

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Effects of Self-Management Program on Health Behaviors among People Living with HIV

นุสรุา วงษ์พานิช* ป.พย.

Nusara Wongpanit* Dip in N.S.

ศศิธร ชิดนายิ** กศ.ด. (หลักสูตรและการสอน)

Sasidhorn Chidnayee** Ed.D. (Curriculum and Instruction)

ศุทธิณี วัฒนกุล*** ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Suttini Wattanakul*** M.Sc. (Public Health)

* โรงพยาบาลสันกำแพง เชียงใหม่ Sankamphaeng Hospital, Chiang Mai

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ Faculty of Nursing, Nakhon Sawan Rajabhat University

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: Feb 4, 2026

Revised: Mar 18, 2026

Accepted: Apr 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนามาจากแนวคิดของ Creer (2000) ระยะเวลา 16 สัปดาห์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเปรียบเทียบพฤติกรรมรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านการรับประทานอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ABSTRACT

This quasi-experimental study, one-group pre-test and post-test, examined the effects of a self-management program on health behaviors among people living with HIV aged 20 years and older. The sample were 30 people living with HIV (PLHIV) with a history of inconsistent adherence to antiretroviral therapy over the past six months. Sample were selected using purposive sampling from patients receiving treatment at Sankamphaeng Hospital, Chiang Mai. The self-management program based on Creer's self-management framework was used for 16 weeks. Data was collected using a validated health behavior questionnaire and analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The findings indicated that overall health behaviors increased significantly ($p < 0.05$). Comparisons by aspect showed that medication adherence, exercise, and managing mental distress also increased significantly ($p < 0.05$). While dietary behavior scores were not statistical significance. These findings suggest that a self-management program is an effective intervention for enhancing health behaviors among PLHIV and may be integrated into nursing practice to support long-term treatment adherence and holistic health management.

Key words: Self-management program, Health behavior, People living with HIV, Medication adherence

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) และการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยสะสม 444,974, 436,169 และ 440,944 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 25,245, 17,931 และ 8,869 ราย ตามลำดับ (ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2567) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ติดเชื้อสะสม 20,952, 21,318 และ 21,724 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 994, 593 และ 342 ราย ตามลำดับ อีกทั้งในปี พ.ศ. 2568 มีผู้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ 86.16 และมีผู้เสียชีวิตสะสม 5,227 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2568) สถานการณ์

ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

นโยบาย Same-Day Antiretroviral Therapy (Same-Day ART) เน้นการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสทันทีหลังการวินิจฉัย ประกอบด้วยการประเมินความพร้อมการชั่งประวัติและตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น CD4 และการเริ่มยาต้านไวรัส ควบคู่กับการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงการส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันการแพร่เชื้อ การมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา อย่างไรก็ตาม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นประเด็นท้าทาย โดยเฉพาะความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การจัดการความเครียด และการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครียร์ (Creer, 2000) ได้รับการยอมรับว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพิ่มระดับ CD4 และลดปริมาณไวรัสในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (ภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ, 2567)

โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยสะสม 366, 370 และ 379 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 12, 18 และ 22 ราย และผู้ป่วยดื้อยา 5, 3 และ 6 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Poor adherence < 95%) จำนวน 77, 85 และ 87 ราย (โรงพยาบาลสันกำแพง, 2567) แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบบริการ เช่น การให้คำปรึกษา ก่อนเริ่มยา การประสานงานสหวิชาชีพ และระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด แต่ยังคงพบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่มาตามนัด และมีความทุกข์ทางจิตใจ

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี มีบทบาทสำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลงและเพิ่มระดับ CD4 ไม่เกิดการดื้อยา และไม่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แนวคิดของแครียร์

การศึกษาพบว่า การจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งผู้ป่วยเอชไอวี ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครียร์ (Creer, 2000) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ระยะเวลาของโปรแกรม 16 สัปดาห์ ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 มกราคม 2569

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567 รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน และมีประวัติรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 87 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน และมีประวัติการรับประทานยาต้านไม่สม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 30 ของประชากร เนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2560; Mugenda & Mugenda, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน จึงปรับเพิ่มเป็น 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี อายุ 20 ปีขึ้นไป รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน และมีประวัติ

การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้อแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะดื้อยา 2) เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นรับยาสูตรอื่น 3) ติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4) มีเหตุการณ์หรือผลกระทบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น อุบัติเหตุ หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5) ขาดการเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้งขึ้นไป 6) ย้ายที่อยู่อาศัยไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพอื่น และ 7) แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่พัฒนาจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแครียร์ (Creer, 2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันเตือนการรับประทานยาและคู่มือการจัดการตนเอง 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมปฏิบัติ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์

2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และวิชาการ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการความทุกข์ด้านจิตใจ และแบบบันทึกการรับประทานยา และอาการผิดปกติของตนเองการบันทึกเวลาที่รับประทานยา อาการผิดปกติจากการรับประทานยา จัดทำเป็นเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เพื่อแจ้งเตือนในช่องทางไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ (2567) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาและระยะเวลาที่ติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 23 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยคำถามเชิงบวกมีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบระดับคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79 หมายถึง ระดับน้อยมาก

ค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19 หมายถึง ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไป

ทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันกำแพง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94 สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามความเข้าใจที่ตรงกัน ก่อนนำไปปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ขออนุญาตการวิจัยก่อนการศึกษาจากผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสันกำแพง

2. ขั้นตอนการ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการจัดกิจกรรม การอบรม ผลประโยชน์ที่จะได้รับ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ การลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา การรายงานผลการวิจัยในภาพรวม และประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้ว มีกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินกิจกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 4 กิจกรรม การเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้และทักษะการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอ โดยประเมินความพร้อมจากการสังเกตและการสาธิตย้อนกลับ โดยใช้กิจกรรมการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และฝึกให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย พิจารณาร่วมกับผู้วิจัย พร้อมกับสอบถามข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และสามารถตั้งเป้าหมายในคู่มือได้

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวิธีการรวบรวมและบันทึกข้อมูลอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ ใช้แอปพลิเคชันเตือนการรับประทานยา บันทึกเวลาในการรับประทานยา ด้านไวรัสในแต่ละวัน ลงในสมุดคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เฝ้าระวังตนเองและสังเกตตนเอง รวมถึงรับรู้ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยประเมินจากการบันทึกเวลาในการรับประทานยาทุกวันตลอดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินจากสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ ผู้วิจัยให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างวิธีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเปรียบเทียบจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 -15 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการจัดการตนเองที่ได้ตัดสินใจเลือกเป้าหมาย และเลือกวิธีการไปปฏิบัติที่บ้าน โดยมีกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและบันทึกข้อมูลตามที่ได้ฝึกทักษะ ได้แก่ สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและประเมินข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบและประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากพบอาการผิดปกติ ปัญหาหรือความสงสัยในการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยทางกลุ่มไลน์หรือโทรศัพท์ ที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนเลือกเป้าหมายหรือแนวทางที่ตนเองพิจารณาจากข้อมูลต่างๆ และปรับแผนการดูแลตนเองได้

ทั้งนี้ในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ได้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนคิด โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามแพทย์นัด หรือหากในรายที่ไม่ได้มาตามนัด ผู้วิจัยติดต่อทางไลน์ส่วนตัวหรือโทรศัพท์โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย ในระยะนี้ กลุ่มตัวอย่างนำคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีแบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง การบันทึกเวลาที่รับประทานยา อาการผิดปกติจากการรับประทานยา ที่ได้บันทึกข้อมูลมาพูดคุยกับผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมกับประเมินสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ แนวทางการปรับปรุงแก้ไข และนำไปสู่การเลือกเป้าหมายใหม่ การวางแผนปรับเปลี่ยนในขั้นตอนที่ 2-5 ที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่จะช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในระยะนี้ผู้วิจัยได้เสริมสร้างพลังใจให้กลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 16 เป็นสัปดาห์เสร็จสิ้นโปรแกรมหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนตนเองแล้ว โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนตนเองให้นักวิจัยทราบว่าได้ประเมินสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร และนำไปสู่การเลือกเป้าหมายใหม่ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงการการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2025/174.18.03 วันที่ 26 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ในการศึกษา การรายงานผลการศึกษารายงานแบบภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.30 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 66.60 สถานภาพโสด ร้อยละ 36.70 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 43.30 ประถมศึกษา ร้อยละ 36.70 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 53.30 ค้าขาย ร้อยละ 26.30 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.60 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.70 มีระยะเวลาการติดเชื้อมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.40 ระยะเวลา 1-5 ปี และ 5-10 ปี ร้อยละ 23.30 เท่ากัน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเฉลี่ย 8 ครั้งในระยะ 6 เดือน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านการรับประทานอาหารที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกรายด้านและโดยรวม (n=30 คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการรับประทานยา	4.022	0.495	4.678	0.353	-2.201	0.001*
ด้านการรับประทานอาหาร	3.757	0.618	4.019	0.515	-1.928	0.057
ด้านการออกกำลังกาย	3.310	0.910	3.880	0.810	-3.119	0.002*
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.133	0.458	4.433	0.491	-2.832	0.004*
โดยรวม	3.846	0.436	4.275	0.363	-3.759	0.001*

*p-value<0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานยา

ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา พบว่าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อพิจารณา

รายชื่อพบว่า ข้อ 3 ไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากยาต้านไวรัสยังไม่หมด ข้อ 5 ไม่รับประทานยาสมุนไพรอื่นใดที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง และข้อ 6 สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีผื่นขึ้นตามตัว เป็นต้น ภายหลังรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานยาจำแนกรายข้อและโดยรวม (n=30 คน)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. รับประทานยาด้านไวรัสตามขนาดและจำนวนตามแพทย์สั่ง	4.87	0.51	4.94	0.25	-0.817	0.414
2. รับประทานยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องประจำทุกวัน	4.80	0.49	4.90	0.31	-1.342	0.180
3. ไม่มาตรวจตามนัด เนื่องจากยาต้านไวรัสยังไม่หมด	4.17	1.37	4.83	0.38	-2.581	0.010*
4. รับประทานยาด้านไวรัสตรงตามเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา	4.63	0.67	4.67	0.61	-0.284	0.776
5. ไม่รับประทานยาสมุนไพรอื่นใดที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	2.40	1.79	4.40	0.89	-3.873	0.001*
6. สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีผื่นขึ้นตามตัว ภายหลังรับประทานยา	3.27	1.44	4.33	0.99	-3.010	0.003*
โดยรวม	4.02	0.50	4.68	0.35	-2.201	0.001*

*p-value<0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานอาหาร

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารโดยรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อ 6

รับประทานไขมันดี เช่น ถั่ว น้ำมันจากพืชและอะโวคาโด เป็นต้น ในปริมาณที่เหมาะสม (สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี ไม่เกินวันละ 5 ช้อนชาสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี ไม่เกิน 7 ช้อนชา และสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,400 กิโลแคลอรีไม่เกิน 9 ช้อนชา) เพียงข้อเดียวที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการรับประทานอาหารจำแนกรายข้อและโดยรวม (n=30 คน)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. บริโภคผลไม้และผักในปริมาณครึ่งหนึ่งของอาหารในแต่ละมื้อ	3.77	1.01	3.80	0.81	-0.078	0.938
2. รับประทานโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ในปริมาณมากกว่า 2 เท่าของคนปกติคือมากกว่า 12 – 24 ช้อนต่อวัน	3.67	0.99	3.83	0.79	-0.699	0.485
3. ปรงอาหารโดยล้างวัตถุดิบที่ใช้ปรุงอาหารอย่างสะอาด เลือกใช้วัตถุดิบที่มีเครื่องหมายรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)	4.33	0.99	4.30	1.12	-0.314	0.754
4. ไม่รับประทานอาหารหมักดอง และทำอาหารให้สุกก่อนรับประทาน	3.53	1.17	3.90	1.19	-1.258	0.208
5. จำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือ ปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวันโดยประมาณและปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน	3.53	1.43	3.87	1.07	-1.211	0.226
6. รับประทานไขมันดี เช่น ถั่ว น้ำมันจากพืชและอะโวคาโด ในปริมาณที่เหมาะสม (สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี ไม่เกินวันละ 5 ช้อนชาสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี ไม่เกิน 7 ช้อนชา และสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,400 กิโลแคลอรีไม่เกิน 9 ช้อนชา)	3.07	1.23	3.87	0.97	-2.705	0.007*
7. ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วต่อวัน	4.40	0.81	4.57	0.62	-1.249	0.212
โดยรวม	3.76	0.62	4.02	0.52	-1.928	0.057

*p-value < 0.05

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการออกกำลังกาย

หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อ 4 หากท่านไม่ออกกำลังกายท่านจะมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การรดน้ำต้นไม้ การล้างรถ การทำความสะอาดบ้านเรือนแทน เพียงข้อเดียวที่ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการออกกำลังกายจำแนกรายข้อและโดยรวม (n=30 คน)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิค ได้แก่ การเดิน แอโรบิค การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว อย่างใดอย่างหนึ่ง	2.83	1.15	3.53	1.14	-2.609	0.009*
2. ท่านออกกำลังกายวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 วัน และไม่เกิน 6 วันต่อสัปดาห์	2.80	1.24	3.57	1.19	-2.771	0.006*
3. ท่านจะพยายามแบ่งเวลามาออกกำลังกายในแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที แบ่งเป็น ในการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 นาที ออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเวลา 20 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายอย่างน้อย 5 นาที	3.23	1.36	3.97	1.03	-2.523	0.012*
4. หากท่านไม่ออกกำลังกายท่านจะมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การรดน้ำต้นไม้ การล้างรถ การทำความสะอาดบ้านเรือน แทน	4.37	0.85	4.47	0.73	-0.579	0.562
โดยรวม	3.31	0.91	3.88	0.81	-3.119	0.002*

*p-value<0.05

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมจัดการความทุกข์ทางจิตใจ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อ 1 ท่านสามารถจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือตลก ดูละคร ร้องเพลง ฟังดนตรี การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ เป็นต้น ข้อ 2 ถึงแม้ว่าท่านยังป่วยอยู่ ท่านสามารถจัดการกับความทุกข์ได้และข้อ 4 ท่านขอคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เมื่อเกิดความไม่สบายใจ หรือความทุกข์ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนข้ออื่นไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจจำแนกรายข้อและโดยรวม (n=30 คน)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการ ความทุกข์ทางจิตใจ	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ท่านสามารถจัดการความทุกข์ทางจิตใจโดย วิธีการต่างๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือตลก ดูละคร ร้องเพลง ฟังดนตรี การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ เป็นต้น	4.03	0.77	4.63	0.67	-3.164	0.002*
2. ถึงแม้ว่าท่านยังป่วยอยู่ ท่านสามารถจัดการกับ ความทุกข์ได้	4.13	0.90	4.50	0.78	-2.122	0.034
3. เมื่อท่านมีภาวะเครียด ท่านจะดื่มสุรา หรือ สูบบุหรี่ หรือทั้งดื่มและสูบ	4.43	1.01	4.37	1.13	-0.503	0.615
4. ท่านขอคำแนะนำจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ ทางการแพทย์ เมื่อเกิดความไม่สบายใจ หรือ ความทุกข์	2.83	1.56	3.50	1.38	-2.052	0.040*
5. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ ท่านคิดพยายามทำร้ายตนเอง	4.93	0.25	4.80	0.76	-1.000	0.317
6. ท่านเก็บตัวตามลำพัง ไม่เผชิญหน้ากับผู้อื่น โดยคิดว่าตนเองถูกตีตราจากผู้อื่น	4.43	1.07	4.80	0.48	-1.845	0.065
โดยรวม	4.13	0.46	4.43	0.49	-2.832	0.005*

*p-value <0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในภาพรวม
และรายด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทาน
อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์
ทางจิตใจ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม หลังการใช้โปรแกรมการ
จัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการ
ตนเองตามกรอบแนวคิดของแครีย์ (Creer, 2000)
ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงมุมมอง
เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการ
ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค

มีทักษะในการแก้ปัญหา จนเกิดความมั่นใจที่จะลงมือ
กระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน
ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
ทั้งนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในปัญหานั้น โดยผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ
ประยุกต์ใช้แนวคิดจัดการตนเองของแครีย์ (Creer,
2000) โดยให้ความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยให้มี
ความพร้อมในกระบวนการจัดการตนเองทุกขั้นตอน
สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการดูแล
สุขภาพของตนเอง กลไกสำคัญ คือ การตั้งเป้าหมาย
การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล
ที่ช่วยให้มีการเฝ้าระวังตนเอง จนนำไปสู่การตัดสินใจ
ตั้งเป้าหมายหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มี
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และขั้นตอนสุดท้าย
การสะท้อนคิดช่วยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินผล

การปฏิบัติการบรรลุเป้าหมาย จุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนา สอดคล้องกับกรอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Patient-centered care and empowerment) (World Health Organization [WHO], 2022; UNAIDS, 2025) และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยภักดิ์ ดีวะลา และ ทิฏฐธิธนา บุญชู (2566) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมศึกษาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดในคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาบนแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านการรักษาและคุณภาพชีวิต (Fauzi *et al.*, 2021)

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ช่วยเพิ่มความตระหนัก ความรับผิดชอบ และการติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงการใช้ยา นอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เน้นความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกดปริมาณไวรัส ลดการดื้อยา และเพิ่มระดับ CD4 (กรมควบคุมโรค, 2565; WHO, 2022)

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารโดยรวม หลังการใช้โปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในบางรายการ

เช่น การเลือกรับประทานไขมันที่มีประโยชน์ ผลการศึกษาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงลักษณะของพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะสั้น ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ (2567) ที่พบว่าการจัดการตนเองส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ CD4 อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มคะแนนที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองในงานวิจัยนี้ สะท้อนว่าโปรแกรมยังมีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักด้านโภชนาการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยเวลา และระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการดูแลแบบองค์รวม (WHO, 2022)

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเห็นคุณค่าและนำการออกกำลังกายไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งมีหลักฐานที่ระบุว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดความเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Ozemek *et al.*, 2020) ทั้งนี้การออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตประจำวัน เช่น กิจกรรมในครัวเรือนหรือชุมชน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการใช้วิธีผ่อนคลายและการขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ สะท้อนบทบาทสำคัญของโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้และการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลด้านสุขภาพจิตถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม เนื่องจากความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการตีตราทางสังคมเป็นอุปสรรค

สำคัญต่อการดูแลตนเอง และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผลการศึกษานี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการบูรณาการ การดูแลด้านจิตใจ เข้ากับการดูแลทางกายในคลินิกยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ (2567) ที่พบว่าการจัดการตนเองที่ดีทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรบูรณาการโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการยึดมั่น การรักษอย่างต่อเนื่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้เป็นแนวทางเสริมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ใช้เทคโนโลยีช่วยเตือนการรับประทานยา และการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งนี้ก่อนการนำไปใช้ควรฝึกอบรมให้ผู้ใช้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและกระบวนการสำคัญของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในรูปแบบการทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุมและการติดตามผลระยะยาว รวมทั้งการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกควบคู่กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและสนับสนุนการนำไปใช้ในระดับนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง รวมถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2564/2565.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

ชัยกฤติ ดิวะลา และทิวธิธินา บุญชู. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เขตนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]; แหล่งข้อมูล:

<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=242>

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์.

ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอปะะ, รัฐภูมิ ชามพูนท และอัมราภรณ์ ภูระยา. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์, 36(2), 68-81. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]; แหล่งข้อมูล:

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/268779>

โรงพยาบาลสันกำแพง. (2567). รายงานสรุปข้อมูลโรงพยาบาลสันกำแพง ประจำปี 2565-2567.

(เอกสารอัดสำเนา).

- ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2567). คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]; แหล่งข้อมูล: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2568) การประชุมเชิงปฏิบัติการ “Chiang Mai Provincial Model season 2” และโครงการ "คุซาโนเนะ (KUSANONE)" [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]; แหล่งข้อมูล: https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_image_info.php?newsinfo_id=489
- Best, J. W. (1977). Research in Education (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Creer, L.T. (2000). Self-management of chronic illness. In: Boekaerts. M., Prinrich, P .R., & Zeidner, M., (Eds.). Handbook of self-regulation. New York: Academic Press. 601-629.
- Fauzi, A., Anggraini, N., & Fatkhurohman, N. (2021). Self-management: A comprehensive approach to improve quality of life among people living with HIV in Indonesia. Belitung Nurse Journal, 7(5), 395-401. [cited 2026 May 8]; Available from: <https://doi.org/10.33546/bnj.1554>
- Mugenda, O. M., & Mugenda, A. G. (2013). Research methods: Quantitative and qualitative approaches. Nairobi: Acts Press.
- Ozemek, C., Erlandson, K. M., & Jankowski, C. M. (2020). Physical activity and exercise to improve cardiovascular health for adults living with HIV. Progress in Cardiovascular Diseases, 63(2), 178-183. [cited 2026 January 15]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.01.005>
- World Health Organization [WHO]. (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. [cited 2026 January 15.]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>
- UNAIDS. (2025). Global HIV & AIDS statistics 2025 fact sheet. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [online]. [cited 2024 January 15]; Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>