

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การประเมินผลรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

อนุกุล เอกกุล

โรงพยาบาลปากเกร็ด นนทบุรี

## บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการประเมินผลการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเป็นระบบตามลำดับเลขที่เข้ารับบริการ เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบเสริมพลังอำนาจในระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติและศึกษาผลการดูแลตนเอง เช่น ผลการรับยา การพบแพทย์ตามนัด และศึกษาเปรียบเทียบผลเลือด CD4 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้ paired t-test, independent t-test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเสริมพลังอำนาจที่ทดลองใช้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อหลังทดลองระดับความรู้, เจตคติ, และค่า CD4 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อเนื่องครบถ้วน สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเกิดเชื้อดื้อยาได้ ผู้ติดเชื้อมีเครือข่ายที่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือกัน มีแหล่งความช่วยเหลือและมีกำลังใจในการดูแลตนเองได้ การรับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี เจ้าหน้าที่ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงการดูแลครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนำองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังอำนาจไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคร้ายแรงพวกโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

## คำสำคัญ:

การประเมินผล, การเสริมพลังอำนาจ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี, จังหวัดนนทบุรี

## บทนำ

มีรายงานสถานการณ์เอดส์โลกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมยังคงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ พื้นที่ ใน พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 39.5 ล้านคน (34.1 - 47.1 ล้านคน) และเป็นผู้ที่เสียชีวิต

จากเอดส์ประมาณ 2.9 ล้านคน (2.5 - 3.5 ล้านคน) ส่วนใหญ่การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีทั่วโลก มีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยรายใหม่มากกว่าวันละ 11,000 คน ต่อวัน<sup>(1)</sup>

ในประเทศไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มี

อาการในปี 2550 มีจำนวนทั้งสิ้น 322,296 ราย เสียชีวิตแล้ว 89,969 ราย<sup>(2)</sup> แนวโน้มของผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วย เอ็ดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา สาเหตุอาจมาจากหลายปัจจัย อาจเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(3)</sup> นอกจากนี้อาจเนื่องจากต้องใช้เวลาเวลานานก่อนแสดงอาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส และเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้รายงานทันทีเมื่อพบผู้ป่วยเช่นเดียวกับโรคติดต่ออื่น ๆ จำนวนผู้ป่วยในระบบรายงานจึงน้อยกว่าความเป็นจริง<sup>(4)</sup>

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2548 ประมาณ 17,000 ราย และมีแนวโน้มแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและแม่บ้าน แม้วัดชิ้นเอ็ดส์จะเป็นมาตรการสำคัญอันหนึ่งในการควบคุมและหยุดยั้งการแพร่ระบาด แต่การสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเอ็ดส์ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง<sup>(5)</sup> ในการดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างครบวงจรในสถานบริการพยาบาล จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอื่นร่วมด้วย ทั้งทีมสหวิชาชีพ ทฤษฎีต่าง ๆ ของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานการยอมรับ ความไว้วางใจ และความมีคุณค่า

สถานการณ์เอ็ดส์จังหวัดนนทบุรี ในปี 2550 มีผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อจำนวน 6,171 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือผู้ป่วยเอ็ดส์ 5,524 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 675 ราย และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ 122 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 15-44 ปี ปัจจัยเสี่ยงคือการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง โรคติดต่อฉวยโอกาสที่พบคือวัณโรค ในส่วนของอำเภอปากเกร็ดเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งจังหวัดนนทบุรี พบผู้ป่วยเอ็ดส์จำนวน 1,209 ราย (21.9%) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 132 ราย (19.6%) และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ 10 ราย (8.2%)<sup>(6)</sup> ซึ่งเอ็ดส์เป็นต้นเหตุของโรคแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลงใช้งบประมาณค่อนข้างสูงในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

การดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ในโรงพยาบาลปากเกร็ด เดิมรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ให้ยาตามอาการเหมือนผู้ป่วยนอกอื่น ๆ แต่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นระบบขึ้น โดยให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันอังคารภาคบ่าย และพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

ความสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยโรคร้ายแรง เช่น เอ็ดส์ คือความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งฮอว์คส์ (Hawkes) เรียกว่าการมีพลังอำนาจ (power) คือศักยภาพที่จะบรรลุวัตถุประสงค์<sup>(7)</sup> การเสริมพลังอำนาจเป็น กระบวนการช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลให้มีศักยภาพ เพิ่มความนับถือตนเอง สามารถแสดงออกในการควบคุมชีวิตตนเอง มีอิสระในการคิด ทำและแสดงออก ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เพิ่มความสามารถในตนเอง เกิดแรงจูงใจสูง เพิ่มความผูกพัน เพิ่มการรับรู้เอกลักษณ์ของตนเอง ทำให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพิ่มความร่วมมือ เพิ่มความพึงพอใจ<sup>(8)</sup> ทฤษฎีโครงสร้างอำนาจของแคนเตอร์ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำได้โดยการให้อำนาจและให้โอกาส รูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำได้โดยหาสาเหตุภาวะไร้อำนาจเลือกกลยุทธ์/เทคนิค เสริมสร้างความสามารถ/แรงจูงใจ ส่งเสริม ช่วยเหลือ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร<sup>(9)</sup>

แม้ในปัจจุบันการรับรู้เกี่ยวกับเอ็ดส์ของคน ทั่วไปตลอดจนผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหาเอ็ดส์ได้เปลี่ยนแปลงไป จากการมองว่าเอ็ดส์นั้นร้ายแรง รักษาไม่หายมีอาการเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสู่การสามารถดูแลด้านคุณภาพชีวิตแล้วก็ตาม แต่เอ็ดส์ก็ยังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีลักษณะเฉพาะตัวในหลายแง่มุม ซึ่งต้องการการดูแลและจัดการเป็นพิเศษ<sup>(10)</sup>

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วย

กลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะที่ต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่น เพราะผู้ติดเชื้อจะมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ มีสภาพร่างกายและจิตใจที่อ่อนแอและต้องการแหล่งความช่วยเหลือ บทบาทของทีมสหวิชาชีพ นอกจากการรักษาตามอาการ แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง ที่สำคัญยังต้องมีการรักษาความลับผู้ป่วยให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจง จึงได้นำการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในคลินิกโรคเอดส์ (NAPHA CLINIC) ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2550 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของรูปแบบ การเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้า ตระหนักรู้ ตัดสินใจและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไปได้

### วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบสองกลุ่ม ก่อนและหลังการเข้ารับบริการ ในเรื่องของความรู้ เจตคติ และผลของการดูแลตนเองในเรื่องของการรับยา การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อัตราการเกิดเชื้อดื้อยา การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และศึกษาเปรียบเทียบผลเลือด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2550 ตามขั้นตอนดำเนินงาน ดังแสดงในรูปที่ 1

**ประชากร** คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลปากเกร็ดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการก่อนวันที่ 1 เมษายน 2550 และเข้ารับบริการเป็นลำดับที่ 36-99 จำนวน 64 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยเจาะจงเลือกกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ จากกลุ่มที่เข้ารับบริการตามลำดับเลขคู่ เพื่อให้บริการในรูปแบบเสริมพลังอำนาจอย่างเป็นระบบ เน้นการใช้การเสริมพลังอำนาจตามกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ

- หาสาเหตุภาวะไร้อำนาจ โดยร่วมกันหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่พอใจ ท้อแท้ความไม่เห็นคุณค่าในตนเอง สรุปลสาเหตุ

- เลือกกลยุทธ์และเทคนิค วางแผนหาแนวทางเทคนิคในการจัดสาเหตุ

- เสริมสร้างความสามารถ โดยเสริมสร้างมั่นใจว่าตนมีความสามารถ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ว่างใจ

- เสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ ชื่นชมยอมรับในความสำเร็จ รับฟังปัญหา กระตุ้นการประชมกลุ่ม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

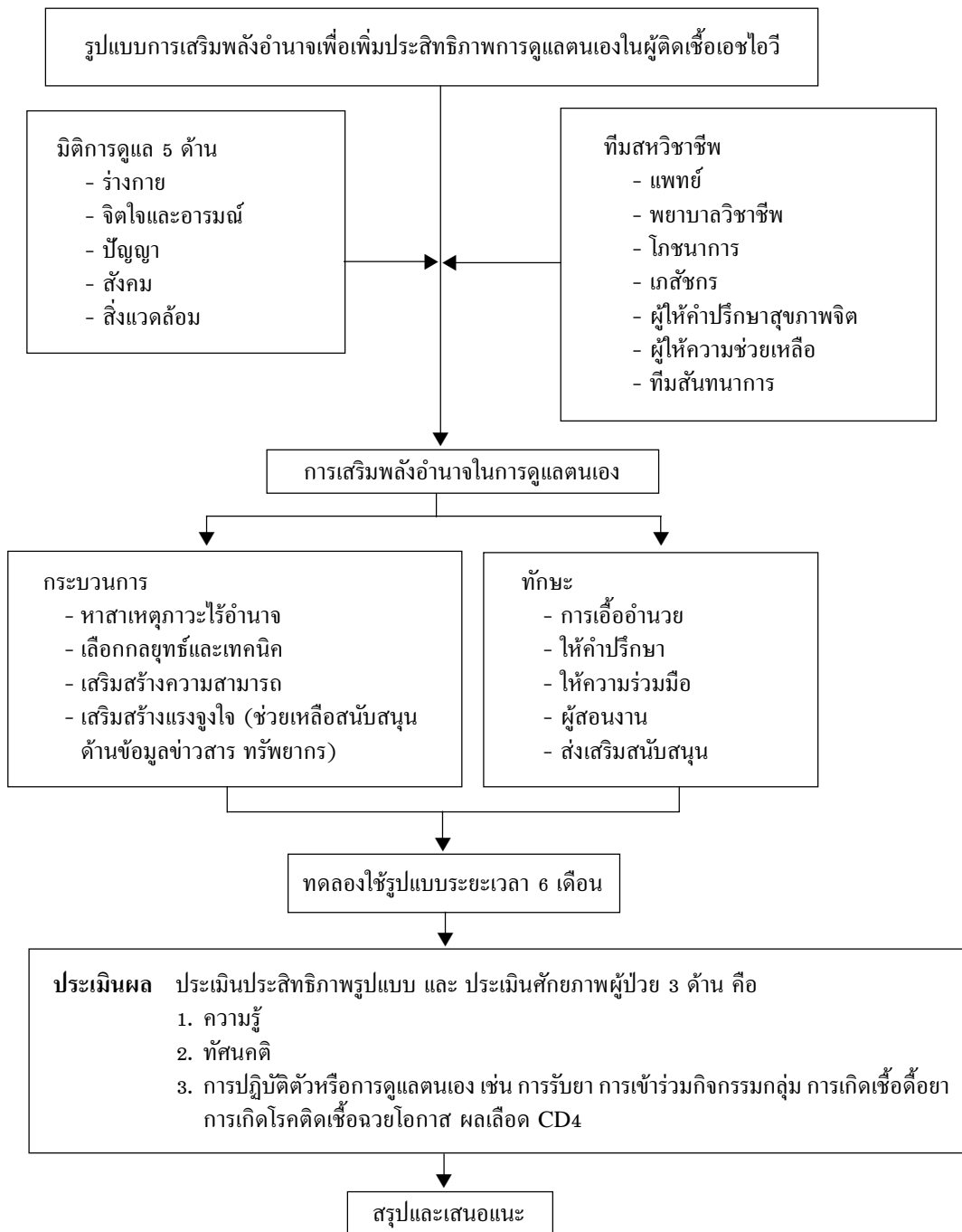
- เวนระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับยา การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อัตราการเกิดเชื้อดื้อยา แพ้ยา การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผลเลือด CD4

- แบบทดสอบความรู้ เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบถูกต้องเพียงตัวเลือกเดียว จำนวน 20 ข้อ

- แบบทดสอบเจตคติเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และเชิงลบ 10 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ

การจำแนกระดับคะแนนแบบทดสอบความรู้ คำนวณเป็นแบบอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน มีระดับความรู้ต่ำ คะแนนอยู่ในช่วง 7-13 คะแนน มีระดับความรู้ปานกลาง และคะแนนสูงกว่า 14 คะแนน มีระดับความรู้สูง

การจำแนกระดับคะแนนแบบทดสอบเจตคติ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือคะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน มีเจตคติเชิงลบ และคะแนนสูงกว่า 30 คะแนน มีเจตคติเชิงบวก<sup>(11)</sup>



รูปที่ 1 ขั้นตอนดำเนินงาน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบทดสอบวัดความรู้ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อหาความถูกต้องของการสร้างแบบวัด ความชัดเจน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของข้อความ หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วย

ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลปากเกร็ดก่อน 1 เมษายน 2550 ซึ่งเข้ารับบริการเป็นลำดับที่ 1-35 จำนวน 35 ราย เพื่อทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำผลของคะแนนมาวิเคราะห์เป็นรายข้อ หาค่าความยากง่าย โดยใช้สูตร  $P=$

R/N โดย P หมายถึงค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ R หมายถึงจำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ N หมายถึงจำนวนผู้ทำข้อสอบทั้งหมด เลือกเฉพาะข้อที่มีค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.2-0.8 หาค่าอำนาจจำแนก เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปไว้เป็นข้อสอบจริง หลังจากนั้นนำแบบทดสอบความรู้ที่ผ่านการคัดเลือกไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าความคงตัวภายใน (internal consistency) ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตรที่ 21 ตามสูตร  $r_{tt} = \{n/(n-1)\} \{1 - X(n-X)/ns^2\}$  เมื่อ  $r_{tt}$  หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ n หมายถึงจำนวนข้อ X หมายถึงคะแนนเฉลี่ย  $s^2$  หมายถึงความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด<sup>(12)</sup>

ในส่วนของแบบวัดเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.75 หลังจากสร้างและนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการสร้างแบบวัด ความชัดเจน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของข้อความแล้วจึงนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์รายข้อเพื่อหาอำนาจจำแนก โดยใช้ t-test เลือกข้อที่มีค่า  $t = 1.75$  หรือ 2.0 ขึ้นไป ซึ่งหมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือ 0.01 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach)<sup>(13)</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติ = 0.86

### การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้ paired t-test, independent t-test<sup>(13)</sup>

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.3 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ

37.5 สถานภาพส่วนใหญ่ สมรสแล้วร้อยละ 70.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 87.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4-7 คน ร้อยละ 65.6 ระยะเวลาการเป็นโรค เฉลี่ย 3-5 ปี ร้อยละ 39.1 (ตารางที่ 1)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลางร้อยละ 71.9 ภายหลังการทดลองระดับความรู้เปลี่ยนแปลงเป็นระดับความรู้สูงทั้งหมด ในกลุ่มควบคุมยังคงมีความรู้ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง เจตคติก่อนทดลองในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับเจตคติเชิงบวกร้อยละ 68.8 ภายหลังการทดลองระดับเจตคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองระดับเจตคติส่วนใหญ่เป็นเชิงบวกร้อยละ 65.6 แต่ภายหลังการทดลองลดลงจากเดิมเป็นร้อยละ 59.4

ค่าผลเลือด CD4 ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับต่ำกว่า 200 คิดเป็นร้อยละ 50 ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (200-500 เซลล์/มล.) ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มควบคุม ค่าผลเลือด CD4 ส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลางเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 2)

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจ ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยมาตามแพทย์นัดและได้รับยาต่อเนื่อง ร้อยละ 81.3 ในขณะที่กลุ่มทดลองมาพบแพทย์และได้รับยาต่อเนื่องครบถ้วน (100%) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ เจตคติ และผลเลือด CD4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว เจตคติและค่าผลเลือด CD4 ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงกล่าวได้ว่าภายหลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น มีเจตคติเพิ่มขึ้นในเชิงบวก และค่าผลเลือด CD4 ภายหลังการทดลองเพิ่ม

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (32 คน)		กลุ่มทดลอง (32 คน)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	(%)
<b>เพศต่ำกว่า</b>						
ชาย	21	65.6	15	46.9	36	56.2
หญิง	11	34.4	17	53.1	28	43.75
<b>อายุ</b>						
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0	1	3.1	1	1.56
21 - 30 ปี	3	9.4	3	9.4	6	9.38
31 - 40 ปี	12	37.5	12	37.5	24	37.50
41 - 50 ปี	10	31.2	11	34.4	21	32.81
51 - 60 ปี	7	21.9	4	12.5	11	17.19
61 ปี ขึ้นไป	0	0	1	3.1	1	1.56
	min=17	max=65	$\bar{x}$ =41.75	SD.=9.41		
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	5	15.6	5	15.6	10	15.63
คู่	21	65.6	24	75.0	45	70.31
ม้าย/หย่า/แยก	6	18.8	3	9.4	9	14.06
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	6	18.8	0	0	6	9.38
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	37.5	1	3.1	13	20.31
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	34.3	15	46.9	26	40.63
อนุปริญญา	3	9.4	16	50.0	19	29.68
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ทำงาน	1	3.1	3	9.4	4	6.25
รับจ้าง	28	87.5	28	87.5	56	87.50
ค้าขาย	2	6.3	1	3.1	3	4.69
ทำงานบริษัท	1	3.1	0	0	1	1.56
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>						
1-3 คน	10	31.3	12	37.5	22	34.38
4-7 คน	22	68.7	20	62.5	42	65.62
	min=2	max=6	$\bar{x}$ =3.92	SD.=1.14		
<b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b>						
1-3 ปี	14	43.8	9	28.1	23	35.94
3-5 ปี	9	28.1	16	50.0	25	39.06
5-10 ปี	9	28.1	6	18.8	15	23.44
10 ปี ขึ้นไป	0	0	1	3.1	1	1.56
	min=1	max=3	$\bar{x}$ =1.68	SD=0.728		

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ เจตคติ และผลเลือด CD4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (32 คน)				กลุ่มทดลอง (32 คน)				
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระดับความรู้</b>									
สูง	1	3.1	10	31.3	1	3.1	32	100.0	
ปานกลาง	17	53.1	22	68.8	23	71.9	0	0	
ต่ำ	14	43.8	0	0	8	25.0	0	0	
<b>เจตคติ</b>									
เชิงบวก	21	65.6	19	59.4	22	68.8	32	100.0	
เชิงลบ	11	34.4	13	40.6	10	31.3	0	0	
<b>ผลเลือด CD4</b>									
ไม่ดี (ต่ำกว่า 200)	17	53.1	13	40.6	16	50.0	10	31.3	
ปานกลาง (200 - 500)	12	37.5	15	46.9	14	43.8	20	62.5	
ดี (มากกว่า 500)	3	9.4	4	12.5	2	6.3	2	6.3	

ตารางที่ 3 การมาตามนัด การรับยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (32 คน)		กลุ่มทดลอง (32 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การพบแพทย์</b>				
ตามนัด	26	81.3	32	100.0
ไม่ตามนัด	6	18.8	0	0
<b>การรับยา</b>				
ต่อเนื่อง	26	81.3	32	100.0
ไม่ต่อเนื่อง	6	18.8	0	0

ตารางที่ 4 ระดับความรู้, เจตคติ และผลเลือด CD<sub>4</sub> ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	เวลา	กลุ่มควบคุม (32 คน)				กลุ่มทดลอง (32 คน)				
		$\bar{x}$	SD	t	p	เวลา	$\bar{x}$	SD	t	p
ความรู้	ก่อน	12.00	1.244	-8.784	<0.001	ก่อน	12.53	1.459	-13.891	<0.001
	หลัง	13.91	1.304			หลัง	17.25	1.244		
เจตคติ	ก่อน	10.78	1.74	-0.14	0.889	ก่อน	10.97	1.732	-15.198	<0.001
	หลัง	10.81	1.66			หลัง	16.72	1.350		
CD <sub>4</sub>	ก่อน	217.72	189.162	-4.00	<0.001	ก่อน	230.91	179.858	-7.20	<0.001
	หลัง	286.50	173.118			หลัง	310.09	185.879		

หมายเหตุ : ใช้การทดสอบค่าที (paired t-test)

ตารางที่ 5 ความรู้ เจตคติ และผลเลือด CD4 ก่อนและหลังทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	กลุ่ม	$\bar{x}$	SD	t	p	กลุ่ม	$\bar{x}$	SD	t	p
ความรู้	ทดลอง	12.53	1.244	-1.567	0.122	ทดลอง	17.25	1.244	-10.494	<0.001
	ควบคุม	12.00	1.459			ควบคุม	13.91	1.304		
เจตคติ	ทดลอง	10.97	1.684	-0.433	0.667	ทดลอง	16.72	1.350	-15.647	<0.001
	ควบคุม	10.78	1.712			ควบคุม	10.81	1.655		
CD <sub>4</sub>	ทดลอง	230.9	179.86	-0.286	0.776	ทดลอง	310.10	185.87	-0.525	0.601
	ควบคุม	217.72	189.16			ควบคุม	286.50	173.12		

หมายเหตุ : ใช้การทดสอบค่าที (independent t-test)

ขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 4)

การให้บริการโดยการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจ มีผลต่อระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ฯ เจตคติ และค่าผลเลือด CD4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มที่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจมีระดับความรู้และเจตคติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรกิติ ค่าผลเลือด CD4 ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน แม้ว่าค่าผลเลือด CD4 ของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ตารางที่ 5)

### วิจารณ์

จากการประเมินผลการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีในครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลปากเกร็ด มีระดับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีในการมีชีวิตอยู่ได้รับยาต่อเนื่องครบถ้วนทุกคน ผลเลือด CD4 เพิ่มขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคติดเชื้อฉวย

โอกาสและอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาได้มากกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับการวิจัยประเมินคุณภาพการบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของหน่วยงานสาธารณสุข 5 จังหวัดในสาธารณสุขเขต 8 ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพการบริการปรึกษาในผู้ป่วยเอดส์ มีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(14)</sup> ซึ่งการเสริมพลังอำนาจก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้คำปรึกษาเชิงลึก นอกจากนี้ยังพบว่า การเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีเจตคติเชิงบวกในการรับการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีเครือข่ายทางสังคมที่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลโดยชุมชนของจังหวัดเชียงรายที่พบว่า ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(15)</sup> และสอดคล้องกับการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาพัฒนาระบบการดูแลดีขึ้นอย่างชัดเจน ระบบให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์



มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>(16)</sup>

แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนเจตคติหลังการทดลองลดลง ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากภาวะโรคที่เป็น เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่มีความจำเพาะ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความท้อแท้และหมดกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่แล้ว ระยะเวลาการเป็นโรคนานขึ้น ความรู้สึกสิ้นหวังยิ่งมากขึ้นเป็นลำดับ ยังไม่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจตามรูปแบบที่จัดให้ คะแนนเจตคติจึงลดลงได้ตามระยะเวลา ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการเสริมพลังอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเป็นอย่างยิ่ง เจตคติของผู้ติดเชื้อก่อนการเสริมพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นเชิงลบ ผู้ติดเชื้อมีความเชื่อว่าสังคมมักรังเกียจและไม่อยากอยู่ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ของสถาบันราชภัฏฯ มีความเชื่อว่าคนเป็นเอดส์ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างปรกติ<sup>(17)</sup> ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรเน้นให้เห็นความสำคัญของการรับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงการดูแลครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนำองค์ความรู้ในเรื่องแนวคิด ทฤษฎีความรู้แต่ละสาขาวิชาชีพ องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น ทฤษฎีจิตวิทยาทางสังคม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการให้คำปรึกษา แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย<sup>(18)</sup> และควรมีการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมชาย อภินทนาพงศ์และทีมงานดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบฯ ขอขอบคุณ นายแพทย์สรภัญ ส่งเสริมพงษ์ นายแพทย์พิพัฒน์ กิตติไกรวัล และคุณนพดล สหสุนทรวุฒิที่ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ ขอขอบคุณคุณคุณพิรพล รัตน์ และ

คุณจิตภา รอดโพธิ์ทองที่ช่วยร่วมเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลสุดท้ายขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- UNAIDS/WHO วิเคราะห์สถานการณ์เอดส์. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.พ. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL : <http://www.unaids.org/bangkok>
- ศูนย์ข้อมูลระดับชาติ. รายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์ : สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย. นนทบุรี : สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. รายงานผลการทบทวนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทย. นนทบุรี : สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
- สำนักโรคระบาดวิทยา. นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค : พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : กองโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข; 2526.
- สำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2548. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548. หน้า 195.
- คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดนนทบุรี. การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี: เอกสารประกอบการประชุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดนนทบุรี ครั้งที่ 2 เรื่องสถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดนนทบุรี; 25 กันยายน 2550; ศาลากลางจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2550.
- Hawkes H. Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. J Adv Nurs 1992; 17(5):609-18.
- Guralnik D. Concept analysis of empowerment. New York: Simon & Schuster; 1970.
- Kanter R. Kanter's theory of structural power in organization. 2nd ed. New York: Basic Books; 1977.
- เกรียงไกร ศรีธวัช. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2545- 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: จตุพรการพิมพ์; 2549.
- ชนิดา ราธิ. การเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. วิถีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ : การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

13. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2538. หน้า 123.
14. กาญจนา กองโกก, รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์, บุญนัญ เล่าหะทองทิพย์, สุนทรภรณ์ โปศรี. การประเมินคุณภาพการบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของหน่วยงานสาธารณสุข 5 จังหวัด ในสาธารณสุขเขต 8. วารสารโรคติดต่อ 2542; 25:52-8.
15. ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการดูแลโดยชุมชนของจังหวัดเชียงราย. วารสารโรคติดต่อ 2542; 25:37-43.
16. กัทระ แสนไชยสุริยา. การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ 2546; 14:31-39.
17. ศิริพร วัชรการ, วีระ เศรษฐผล, ทวีศักดิ์ สังข์สุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี. วารสารโรคติดต่อ 2542; 25:59-63.
18. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. นโยบายสุขภาพและการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติ ประจำปี 2548. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลรามธิบดี; 2548.

**Abstract**    **Evaluation of Empowerment of HIV/AIDS Patients for Care Improvement in Pakkred Hospital Nonthaburi Province**

**Anukul Ekkul**

Pakkred Hospital, Nonthaburi

*Journal of Health Science* 2008; 17:SII540-50.

This evaluation was a quasi-experimental research comparing 2 groups selected by systematic random sampling with service-sequence numbers and compared pre and post-results of intervention within 6 months. The research instruments included a set of questionnaire on knowledge and attitude. Outcomes of self-care also included ARV drug advocacy, doctor's appointment and levels of CD<sub>4</sub>. The statistical analysis was based on descriptive analysis in percentage, arithmetic means, standard deviations, maximum, minimum values and inferential analysis in paired t-test and independent t-test at the 0.05 level of significance.

The results showed that the empowerment of HIV/AIDS patients had positive effect on patients' self-care behaviors. After the experiment, the levels of knowledge, attitude and CD<sub>4</sub> values were higher than those reported in the pre-test with statistical significance at 0.01 level. The patients' visits became regular and ARV drug advocacy fully strengthened. Complications were then minimized. Infected patients had a network for sharing their experiences and helping each other. The extended treatment could be prevention from drug resistance which was important for HIV/AIDS patients. Health officers should pay attention to patients orientation and holistic care while supporting new information on medication. Application of empowerment model can become beneficial to health care for cancer and other chronic disease patients.

**Key words:**    **evaluation, empowerment, HIV/AIDS patients, Nonthaburi Province**