยาบาลประจำ สาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒนะ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต
ผู้อำนวยการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
คณบดีผู้ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นิสิต นันทิมาศ หมวดจันทร์ โทร. 086-6956-631

1/56
รับเรื่องเอกสาร
ที่ 17213
วันที่ 31 ต.ค. 2555
15.00น

ที่ คธ 0512.11/ 1554

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 สิงหาคม 2555

กลุ่มงานบริหารงานกลาง
1654
1 พย 55
15.00น

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเอชไอวี / เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 55 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสำหรับการเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย และแบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นส.รพ.หาดใหญ่
- เพื่อให้โครงการฯ...
- เงินคง...
.....

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

31 ต.ค. 2555

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
ชื่อนิสิต นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ โทร. 086-6956-631

11/11
15.00น

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โทร ๑๗๗๒
ที่ สป ๐๐๒๗.๑๐๓/พิเศษ วันที่ 9 เดือน 1๒ พ.ศ. 55
เรื่อง รายงานผลการพิจารณาวิจัยด้านจริยธรรม ครั้งที่...../๒๕๕๔

เรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

ตามที่ คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่
ได้รับขอหมายให้ดำเนินการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตให้วิจัยเก็บ
ข้อมูล จากผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาลหาดใหญ่นั้น ในการขอรายงานผลการพิจารณาโครงการวิจัยของ
คุณ นันทิมาศ วัฒนจันทร์ จาก คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลหาดใหญ่
เรื่อง แสวงหาโปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV/AIDS
ของบุคลากร HIV/AIDS

มีข้อต่อไปนี้

- 1. เนื้อหาของข้อคำถามควร ข้อ 1 ข้อ ๖ และค่าเฉลี่ยของข้อ ๑๒ และ ๑๓ ควรเป็นข้อเดียว หรือ หากพบข้อใดข้อหนึ่ง
2. ให้ไป comment from คนที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ได้
3. มุมมองจากผู้เกี่ยวข้อง

สรุปแล้ว อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยได้ ปลายแก่ตั้งแต่ปลายหน้าแล้ว / จบ วันที่ 9/12/55
 ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอฯ สัทพันธ์
(นางสาว สัทพันธ์.....)

กรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมฯ

1 มีนาคม ๒๕๕๕
นางศศิชนก อัญญา
(นางศศิชนก อัญญา)

ประธานกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมฯ

ขอให้ผู้วิจัยที่สอดคล้องกับกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่ ดังนี้

- ๑. ผู้วิจัยจะมอบรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องนี้แก่กลุ่มการพยาบาลฯ อนุมัติ ไม่ให้สัญญา
- ๒. ผู้วิจัยจะยินยอมเป็นทนายความให้คำแนะนำเรื่องนี้แก่บุคลากรกลุ่มการพยาบาลฯ อนุมัติ ไม่ให้สัญญา
- ๓. ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามขั้นตอนการขออนุญาต การชี้แจง การพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด อนุมัติ ไม่ให้สัญญา

ยินดีทำตามข้อตกลง ไม่ให้สัญญา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ขอฯ สัทพันธ์
(นางสาว สัทพันธ์.....)
ผู้วิจัย

J/Can
(นางศศิชนก อัญญา)
หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามในท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่งงของ
ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

ชื่อผู้วิจัย นางสาว นันทิมาศ หมวดจันทร์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0828295551

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง อันตราย และประ โยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่
ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการซึ่งมีระยะเวลาในการ
เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ มีการพบกันรวมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลารวมทั้งหมด 5 ชั่วโมง ที่
คลินิกหลังให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ การทำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด
ระดับไขมันในเลือดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารร่างกายด้วยซึ่งง มี
การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แบบประเมินเป็นรายบุคคล และมีการเจาะเลือดเพื่อดูผล
ระดับไขมันในเลือดรวมทั้งหมดสองครั้ง โดยผู้วิจัยให้ข้อตกลงว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่
บุคคลอื่น

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และไม่มีผลต่อการเข้า
รับการรักษา ในคลินิกหลังให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแต่อย่างใด ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัย
จะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้าในระหว่างการศึกษาในครั้งนี้

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมวิจัย และ สำเนาหนังสือแสดงความยินยอมแล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวนันท์ทิมาศ หมวดจันทร์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งงต่อไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ชื่อผู้วิจัย นางสาว นันทิมาศ หมวดจันทร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย ที่อยู่ที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0828295551

1. กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งงต่อไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และหลักฐาน ทางวิชาการ มาประยุกต์ใช้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ด้วยตนเอง และระดับไขมันในเลือดของผู้เข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2.2 รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

การดำเนินการทดลองครั้งนี้ใช้สถานที่ ในคลินิกหลังให้คำปรึกษา หลังโรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลา 1 เดือนถึง 1 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.2.1 ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

2.2.2 สนุกใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2.3 สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

2.2.4 เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเช่นไตวาย หัวใจ ไทรอยด์

2.2.6 ได้รับยาต้านไวรัส ชนิดรับประทานชนิดเดียวกัน

2.3 กระบวนการในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ และได้แจ้งแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกหลังให้คำปรึกษา โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่คลินิกหลังให้คำปรึกษา ของโรงพยาบาล ผู้วิจัย เจาะเลือดของผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งระยะเวลาย่างกัน 10 สัปดาห์ ส่ง

ตรวจที่ห้องชันสูตร ซึ่งผู้ดำเนินการวิจัยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายปกติทั้งหมด และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยมีระยะเวลาการเข้าร่วม 10 สัปดาห์ นัดพบผู้วิจัย ทั้งหมดรวม 4 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 5 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน ของโรค และยาต้านไวรัส การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกายด้วยซิงก์ ผู้วิจัยจะ โทรศัพท์ไปหาผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ ที่ 4 และ 8 ของการทดลอง และมีการเจาะเลือดก่อนและ หลังทดลองซึ่งผู้ดำเนินการวิจัยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายปกติทั้งหมด ใน ระหว่างการวิจัยมีการฝึกซิงก์ และหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอุบัติเหตุขณะดำเนินการทดลอง ผู้ดำเนินการวิจัยจะทำการปรึกษาแพทย์ทันที เนื่องจากใช้สถานที่ในโรงพยาบาลในการดำเนินการ วิจัย และสามารถถอนตัวได้ทุกขณะโดยไม่มีผลต่อการรักษาในคลินิก

ผู้วิจัยจะจ่ายค่าพาหนะในการเดินทางคนละ 100 บาท ในการจัดกิจกรรมทั้งหมด ทั้งหมด 40 คน รวมเป็นเงิน 4,000 บาท

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท แขวงปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์? 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 7 แสดงขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระยะเวลาการได้รับยาต้านไวรัสต่างกันไม่เกิน 6 เดือน ($n_1=n_2=20$)

คนที่ (เดือน)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ(ปี) การได้รับยา	ระยะเวลา(เดือน)	อายุ(ปี) การได้รับยา	ระยะเวลา
1	40	1	40	4
2	27	1	24	6
3	35	5	38	3
4	27	5	29	6
5	36	4	39	6
6	25	3	28	6
7	34	2	34	5
8	32	3	31	8
9	29	4	29	7
10	34	6	34	4
11	26	3	28	5
12	39	4	39	6
13	39	4	38	6
14	30	6	31	3
15	31	6	39	3
16	30	6	34	6
17	38	6	40	6
18	38	3	35	6
19	38	6	38	6
20	37	3	40	6

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการบริหารซึ่ก และแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการบริหารซึ่ก ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.การรับรู้ประโยชน์การบริโภค	15.75	1.860	17.45	.826	3.736	38	.001
2.การปรับพฤติกรรมการบริโภค	42.90	4.352	49.05	2.212	5.634	38	.000
3.การรับรู้ประโยชน์ซึ่ก	8.30	1.302	11.75	.786	10.145	38	.000
4.การปรับพฤติกรรมซึ่ก	18.45	2.856	23.50	1.000	7.464	38	.000

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 15.75 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 42.90 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเท่ากับ 17.45 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 49.05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนแบบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการบริหารซึ่ก เท่ากับ 8.30 และค่าเฉลี่ยแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนการบริหารซึ่กเท่ากับ 18.45 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการบริหารซึ่กเท่ากับ 11.75 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการบริหารซึ่ก เท่ากับ 23.50 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารซึ่ก และการจัดการตนเองเรื่องการบริหารซึ่ก พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อน และหลัง การได้รับ โปรแกรมฯ

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสัตว์	2.65	.489	2.95	.224	2.494	38	.017
2.กินอาหารให้ครบ 5 หมู่	2.70	.470	2.90	.308	1.592	38	.120
3.กินอาหารครบ 5 หมู่ ช่วยชะลอการดำเนินโรค	2.55	.510	2.90	.308	2.626	38	.012
4.คำนึงถึงคุณค่าอาหารชะลอภาวะแทรกซ้อน	2.60	.503	2.95	.224	2.845	38	.008
5.โปรตีนช่วยชะลอภาวะแทรกซ้อนได้	2.40	.598	2.85	.366	2.869	38	.007
6.รับรู้ประโยชน์ของการกินอาหารเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.85	.366	2.90	.308	0.467	38	.643

จากตารางที่ 9 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการรับรู้เป็นรายข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ข้อที่ 1,3,4,5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนข้อที่ 2, 6 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมฯ

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.ต้องงดอาหารประเภทไขมันสัตว์	2.60	.503	2.95	.224	2.845	38	.007
2.ต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่	2.45	.686	2.90	.308	2.675	38	.011
3.ต้องกินอาหารให้เหมือนก่อนป่วย	2.80	.523	2.95	.224	1.179	38	.249
4.ต้องคำนึงถึงคุณค่าของสารอาหาร	2.85	.366	2.90	.308	0.467	38	.643
5.ต้องกินอาหารระหว่างมื้อ	2.35	.489	2.80	.410	3.151	38	.003
6.ต้องกินอาหารพร้อมหน้าในครอบครัว	2.55	.510	2.75	.444	1.322	38	.194
7.ต้องกินอาหารมากกว่า 3 มื้อ	2.35	.587	2.70	.571	1.911	38	.064

ตารางที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
8.ต้องกินอาหารปรุงสุก ใหม่ทุกมื้อ	2.60	.503	2.95	.224	2.845	38	.007
9.ต้องกินเนื้อสัตว์มากกว่า ก่อนป่วย 2 เท่า	2.20	.410	2.90	.308	6.102	38	.000
10.ต้องดื่มนมพร่อง มันเนย	2.85	.366	2.90	.308	0.467	38	.643
11.ต้องกินผักทุกมื้อ	2.90	.308	2.90	.308	0.000	38	1.000
12.ต้องกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง	2.15	.587	2.85	.366	4.523	38	.000
13.ต้องกินอาหารปรุงสุก	2.75	.444	2.95	.224	1.798	38	.080
14.ต้องงดอาหารหมักดอง	2.35	.587	2.90	.308	3.710	38	.001
15.ต้องคำนึงถึง ความสะอาดของอาหาร	2.50	.513	2.90	.308	2.990	38	.005
16.ต้องงดแอลกอฮอล์	2.35	.489	2.95	.224	4.987	38	.000
17.แม้จะเจียนก็ต้องกิน อาหาร	2.30	.470	2.90	.308	4.775	38	.000

จากตารางที่ 10 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับ โปรแกรมฯ พบว่า ข้อ 1,2,5,8,9,12,14,15,16,17 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนข้อที่ ,3,4,6,7,10,11,13 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการบริหารซึ่งของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับ โปรแกรมฯ

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1. ชีง ทำให้เกิดสมาธิ	1.55	.510	3.00	.000	12.704	38	.000
2. ชีงทำให้ผ่อนคลาย ความเครียด	2.10	.083	2.90	.308	8.219	38	.000
3. ทำชีงร่วมกับเลือกกิน อาหารช่วยชะลอโรค แทรกซ้อนได้	2.30	.470	2.90	.308	4.775	38	.000
4. ทำชีงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง/วัน	2.35	.489	2.95	.224	4.987	38	.000

จากตารางที่ 11 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการบริหารซึ่งของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับ โปรแกรมฯ พบว่า ข้อ 1,2,3,4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารชั่ง ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมฯ

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.ต้องบริหารชั่งสัปดาห์ละ 3 วันวันละ30-45 นาที	2.25	.550	2.80	.410	3.584	38	.001
2.เมื่อเครียดต้องบริหารร่างกายด้วยชั่งจะช่วยผ่อนคลายได้	2.25	.444	2.95	.224	6.294	38	.000
3.ต้องบริหารร่างกายด้วยชั่งเพื่อให้เกิดสมาธิ	2.40	.503	2.90	.308	3.794	38	.001
4.ต้องบริหารร่างกายด้วยชั่งเพราะไม่ต้องใช้แรงมาก	2.20	.696	2.90	.308	4.114	38	.000
5.ได้บริหารชั่งครั้งละ 30 นาทีหรือมากกว่า	2.45	.510	3.00	.000	4.819	38	.000
6.ต้องผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนออก	2.40	.503	2.95	.224	4.471	38	.000
7.ต้องบริหารชั่งเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน	2.25	.444	3.00	.000	7.550	38	.000
8.ต้องนำชั่งมาใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง	2.25	.444	3.00	.000	7.550	38	.000

จากตารางที่ 12 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารร่างกายด้วยชั่ง ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมฯพบว่า ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,7,8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับไขมันในเลือดชนิด
คลอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง(n=20)			กลุ่มควบคุม(n=20)		
	ก่อน	หลัง	d ผลต่าง(หลัง-ก่อน)	ก่อน	หลัง	d ผลต่าง(หลัง-ก่อน)
1	90	90	0	250	267	+17
2	148	142	-6	216	220	+4
3	140	140	0	200	220	+20
4	195	190	-5	172	200	+28
5	200	198	-2	170	194	+24
6	247	245	-2	177	200	+23
7	207	207	0	200	200	0
8	207	207	0	252	251	-1
9	190	189	-1	162	205	+43
10	240	200	-40	183	200	+17
11	293	290	-3	150	155	+5
12	250	225	-25	125	125	0
13	252	189	-63	132	135	+3
14	203	200	-3	231	234	+3
15	187	186	-1	155	156	+1
16	163	148	-15	81	171	+90
17	257	200	-57	190	208	+18
18	264	226	-38	204	204	0
19	228	193	-35	91	203	+112
20	269	196	-73	98	102	+4
Total	211.5	193.05	-18.45	171.95	192.50	+20.55

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับไขมันในเลือดชนิดไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง(n=20)			กลุ่มควบคุม(n=20)		
	ก่อน	หลัง	d ผลต่าง(หลัง-ก่อน)	ก่อน	หลัง	d ผลต่าง(หลัง-ก่อน)
1	322	200	122	162	167	+5
2	64	64	0	79	100	+21
3	80	68	-12	45	150	+105
4	72	70	-2	118	250	+132
5	80	53	-27	134	149	+15
6	172	168	-4	70	89	+19
7	183	167	-16	59	162	+103
8	183	167	-16	234	250	+16
9	100	80	-20	155	169	+14
10	140	140	0	177	177	0
11	159	130	-29	56	103	+47
12	140	90	-50	200	202	+1
13	122	98	-24	141	146	+5
14	219	180	-39	139	145	+6
15	53	50	-3	92	104	+12
16	221	133	-88	129	188	+59
17	154	133	-21	200	210	+10
18	93	74	-19	119	200	+81
19	93	54	-39	208	216	+8
20	105	80	-25	78	80	+2
Total	137.75	109.95	-27.80	129.75	162.80	+33.50

ตารางที่ 15 แสดงผลของการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วเมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังแสดงในตาราง (n=30)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ค่าความเชื่อมั่น
1.แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ	.82
2.แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารจำนวน 17 ข้อ	.93
3.แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริหารซังก จำนวน 4 ข้อ	.81
4.แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริหารซังก จำนวน 8 ข้อ	.82

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับไขมันในเลือด แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมิน ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินผล ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

รายการประเมิน	ระดับไขมันก่อนเข้าโปรแกรม (mg/dl)	ระดับไขมันหลังเข้า โปรแกรมสัปดาห์ที่ 10 (mg/dl)
ชนิดของไขมันในเลือด 1.Total Cholesterol 2.Triglyceride		

ส่วนที่ 3 1. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่านในระยะเวลาสองเดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 6 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมากที่สุด
1.อาหารประเภทไขมันสัตว์ เนย กะทิ เป็นอาหารที่ผู้ป่วย โรคเอชไอวี/เอดส์ ควรหลีกเลี่ยง			
2.ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ (เนื้อสัตว์ แป้ง น้ำตาล ผัก ผลไม้ เกลือแร่ ไขมันดี เช่น ไขมันจากพืช)			
3.การกินอาหารครบ 5 หมู่จะช่วยชะลอการดำเนินของโรค			
4.การเลือกกินอาหารต้องคำนึงถึงคุณค่าของสารอาหารเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอชไอวี/เอดส์			
5.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องการอาหารจำพวกโปรตีน(เนื้อสัตว์ ถั่ว นม)เป็นสองเท่า เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค			
6.การรับรู้ประโยชน์ของการกินอาหารทำให้มีร่างกายแข็งแรงชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้			

2. แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด มีจำนวน 17 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก ที่สุด
1.ท่านต้องงดอาหารประเภทไขมันสัตว์			
2.ท่านต้องกินอาหารครบ 5 หมู่(เนื้อสัตว์ แป้ง น้ำตาล ผัก ผลไม้ เกลือแร่ ไขมันจากพืช)ในแต่ละมื้อ			
3.เมื่อท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ท่านกินอาหารได้เหมือนก่อนมีอาการป่วย			
4.เมื่อท่านเลือกกินอาหารจะคำนึงถึงคุณค่าของสารอาหารเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ไขมันในเลือดสูง			
5.ท่านต้องกินอาหารระหว่างมื้ออย่างน้อย วันละ 1 มื้อ			
6.ท่านต้องกินอาหารพร้อมน้ำพร้อมตาในครอบครัว อย่างน้อย 1 มื้อ/วัน			
7.ท่านต้องกินอาหารมากกว่า 3 มื้อในแต่ละวัน			

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมากที่สุด
8.ท่านกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ทุกมื้อ			
9.ท่านต้องกินอาหารประเภทโปรตีน (เนื้อสัตว์) หลังจากเป็นโรคเอชไอวี/เอดส์ เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า			
10.ท่านต้องดื่มนมไขมันต่ำ,นมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถ้วย (200 cc/ถ้วย)			
11.ท่านกินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบในแต่ละมื้ออาหาร อย่างน้อย 2-3 กำมือ/มื้ออาหาร			
12.ท่านต้องกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง หรือมากกว่า			
13.ท่านกินอาหารที่ปรุงสุก ทุกครั้ง			
14.ท่านต้องงดอาหารประเภทหมักดอง			
15.ท่านต้องคำนึงถึงความสะอาด ใหม่ของอาหารที่นำมากินทุกครั้ง			
16.ท่านต้องงดดื่มประเภท แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ			
17.แม้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านก็ต้องกินอาหาร			

3. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์เรื่องการบริหารชีง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์เรื่องบริหาร
 ชีกง จำนวน 4 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่ง
 แต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง
 เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก ที่สุด
1. ท่านรู้จักการบริหารร่างกายด้วยชีงและเชื่อว่าการบริหารร่างกายด้วยชีงทำให้เกิดสมาธิ			
2. ท่านคิดว่าการบริหารร่างกายด้วยชีงช่วยผ่อนคลายความเครียดให้ท่านได้			
3. ท่านเชื่อว่าการบริหารร่างกายด้วยชีงควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารจะทำให้ท่านมีสุขภาพดี ชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนได้			
4. ท่านเชื่อว่าจะต้องบริหารร่างกายด้วยชีงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง/วันจึงจะส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดี			

4. แบบประเมินการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารร่างกายด้วยชีง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานของท่าน จำนวน 8 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆเลย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นและปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มากที่สุด
1.ท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งงส์ปดาค่าละ 3 วัน เป็นอย่างน้อย			
2.เมื่อท่านมีภาวะเครียดท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งง จึงจะผ่อนคลายความเครียดได้			
3.ท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งงเพื่อทำให้เกิดสมาธิ			
4.ท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งงเนื่องจากท่านคิดว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเองเพราะไม่ต้องใช้แรงมาก			
5.ท่านสามารถบริหารร่างกายด้วยซิ้งงได้ครั้งละ 30 นาทีหรือมากกว่า			
6.ท่านต้องผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลังบริหารร่างกายด้วยซิ้งงทุกครั้ง			
7.ท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งงเพราะท่านคิดว่าช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้			
8.ท่านได้นำวิธีการบริหารร่างกายด้วยซิ้งงมาใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพที่แข็งแรง และอวัยวะต่างๆทำงานได้ดีขึ้น			

6.ท่านต้องผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลังบริหารร่างกายด้วยซิ้งทุกครั้ง			
7.ท่านต้องบริหารร่างกายด้วยซิ้งเพราะท่านคิดว่าช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้			
8.ท่านได้นำวิธีการบริหารร่างกายด้วยซิ้งมาใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพที่แข็งแรงและอวัยวะต่างๆทำงานได้ดีขึ้น			

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือสำหรับพยาบาล

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการบริหารซึ่ง ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome ; AIDS) หรือการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency virus ; HIV) เป็นปัญหาระดับชาติที่มีการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็ว เป็นโรคที่คร่าชีวิตมนุษย์ชาติไปมากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในโลก โดยในประเทศไทยพบการระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกลุ่มประชากรอายุ 20 ถึง 50 ปี ซึ่งเป็นประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นกำลังสำคัญของประเทศ ได้พบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มชายรักชาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 และต่อมาได้มีการระบาดเข้าสู่ กลุ่มประชากรต่างๆเช่น กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกระจายเข้าสู่กลุ่มประชากรปกติเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี (คณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับรักษาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์,2546) จากรายงานสถานการณ์ผู้เอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (ตั้งแต่พ.ศ.2527 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555) สำนักกระบาดวิทยารายงานว่า มีจำนวนผู้เอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 376,274 ราย โดยในจำนวนนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 30-44 ปี จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 255,923 ราย เพศหญิง จำนวน 120,351 ราย สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ.2554 มีผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 247,253 ราย มีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นจากปี 2553 จำนวน 24,257 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 97,344 ราย ปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy ; HAART) ทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคเอดส์และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง (กระทรวงสาธารณสุข,2549) ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต (สำนักกระบาดวิทยา, 2553) และลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้เป็นระยะเวลาานาน ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต การรับประทานยาต้านไวรัสในระยะยาวทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาที่สำคัญคือ ภาวะไขมันสูงในเลือด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะไขมันสูงในเลือด ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ปรัชญา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่จะได้ประสิทธิผลสูงนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตลอดชีวิต (สมนึก สังฆานุกาพ,2550) โดยมีแบบแผนการ

รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะได้ผลดีและช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ ต้องใช้ยา 3 ตัวรวมกันหรือมากกว่า ที่เรียกว่า HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) การรักษาวินิจฉัยนี้ จะทำให้อัตราป่วยจากโรคแทรกซ้อน และอัตราการตายของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ลดลงได้อย่างมาก (ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามาราชบดินทร์, 2545) ด้วยเหตุที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นของการได้รับยาต้านไวรัสขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชาปลายมือปลายเท้า, ปฏิกริยาภูมิแพ้, อ่อนเพลีย, เบื่อ, น้ำหนักลด เกิดผื่นแพ้ยา อาการข้างเคียงของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น มึนงง, นอนไม่หลับ, ฝันร้าย ซึ่งอาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา 2-3 เดือน หรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาว เช่น น้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันในเลือดสูง, การสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายผิดปกติ (แก้มตอ, แขนขาอ้วน, ท้องโต, มีหนอกที่หลัง หรือ การเผาผลาญที่ผิดปกติ เกิดนิ่วในไต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ถ้าไม่รีบแก้ไข (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย, 2554) จึงต้องใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการบริหารด้วยชีกิงในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ดังนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการบริหารชีกิง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา 2) ขั้นตอนการวางแผนการดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 3) ขั้นตอนการให้ความรู้ และฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม 4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง และ 5) ขั้นตอนการประเมินผล เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดความเครียดที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรือ อาหารเสริมต่างๆ การงดดื่มสุรา รวมทั้งการออกกำลังกาย และคลายเครียดโดยการบริหารชีกิง โดยจัดผู้เข้าร่วมบริหารชีกิงเป็นกลุ่ม และวัดผลภายหลัง ได้รับโปรแกรม อีก 10 สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการจัดกิจกรรม 3-4 ครั้ง และวัดผลภายหลังกิจกรรม 2-6 สัปดาห์ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (สุนทร เลียงเชวงวงศ์, 2541: สุรงค์ศรี บุญสมเชื้อ, 2543: อรุณ เขียวสะอาด, 2544 : พัชรพร เถาว์พันธ์, 2544 และ นิธิวิดิ เมธาจารย์, 2544) โดยกิจกรรมทั้งหมดมีดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมินปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ที่ว่า การรับรู้ปัญหาที่ได้จากการประเมิน สามารถนำมากำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับไขมันในเลือด และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์มีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน จนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง มีความสามารถ ที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมการ ประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรือ อาหารเสริม ต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายโดยการบริหารซึ่งกตามแผนการสอน เรื่อง 1) โรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส การปฏิบัติตัว และลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัส 2) การบริหารร่างกายแบบซึ่งก เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และลดความเครียด โดยมีรายละเอียดคือ ประโยชน์ของการบริหารร่างกายด้วยซึ่งก ข้อปฏิบัติก่อนบริหารซึ่งก และข้อห้ามของการบริหารซึ่งก ข้อบ่งชี้ในการหยุดบริหารซึ่งก วิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ ขณะบริหารร่างกายด้วยซึ่งก ผู้ป่วยต้องสามารถประเมิน ระดับความเหนื่อย ทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง

2. ขั้นตอนการประเมินตนเองและการเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้หลักความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการจัดการด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) โดยนำข้อมูล ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แยกแยะปัญหาและให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง รวบรวมข้อมูลที่ได้ และนำมาวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

3. ขั้นตอนการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรม ใช้หลักการปรับเปลี่ยน ปัจจัยกระตุ้น ควบคุมตัวกระตุ้น (Tobin et al., 1986) ประกอบด้วยการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึก อาหารที่รับประทานในแต่ละวันการบริหารซึ่งก และการฝึกบริหารร่างกายด้วยซึ่งก โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (Tobin et al., 1986) โดยการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และซึ่งก ในสมุดคู่มือประจำตัว ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง จากการปฏิบัติจริงกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้กำลังใจในการเสริมแรงตนเอง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

5. ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึกโดยใช้หลักการ สนับสนุนทางสังคมของ Tobin และคณะ (1986) โดย การประเมินการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดย ประเมินในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และให้แบบบันทึกการทำกิจกรรม ทั้งสองแบบบันทึกคือ แบบบันทึกการรับประทาน อาหารใน 1 วัน แบบบันทึกการทำซึ่งก ในแต่ละวัน และให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย

เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคาดหวัง โดย นัดผู้ป่วยมา ประเมินผลเมื่อครบ 10 สัปดาห์ สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ มีดังนี้

- 1.คู่มือสำหรับพยาบาล เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค และการบริหารซึ่งก่ต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น
- 2.แผนการสอนเกี่ยวกับเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภาวะไขมันในเลือดสูงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งก่ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอน
- 3.คู่มือเรื่องการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 4.แบบสอบถามการรับรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งก่
- 5.แบบสอบถามการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งก่

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและการบริหารซึ่งก่โดยมุ่งเน้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้ เห็นประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการบริหารซึ่งก่ และลด อุปสรรคในการบริหารซึ่งก่ ใช้กลวิธี ผ่านแบบตัวจริงและแบบสัญลักษณ์ โดยให้คู่มือการฝึก บริหารซึ่งก่ และแผ่นวีดิทัศน์เรื่องการบริหารซึ่งก่ ของ รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลให้มีการบริหารร่างกายด้วยซึ่งก่อย่างสม่ำเสมอ และคู่มือการ บริโภคอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ และสามารถชี้แจง วัตถุประสงค์การทำการกิจกรรมร่วมกัน
- 2.เพื่อประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมัน ในเลือด
- 3.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นได้
- 4.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และ ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมการพบกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการทำการกิจกรรม ใช้เวลา 2 ชั่วโมงในช่วงเช้า และ 2 ชั่วโมงในช่วงบ่าย ของการทำการกิจกรรม โดยช่วงเช้า ผู้วิจัยส่งผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เจาะเลือดและได้งดน้ำและอาหารมาแล้ว

เป็นเวลา 8 ชั่วโมง ส่งไปตรวจเลือดและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หลังเจาะเลือด และกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลเลือดอยู่แล้ว ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการฝึกบริหารซึ่งกันเป็นระยะเวลา 45-60 นาที มีหัวข้อดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. ให้ความรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงของยา ภาวะไขมันในเลือดสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคและการบริหารซึ่งกัน
3. ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะการกำกับตนเอง
4. ให้คู่มือและแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และการบริหารซึ่งกันในแต่ละวัน
5. โทรมอกผลเลือดแก่ผู้ป่วยในช่วงเย็นของวันที่เจาะ

ครั้งที่ 2 นัดผู้ป่วยมาทำซึ่งกัน ครั้งที่สอง ในสัปดาห์ถัดมา และ ทบทวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคและบริหารซึ่งกัน ให้ผู้ป่วยนำ บันทึกการรับประทานอาหารและซึ่งกันในแต่ละวันมาด้วยและให้ผู้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่พบ และร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้วิจัย ผู้วิจัยให้กำลังใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยต่อ

ครั้งที่ 3 หลังจากทำกิจกรรมไป 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งหมดใช้เวลาในการพูดคุย 15 นาที ซักถามปัญหาและอุปสรรค สอบถามเกี่ยวกับผลการบันทึกการรับประทานอาหาร และซึ่งกัน ของผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจและทบทวนวันเจาะเลือดเมื่อครบ 10 สัปดาห์และแนะนำการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด

ครั้งที่ 4 วันนัดพบผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยส่งผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อประเมินผล ให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารก่อนพบผู้วิจัยและผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่คลินิกหลังให้คำปรึกษาที่หลังโรงพยาบาล
2. ซักถามปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดภาวะไขมันในเลือดสูง ซักถามความรู้อื่นหลัง ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการรับรู้และการจัดการตนเองเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการบริหารซึ่งกัน ร่วมกัน ทิศคะแนนผ่านเกณฑ์ 80%
3. บอกรผลเลือดหลังเจาะเลือดไป 2 ชั่วโมง ชี้แจงผลดีของการได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบริหารร่างกายด้วยซึ่งกัน และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน

แผนการสอน เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด

ผู้สอน นางสาว นันทิมาศ หมวดจันทร์

ผู้เรียน ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสคลินิกARV

สถานที่ คลินิก หลังให้คำปรึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงจากการได้รับยาต้านไวรัส
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันระดับไขมันในเลือดไม่ให้เพิ่มขึ้น

แผนการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการพบครั้งที่ 1 โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย	-ผู้สอนสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ -ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-ทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ -พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-tube clot blood -syringe dispose 5 cc 25 อัน -เข็มเบอร์ 22 25 อัน	-ประเมินจากการแสดงออกและความร่วมมือ -ผลระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
2.เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดไขมัน	-ผู้สอนรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย -ผู้สอนสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้ป่วยได้ทันทีหากพบพฤติกรรมที่ผิดที่ไม่ถูกต้อง	-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง -ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำ และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย -เจาะเลือดเพื่อประเมินผลระดับไขมันในเลือด		

แผนการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการพบครั้งที่ 2 โดยการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
3. เพื่อให้ความรู้และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	<p>-ให้ความรู้พื้นฐานของภาวะไขมันในเลือดสูงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทั่วไป มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง</p> <p>1. โรคไขมันในเลือดสูง และสาเหตุ</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีระดับไขมันในเลือดสูง</p> <p>3. การลดระดับไขมันในเลือดสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร</p> <p>4. การลดระดับไขมันในเลือดสูงด้วยการบริหารร่างกาย ด้วยซิ้ง และการผ่อนคลายความเครียด</p>	<p>-ผู้สอน พูดคุยและให้สมาชิกแนะนำตัวทำความรู้จัก</p> <p>แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ของภาวะแทรกซ้อนที่มีไขมันสูงจากการที่ได้รับยาต้านไวรัส</p> <p>-ผู้สอน ให้ความรู้เรื่องเอดส์ และยาต้านไวรัส</p> <p>-สรุปประเด็นสำคัญ ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p> <p>-ร่วมกันสรุปเนื้อหาในแต่ละประเด็น</p> <p>-ให้รางวัลแก่สมาชิกที่ซักถามมากที่สุด</p> <p>-ให้ผู้ป่วยนำคู่มือการรับประทานอาหารกลับไปปฏิบัติ</p>	<p>-Power point</p> <p>-คู่มือการรับประทานอาหารเพื่อลดภาวะไขมันสูงในเลือด</p> <p>-สมุดบันทึกการรับประทานอาหาร แต่ละมือ แต่วัน</p> <p>-สมุดบันทึกการบริหารร่างกายด้วยซิ้ง ในแต่ละสัปดาห์</p> <p>-ของรางวัล เป็นกระเป๋า สตางค์สีสันสวยงาม</p>	<p>-ประเมินจากการตอบคำถามของผู้ป่วย ความสนใจ</p> <p>-การลงบันทึกในสมุดบันทึกการรับประทานอาหาร และการบริหารร่างกายด้วยซิ้ง</p> <p>-ผลของระดับไขมันในเลือดที่ลดลง</p>

แผนการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
<p>4. เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการความสามารถ (self-efficacy) ของตนเอง</p>	<p>- เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้น และทบทวนความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกายด้วยซึ้งที่ผู้ป่วยได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญห</p> <p>- ส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการควบคุมสิ่งเร้า(stimulus control) ที่อาจเป็นปัญหาเช่น การหลีกเลี่ยงการไปซื้ออาหารในแหล่งอาหาร ไขมัน การไม่นำอาหารมากักตุน</p>	<p>- ผู้สอน โทรศัพท์ไปพูดคุยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมกรดระดับไขมันในเลือดที่ผ่านมา ค้นหาปัญหา และ อุปสรรคช่วยเหลือในการแก้ไขปัญห</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง ชื่นชมเมื่อผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>- โทรศัพท์ เคลื่อนที่</p>	<p>- การโต้ตอบของผู้ป่วย</p>

แผนการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการพบครั้งที่ 3 โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกายด้วยซิงก์และไปโซ่ในชีวิตประจำวันได้	-ผู้สอนทักทายผู้ป่วย พูดคุยเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ที่บ้าน และให้ผู้ป่วยบอกถึง ข้อดี ข้อเสีย และ ข้อจำกัด ของการทำกิจกรรม และ สรุปผลที่ได้	-ผู้สอนและผู้ป่วย ร่วมกันสรุปผลที่ได้จากการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเพื่อลดไขมัน -ผู้สอนและผู้ป่วย ร่วมกันบริหารร่างกายด้วยซิงก์ -ผู้สอน เจาะเลือดเพื่อตรวจระดับไขมันในเลือดหลังการปฏิบัติกิจกรรมครบ 10 สัปดาห์	-Power point -tube clot blood -syring dispose 5 cc 25 อัน -เข็มเบอร์ 22 25 อัน	-ประเมินจากการตอบคำถาม ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัดของการทำกิจกรรม -ผลของระดับไขมันในเลือด

คู่มือเรื่องอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งในรายที่ยังไม่มี อาการสามารถอยู่ร่วมกับคนปกติในสังคมได้ แต่ต้องไม่แพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่น การดูแลสุขภาพด้านอาหารเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทต่อการส่งเสริมสุขภาพและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

การจัดอาหารที่เหมาะสมและถูกต้อง ตามหลักโภชนาการ จะเป็นประโยชน์กับผู้ติดเชื้อ ที่มีระบบภูมิคุ้มกัน ระบบย่อยและการดูดซึมผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งมีผลต่อภาวะโภชนาการและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการจัดอาหารที่เหมาะสมจะช่วยรักษา ระดับภูมิคุ้มกัน ของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ และช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้

นันทิมาศ หมวดจันทร์

ผู้จัดทำ

ความหมายของโรคเอดส์

เอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus) ซึ่งจะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถป้องกันกั้นอันตรายจากโรคติดเชื้ออื่นๆได้

เอดส์ คือโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือ

กลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคนิคมิตต่างๆ ได้ง่าย เช่น พบมะเร็งผิวหนังบางชนิดในผู้ป่วยซึ่ง ความเจ็บป่วยนี้อาจรุนแรงและตายได้

การติดต่อของโรคเอดส์ ซึ่งต้องพิจารณาถึงตัวที่เป็นแหล่งอาศัยของเชื้อ (reservoir) ทางที่เชื้อออก ทางที่เชื้อเข้า ซึ่งแหล่งอาศัยของเอดส์ คือคน เมื่อสารน้ำออกจากผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น เลือด น้ำคัดหลั่งต่างๆ สู้อยู่สิ่งแวดล้อมภายนอก เชื้อจะไม่มี การแบ่งตัวเพิ่ม และจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่กี่ชั่วโมงก็ตาย แมลงหรือ ยุง ไม่ใช่แหล่งอาศัย หรือตัวนำพาหะโรค

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาหาร มีความสำคัญ ต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และระบบภูมิคุ้มกัน
ของ

ร่างกายทั้งในคนปกติและคนป่วย และในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์
อาหารมีประโยชน์ ทั้งการป้องกัน และรักษาโรค โดยทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยจะ
รับประทานอาหารได้น้อยลง มีระบบการเผาผลาญที่ผิดปกติ ทำให้มีอัตราโรค
แทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ดังนั้น การจัดอาหารที่ถูกหลักโภชนาการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและ
โรค จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้

จุดประสงค์ของการจัดอาหาร ให้กับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1. เพื่อช่วยรักษาระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย
2. เพื่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี และระบบเผาผลาญที่ปกติ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ที่มีผลต่อการชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

1. โครงสร้างการทำงานของเซลล์ มีผลต่อการดูดซึมสารอาหาร ทำให้ผู้ติดเชื้อเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก กรดในกระเพาะอาหารลดลง ท้องร่วง
2. ระบบเผาผลาญสารอาหารเปลี่ยนแปลง เชื้อเอชไอวี มีผลต่อการเผาผลาญสารอาหาร โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการนำเอาโปรตีนมาเผาผลาญ เป็นพลังงานก่อนไขมัน จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลง แต่มีไขมันพอก
3. การใช้พลังงานมากขึ้น ผู้ติดเชื้อจะมีการนำเอาพลังงานมาใช้มากกว่าปกติ แม้จะนอนนิ่งๆก็ตาม ทำให้อ่อนเพลีย และเซื่องซึม

หลักปฏิบัติด้านอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละหมู่ให้หลากหลาย และกินอย่างสม่ำเสมอ

หมู่ที่ 1 เนื้อ นม ไข่ ถั่ว เพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จะต้องได้ รับประมาณ 15-20 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล ป้องกันการเสื่อมของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ

ควรได้รับมากพอ เพื่อป้องกัน การนำโปรตีนในเนื้อเยื่อ มาเผาผลาญเป็นพลังงาน

หมู่ที่ 3 พืชผัก ผักใบเขียว ส้ม เหลือง ช่วยเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้ปกติ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ เช่นเดียวกับหมู่ที่ 3

หมู่ที่ 5 น้ำมันและไขมันจากพืช ช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน คือ เอ ดี อี เค ทำให้ผนังเซลล์มีความยืดหยุ่น ปรับอุณหภูมิของร่างกายให้ปกติ

2. หมั่นดูแลน้ำหนักตัว ซึ่งน้ำหนักอยู่เสมอ ซึ่งน้ำหนักตัวเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะ

สุขภาพของการติดเชื้อ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีน้ำหนักตัวลดในทุกระยะของการติดเชื้อ อาการน้ำหนักลด จะมีการสูญเสียกล้ามเนื้อไปก่อน โดยกล้ามเนื้อจะถูกเผาผลาญเป็นพลังงานก่อนไขมัน ทำให้ต้องการพลังงานจากโปรตีนมากขึ้น ถือว่าต้องได้รับการดูแลด้านอาหารเป็นพิเศษ จึงควรชั่งน้ำหนักอยู่เสมอ

3. ควรกินข้าวกล้องแทนข้าวสาลี เนื่องจากมี วิตามิน บี 1 ช่วยในการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานและช่วยในการทำงานของระบบประสาท มีวิตามิน บี 2 ช่วยในการเผา

ผลาญสารอาหารให้พลังงานจำเป็นต่อสุขภาพ ผิวหนังและระบบประสาท มีในอะซินช่วยให้ผนังเม็ดเลือดคงสภาพและมีเกล็ดเลือดต่างๆ เช่น วิตามินอี ช่วยกำจัดอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็ง และมีใยอาหาร ในข้าวกล้องช่วยในระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ

4.กินเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว เพิ่มเป็น 2 เท่า ซึ่งผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จะมีการนำเอาโปรตีน จากกล้ามเนื้อไปเป็นพลังงานร่างกายจึงต้องได้รับโปรตีน จากเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ให้มากกว่าปกติ เป็น 2 เท่า ถ้าผู้ป่วยได้รับไม่พบทำให้กล้ามเนื้อลีดลง ซึ่งจะจัดให้อยู่ ในมือหลัง หรือ อาหารเสริมระหว่างมือก็ได้

5.กินผัก ผลไม้ เป็นประจำ โดยเฉพาะ ผักสีเหลืองส้มมีสารเคมีตามธรรมชาติ สีเขียว ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็ง เช่นกะหล่ำปี คะน้า สีเหลือง มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่นแครอท ฟักทอง มะละกอ มีวิตามินซี ช่วยในการรักษา สมานแผลต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ลดการแพ้ของ ร่างกายเช่นมะขามป้อม ฝรั่ง มะระขี้นก บรอกโคลี ดอกขี้เหล็ก และผักผลไม้ยังช่วยในการดูดซึมน้ำ เพิ่มปริมาณน้ำหนัก อุจจาระ ขับถ่าย ากอาหารได้ง่าย จึงควรกินผักผลไม้ทุกวัน

6.ดื่มนมเป็นประจำ นมเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน ช่วยให้โปรตีนในการ เจริญเติบโตซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอ ให้แคลเซียม ฟอสฟอรัส บำรุงกระดูก ให้ กรดไขมันดี หรือกรดไขมันจำเป็น เช่น วิตามินเอ ช่วยในการมองเห็น ด้านทาน โรค ส่วนในผู้ที่ไม่สามารถดื่มนมได้ เนื่องจากมีท้องอืด แล้ว ควรเริ่มดื่มน้อยๆ แล้ว ค่อยๆเพิ่มนม หลังอาหาร หรือเปลี่ยนเป็นนมเปรี้ยวแทน หรือเลือกนมถั่วเหลือง ได้

7.กินอาหารปรุงสุก ปราศจากสิ่งปนเปื้อน ซึ่งอาหารไม่สะอาดจะเกิด การปนเปื้อน เชื้อโรค พยาธิ ผู้ติดเชื้อซึ่งมีภูมิต้านทานต่ำ ท้องร่วง ควรระมัดระวังการบริโภคเป็น พิเศษ

8.งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาเสพติด สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผู้ติด เชื้อลดความอยากอาหารลง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่ความเสื่อม โทรม ของร่างกาย จิตใจ ทำให้ขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันลดลง

วันที่	มื้อเช้า	กลางวัน	อาหารว่าง	เย็น	ก่อนนอน
1	1.ข้าวต้ม ไก่ 2.นมกล่อง 3.นมสด	1.ก๋วยเตี๋ยวผัด ซีอิ๊ว 2.สัปปะรด	1.ทอดมัน ข้าวโพด 2.น้ำ กระเจี๊ยบ	1.ข้าว กล้อง 2.ผัด ผักคะน้า กับตับ 3.แกงจืด มะระสอด ไส้ 4.มะละกอ สุก	นม สด
2	1.ข้าวต้ม ปลา 2.ขนม ฟักทอง 3.นมสด	1.ข้าวราดหน้า ไก่ 2.ส้มโอ	1.ขนมบัว ลอย 2.น้ำเต้าหู้ ทรงเครื่อง	1.ข้าว กล้อง 2.แกงส้ม ทะเล 3.ไข่สอด ไส้ 4.ฝรั่ง	นม สด
3	1.ข้าวต้ม ปลา 2.ข้าวตุ๋น 3.นมสด	1.สลัดไก่ 2.ส้มเขียว หวาน	1.กล้วย บวชชี	1.ข้าว กล้อง 2.แกงจืด หมูสับ ตำลึง 3.ไก่ปั้น ทอด 4.แอปเปิ้ล	นม สด

• ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วันที่	มื้อเช้า	กลางวัน	อาหารว่าง	เย็น	ก่อนนอน
1	1.ข้าวต้ม ปลากระพง	1.ก๋วยเตี๋ยว หลอดไทย ห่อ ไข่ 2.น้ำแครอท	1.เต้าส่วน 2.น้ำใบ บัวบก	1.ข้าว กล้อง 2.ผัดพริก หวานใส่ หมูสับกุ่ม 3.ไข่ตุ๋น นมสด 4.องุ่น	นม สด
2	1.โจ๊กหมู ใส่ไข่ 2.นมสด 3.กล้วย หอม	1.ข้าวราดหน้า ไก่ 2.เต้าทึงเย็น	1.ขนมจีบ 2.น้ำฝรั่ง	1.ข้าว กล้อง 2.ผัด ฟักทองใส่ ไข่ 3.แกงจืด เต้าหู้หมู สับใส่ ผักกาดขาว 4.กระท้อน ลอยแก้ว	นม สด

• ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่น้ำหนักลด

วันที่	มือเช้า	กลางวัน	อาหารว่าง	เย็น	ก่อนนอน
1	1.ข้าวสวย 2.ไก่ผัด พริกไทยดำ 3.กะหล่ำปลี คูน 4.มะละกอ สุก	1.สลัดปลา 2.ส้มโอ 3.มะนาวปั่น	1.เต้าฮวย นมสด	1.ข้าวสวย 2.ปลานึ่งบ๊วย 3.แกงจืดฟัก มะนาวดอง 4. ส้มเขียวหวาน	โกโก้ เย็น
2	1.ข้าวสวย 2.ปลาผัดขิง 3.ซุปลูก 4.ส้ม	1.กล้วยเตี๋ย ลุยสวน 2.ข้าวเกรียบ ปากหม้อ 3.น้ำฝรั่ง	1.ขนมปัง เย็น 2.นมสด	1.ข้าวสวย 2.ต้มยำหัวปลี 3.ผัดผักนึ่ง 4.น้ำส้มคั้น	โอวัล ติน เย็น
3	1.ข้าวต้ม 2.ไข่ต้ม 3.องุ่น	1.ข้าวผัดต้ม ยำกุ้ง 2.แกงเลียง กุ้งสด	1.น้ำ มะพร้าวปั่น 2.นมสด	1.ข้าวสวย 2.แกงส้มผัก รวม 3.ปลาเล็กปลา น้อยทอด 4.น้ำแคนตาลูป	นม เย็น

ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

- สรุป
- โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี มีผลให้ผู้ที่ได้รับเชื้อมีภูมิต้านทานบกพร่อง และเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมา ภายหลังการแพร่เชื้อเอชไอวี สามารถทำได้ 3 ทาง คือ ทางเลือด เพศสัมพันธ์ จากแม่สู่ลูก การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นสิ่งที่สำคัญ การจัดการอาหารที่เหมาะสม ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั้น ผู้ติดเชื้อควรได้รับพลังงาน จากอาหารในปริมาณสูง และเพียงพอในการทำกิจกรรม หรือประกอบอาชีพ
- โดยเน้นให้รับประทาน โปรตีน จากเนื้อสัตว์ และไขมันดี จากพืช เพื่อเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อต้องพบแพทย์ ตามวันนัด อย่างเคร่งครัดหรือเมื่อมีอาการ หรือเมื่อมีโรคแทรกซ้อนขึ้น และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้จิตใจสบายและทำให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

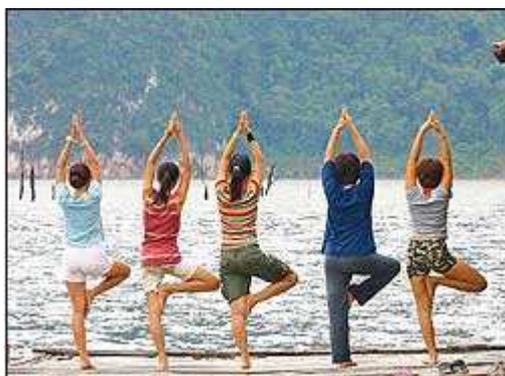
สมุดบันทึก
การรับประทานอาหารเช้า



บันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน
วันที่.....

อาหารเช้า	อาหารเที่ยง	อาหารเย็น	อาหารว่าง

สมุดบันทึก การบริหารเชิง



การสร้างพลังชีวิต
ด้วย
ช่อกอง



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนันทิมาศ หมวดจันทร์ เกิดเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2526 จบการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์