



ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ Effect of Holistic Care Model on Self care Behavior of People Living with HIV/AIDS

ปจรรย์ หนูอินทร์^{1*}

Pajaree Nooin^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีผลการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด >50 copies/ml แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -14.37, 95% CI: -16.69 ถึง -12.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -8.53, 95% CI: -11.47 ถึง -5.60)

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

¹ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง 93000

¹ Register nurse (Professional Level) Department of Outpatient Nursing Phatthalung Hospital, Phatthalung Province, 93000, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effect of holistic care model on self-care behavior of people living with HIV/AIDS. The sample consisted of 60 people living with HIV/AIDS, recruited through simple random and sampling according to specific inclusion criteria: the amount of HIV in the bloodstream > 50 copies/ml. These were assigned into two groups, experimental and control groups, with 30 per group. The experimental group received the holistic care model on self-care behavior for 12 weeks, and the control group received the usual care. The research instruments comprised: 1) experiment instruments including the holistic care model on self-care behavior, and 2) the self-care behavior questionnaire of people with HIV / AIDS. Results revealed that the mean scores of self-care behavior in the experiment group after receiving holistic care model at posttest was significantly higher than at pretest (Mean difference = -14.37, 95% CI: -16.69, - 12.05). The mean score of self-care behavior at posttest of the experimental group was significantly higher than that of the control group (Mean difference = -8.53, 95% CI: -11.47, - 5.60).

Keywords: Holistic Care Model, Self-care Behavior, People Living with HIV/AIDS

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากลักษณะของโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากรายงานของ สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานบริการสะสมจำนวน 562,936 ราย ซึ่งมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 339,614 ราย และกินยาต้านไวรัสมีค่าไวรัสในกระแสเลือดสูงกว่า 50 copies/ml จำนวน 21,376 ราย และมีผู้เสียชีวิต 144,731 ราย⁽¹⁾ สำหรับข้อมูลคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลพัทลุง มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สะสมจำนวน 2,195 ราย มีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 1,407 ราย ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสมีค่าไวรัสในกระแสเลือดสูงกว่า 50 copies/ml จำนวน 286 ราย และมีผู้เสียชีวิต 571 ราย จะเห็นว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ติดเชื้อที่รับประทายาต้านไวรัส และไม่สามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ให้น้อยกว่า 50 copies/ml

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนไม่น้อย ยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เหมือนคนปกติ⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทายาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการป้องกันถ่ายทอดเชื้อหรือรับเชื้อเพิ่ม ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น จนเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลว หรือป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส เมื่อเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัว จากการสูญเสียรายได้ ทำให้สภาพความเป็นอยู่ต้องเปลี่ยนแปลงไป และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค^(3,4) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ จะมีสุขภาพแข็งแรง และไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส⁽⁵⁾

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม การส่งเสริม ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเอง สามารถเผชิญ กับปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม โดยการประยุกต์ใช้แผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีแบบองค์รวมตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ ช่วยให้ พยาบาลสามารถประเมินและวางแผนการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม มิติกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁶⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการ ดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับตัว กับสถานการณ์ติดเชื้อได้^(7,8) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานยาต้าน ไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลา การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาตรวจ รักษาตามนัด มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จะมีผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์⁽⁴⁾ สามารถคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างคนปกติ⁽⁹⁾ และมีชีวิตที่สมดุล^(7,8,10) ประกอบกับ จากประสบการณ์ ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ของผู้วิจัย พบว่า เมื่อติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพที่ดี สามารถลดอัตราการนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาล และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ช่วยลดงบประมาณของประเทศชาติได้

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ในฐานะ ที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลให้การปรึกษา ในคลินิกให้การ ปรึกษาโรคเอดส์ จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อ นำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre-test post-test design) โดยทำการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการคลินิกใจประสานใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง ตั้งแต่ พฤษภาคม 2563 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีผลการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด >50 copies/ml โดยกำหนด กลุ่มตัวอย่าง จากการ ใช้ Power analysis⁽¹¹⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และ กำหนดค่าอิทธิพลของตัวแปร เท่ากับ 0.85 จากการ เปิดตารางค่าเฉลี่ยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย การ เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่คืน เข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกำหนดเกณฑ์คัด เข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินดีและสมัครใจในการวิจัย ครั้งนี้ 4) ได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนเริ่มต้นโปรแกรม ไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดโครงการ ระยะเวลา 3-4 เดือนของการดูแล รักษาต่อเนื่อง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สมัครใจหรือขอลอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าโปรแกรมครบตามขั้นตอน 2) อาการทรุดลงหรือเสียชีวิต 3) ผู้ป่วยโรคทางจิตระยะควบคุมอาการทางจิตไม่ได้

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประวัติการรักษา จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติหยุดการรักษา/หยุดกินยาต้าน การป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับภูมิคุ้มกันในเลือด ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ประวัติการเปลี่ยนสูตรยา และสูตรยาต้านที่ใช้ในปัจจุบัน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ อรดี⁽⁴⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 23 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม เท่ากับ 0.91

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ชุดโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากชุดความรู้ การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS treatment literacy) ของสำนักโรคเอดส์⁽¹²⁾ และแนวทางการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹³⁾ ประกอบด้วยเนื้อหา 7 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคเอดส์ 2) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส 3) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส 4) การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม 5) การจัดการความเครียด 6) การส่งเสริมสุขภาพ และ 7) การสร้างพลังใจและการวางแผนชีวิต กำหนดเวลาทำกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 โดยกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ มีดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 การสอนสุขศึกษาและให้ข้อมูลตามชุดความรู้ (กลุ่มย่อย 8-10 คน) โดยใช้สื่อสไลด์ เรื่องที่ 1-4 คือ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ใช้เวลา 90 นาที เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้วิจัยให้เอกสารคู่มือชุดความรู้การดูแลสุขภาพ และสมุดบันทึกติดตามการรักษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น พร้อมขอเบอร์โทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าไลน์คลินิกใจประสานใจเพื่อติดตามให้ข้อมูลความรู้ และตอบข้อสงสัย

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเพื่อทบทวนเนื้อหาที่สอน และการปฏิบัติตามชุดความรู้ ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย พร้อมซักถามข้อสงสัย และ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ใช้เวลา 10-15 นาที

ครั้งที่ 3 : สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตัวตามชุดความรู้เพื่อกระตุ้นเตือนพร้อมซักถามข้อสงสัย /ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ใช้เวลา 10 - 15 นาที

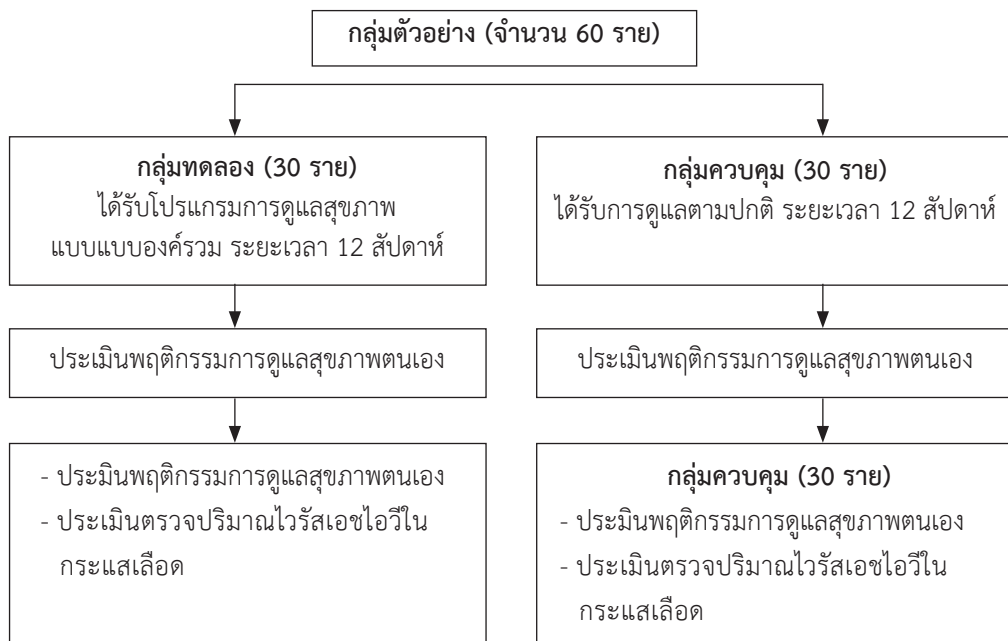
ครั้งที่ 4 : สัปดาห์ที่ 4 นัดติดตามคลินิกใจประสานใจ ให้ข้อมูลตามชุดความรู้ และฝึกทักษะ (กลุ่มย่อย 8-10 คน) ทบทวนข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตัวที่แนะนำ สัปดาห์ที่ 1-3 หลังจากนั้นเริ่มกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้สื่อสไลด์ และฝึกทักษะ เรื่องที่ 5-7 คือ การจัดการความเครียด การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างพลังใจและการวางแผนชีวิต ใช้เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 5 : สัปดาห์ที่ 8 นัดติดตามคลินิกใจประสานใจ (กลุ่มย่อย 8-10 คน) /ทบทวนเนื้อหาและการปฏิบัติตัวตามชุดความรู้เรื่องที่ 1-7 พร้อมซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยแกนนำผู้ติดตามเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 6 : สัปดาห์ที่ 12 ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และตรวจปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ดังแสดงในภาพที่ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ได้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน นัดมาทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Pre-test) หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 – 4 ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 5-6 ห่างกัน 4 สัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (Post-test) และตรวจปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ประเมินภาวะสุขภาพ



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง เลขที่ 15/2563

ลงวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือเข้า

ร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นการเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มทดลองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุม หลังและก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 และ 53.3 ตามลำดับ อายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 20– 39 ปี (ร้อยละ 56.7) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 40 ปี – 62 ปี (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 53.3 และ 50 ตามลำดับ อาชีพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง ร้อยละ 60.0 และ 73.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานะภาพคู่ ร้อยละ 50

ส่วนระยะเวลาได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการรักษา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.6 และ 40.0 ตามลำดับ ประวัติหยุดการรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยหยุดการรักษา ร้อยละ 40.0 และ 46.7 ตามลำดับ ประวัติป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 26.7 และ 53.3 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test (χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน ที่นัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.90; 95% CI: -4.47 ถึง 2.69) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-8.53; 95% CI: -11.47 ถึง -5.60) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	Mean diff.	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	25.00	6.75	0.90	-4.47 ถึง 2.69	0.616
กลุ่มควบคุม (n = 30)	24.10	7.07			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Mean diff.= Mean difference

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	Mean diff.	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	39.37	4.21	-8.53	-11.47 ถึง -5.60	<0.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	29.93	6.62			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Mean diff.= Mean difference

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังและก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-14.37; 95% CI: -16.69 ถึง -12.05) ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-5.83; 95% CI: -7.72 ถึง -3.94) ดังแสดงในตารางที่ 3

เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อน

และหลังทดลอง พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-8.53; 95% CI: -11.47 ถึง -5.60) ดังแสดงในตารางที่ 4

เปรียบเทียบการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดหลังการทดลอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มทดลองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุม หลังและก่อนการทดลอง (n = 60)

คะแนนพฤติกรรม	Mean	SD	Mean diff.	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)					
หลังการทดลอง	39.37	4.21	-14.37	-16.69 ถึง -12.05	<0.001
ก่อนการทดลอง	25.00	6.75			
กลุ่มควบคุม (n = 30)					
หลังการทดลอง	29.93	6.62	-5.83	-7.72 ถึง -3.94	<0.001
ก่อนการทดลอง	24.10	7.07			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Mean diff.= Mean difference

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D	Mean diff.	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
กลุ่มทดลอง (n = 30)	25.00	6.75	39.37	4.21	14.37	-8.53	-11.47 ถึง -5.60	<0.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	24.14	7.07	29.93	6.62	5.83			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Mean diff.= Mean difference, D = difference

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดหลังการทดลอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มทดลองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุม

การควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวี ในกระแสเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	n	%	n	%		
ควบคุมได้ (≤ 50 copies/ml)	23	76.7	7	23.3	17.067	<0.001
ควบคุมไม่ได้ (> 50 copies/ml)	7	23.3	23	76.7		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ที่สำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากชุดความรู้ การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS treatment literacy) ของสำนักโรคเอดส์⁽¹²⁾ ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใน 4 มิติ คือ 1) มิติด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม 2) มิติด้านจิตใจ กิจกรรมส่งเสริมการจัดการความเครียดด้วยตนเอง 3) ด้านสังคม การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนผู้ติดเชื้อ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนรูปแบบต่างๆ

และ 4) มิติจิตวิญญาณ กิจกรรมส่งเสริมการสร้างพลังใจและการวางเป้าหมายชีวิต โดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับคณิสสรและสมาลี⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปัญหาที่เผชิญอยู่ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผลให้เกิดความไว้วางใจและมีความมั่นใจ จนสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี, สุวิมล, และประทีป⁽¹⁵⁾ ศึกษากระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า คณะนรพรพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มากกว่าก่อนกระบวนการเสริมพลัง

การปรับปรุงแบบการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ การสื่อสาร ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย การจัดทำชุดข้อมูลความรู้และแผนการสอนโดยการบรรยาย สาธิตและฝึกทักษะ รวมทั้ง การจัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่ม โดยมีแกนนำผู้ติดเชื้อร่วมถ่ายทอดบทเรียนโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคตรง ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้ากลุ่มพบปะกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยสะท้อนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เห็นว่าตนเองมีคุณค่าสามารถเอาชนะการติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาได้⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มผู้ติดเชื้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้ากลุ่ม มีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือมีความรู้ เจตคติ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้ากลุ่ม สอดคล้องกับคำกล่าวของสุวรรณ⁽¹⁷⁾ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประโยชน์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกัน จะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีการแสวงหาแหล่งข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับ

แผนการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

การนัดหมายติดตามเป็นระยะและเพิ่มช่องทางการติดตามทางโทรศัพท์ มีความสำคัญสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการติดตามอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า และเป็นภาระ ดังนั้นการติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งแสดงออกถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ และที่สำคัญเป็นการให้คำปรึกษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง⁽¹⁸⁾ ฉะนั้นการติดตามกระตุ้นเตือนตอบข้อสงสัยทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ และการเพิ่มช่องทางการสื่อสารทางไลน์ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวัตร⁽¹⁹⁾ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอันมาก

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (VL < 50 copies/ml) ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว เพนเดอร์ (Pender) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมายสุดท้ายจะมุ่งไปสู่การบรรลุผลลัพธ์

ของสุขภาพด้านบวกของผู้รับบริการ ดังนั้น บุคคลที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในการป้องกันโรค⁽²⁰⁾ ฉะนั้นหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เกิดการเรียนรู้แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เช่น มารับบริการตามนัด การส่งเสริมวินัยในการรับประทานยา การใช้ช่องทางติดต่อบุคลากรเมื่อมีปัญหา ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองจนสามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้ดีตามเป้าหมาย (VL <50 copies/mL) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราไฟ นางเยวาร์ และจิตตารณ⁽²¹⁾ ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนิพัทธ์⁽²²⁾ ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ดังนั้น โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการพัฒนาเนื้อหาจากชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS treatment literacy) ของสำนักโรคเอดส์ มาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรม ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ และการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับบริบทกลุ่มตัวอย่าง เช่น รูปแบบการสอนอย่างมีขั้นตอน การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยแกนนำผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วม การเพิ่มช่องทางการนัดหมายและการติดตามต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเกิดความตระหนักถึงปัญหาตนเอง และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความ

สามารถในการดูแลตนเอง ผู้ติดเชื้อติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกิดความตระหนักในการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่เชื้อหรือรับเชื้อเพิ่ม และเกิดผลลัพธ์จากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จนสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ควรได้รับการติดตามและวัดคะแนนพฤติกรรมในระยะกลางและระยะยาวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน
2. ควรจัดการอบรมความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แก่พยาบาลรับผิดชอบคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถนำไปประยุกต์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับผิดชอบได้
3. ควรนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสรายใหม่ หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีโรคร่วม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้ดี

References

1. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of AIDS Patient in Thailand. [Internet]. 2019 [Accessed 31 October 2019] Available from http://www.boe.moph.go.th/files/report./20141128_61345755.pdf.
2. Uthis, P., Khunbutri, N. Guideline to Self-Care for People Living with HIV enhance value, reduce self-stigma. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2017. (In Thai)
3. Ongwandee, S., Boddy. Thailand. National guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2014. Bangkok: Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand; 2014.
4. Chotisen, O., Praditbatuka, S., Cheevakasam-sook, A. Factors Related to People living with HIV/AIDS Behaviors at Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16(1): 41-50. (In Thai)
5. Kongblod, S., Janepanish, P., Panpukdee, O. Perceived Self-Care Demands and Self-Care Behavior of AIDS Patients with Opportunistic Infections. Rama Nurse Journal 2515; 21(1): 38-50. (In Thai)
6. Chaiyasit, Y. Application of Functional health patterns for Holistic nursing with Evidence-based practices. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2013; 31(2): 100-110. (In Thai)
7. Balthip, Q., Petchruschatachart, U., Piriya-koon-torn, S., Boddy, J. Achieving Peace and Harmony in Life: Thai Buddhists Living with HIV/AIDS. International Journal of Nursing Practice 2013; 19(2): 7-14.
8. Balthip, Q., Purnell, M. Pursuing meaning and purpose in life among Thai adolescents living with HIV: A grounded theory study. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2014; 25(4): 27-38.
9. Kaewdang, K., Rachaniyom, S. Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient. Journal of Phrapokklao Nursing College 2015; 26(1): 128-135. (In Thai)
10. Balthip, Q., Chandrema, S. Process of Establishing Purpose of Life of Thai Teenagers living with HIV. Songklanagarind Journal of Nursing 2013; 33(3): 1-15. (In Thai)
11. Polit, D.F., Beck, C.T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott; 2008.
12. Bureau of AIDS, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. HIV/AIDS Treatment Literacy: The agricultural co-operative federation of Thailand Publishing Limited; 2012. (In Thai).
13. National Health Security Office, Thailand. National guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017. Bangkok: Sahamitr printing and publishing company limited; 2017. (In Thai)
14. Somkumlung, P., Suwannakom, D. Nursing practice for spiritual well-being dimension in Terminal ill patients. Journal of Nursing Science & Health 2009; 32(2): 98-110.

15. Phongprapapan, P., Sanveingchan, S., Panya, P. Models to promote integral health care in diabetic patients at Wat Puranawas Community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2013; 22(3): 100-111. (In Thai)
16. Samitakestrin, S. A study of the mental health of people with HIV who attended the Infectious People Club. Bangkok: Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand; 2009.
17. Boonyaleepun, S., Boddy. Health Behaviors of Working – Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy in a Tertiary Care Hospital. *Nursing Journal*. 2013; 40(1): 1-13. (In Thai)
18. Veerakul, K. Factors Affecting the Cooperation of Treatment Behavior among HIV Infected/ AIDS Patients Attending Antiretroviral Therapy Program at Thung Tako Hospital, Chumphon Province. The 2nd STOU Graduate Research Conference; 2554.
19. Aksirivaranon, S. The development of care models to meet the needs of people living with HIV / AIDS patients in Dan Makham Tia hospital, Kanchanaburi. *Thai AIDS Journal*. 2010; 22(2): 85-92. (In Thai)
20. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parson, M.A. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
21. Hanmon, R., Kasatpiba, N., Chitreechuer, J. Effects of Self-management Enhancement on Antiretroviral Drug Adherence and Risk Behaviors among People Living with HIV/ AIDS. *Nursing Journal*. 2013; 40(3): 40-49. (In Thai)
22. Midkhuntod, J. Treatment Literacy of HIV/ AIDS Patients: A Case Study of Takhli Hospital, Nakhonsawan. *Thai AIDS Journal*. 2019; 31(2): 85-99. (In Thai)