

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Effects of self-management program on self-management behaviors, viral load and CD4 level among HIV-infected persons

ภานุพงศ์ จันทโรจน์^{1*}Bhanuphong Jantharot¹นงนุช โอบะ²Nongnut Oba²รัฐภูมิ ชามพูนท¹Ratapum Champunot¹อัมราภรณ์ ภูระย้า²Amaraporn Puraya²¹โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก¹Phromphiram Hospital Phitsanulok Province²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²Faculty of nursing Naresuan University

*Corresponding author e-mail: bhanuphongj64@nu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.7

Received: May 21, 2024 Revised: July 16, 2024 Accepted: July 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) การเลือกเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (4) การตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การสะท้อนตนเอง ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired sample t-test, Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test, Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (2) กลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ (3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้และทำให้ระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a self-management program on self-management behaviors, viral load, and CD4 among HIV-

infected persons. The sample consisted of HIV-infected persons, divided into an experimental and a control group, with 22 individuals in each group. The experimental group received a self-management program, while the control group received regular care. The intervention research tool was a self-management program that consisted of the following components over a 12-week period: (1) goal selection, (2) information collection, (3) information processing and evaluation, (4) decision making, (5) action, and (6) self-reaction. Data collection tools included: (1) a self-management behavior questionnaire, and (2) a viral load and CD4 levels collecting form. The data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. Pre- and post-intervention data were compared using the paired t-test and Wilcoxon signed-ranks test, while comparisons between groups were made using the independent t-test and Mann-Whitney U test. The results showed that: (1) the experimental group had a significantly higher average score for self-management behaviors after the intervention compared to before the intervention, and higher than that the control group ($p < 0.05$); (2) the viral load of the experimental group after the intervention was significantly different from that before the intervention ($p < 0.05$), but there was no significant difference compared to the control group; and (3) the experimental group had a significantly higher average CD4 score after the intervention compared to the control group ($p < 0.05$). These results suggest that the self-management program may improve self-management behaviors and CD4 levels among HIV-infected persons.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด, ระดับซีดีโฟร์

Keywords

HIV-infected persons, self-management program, self-management behavior, viral load, CD4

บทนำ

จากการรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน จากการรายงานขององค์การสหประชาชาติทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน และยังพบว่า บางประเทศมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นด้วย เช่น ในกลุ่มประเทศแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา พบว่า 6 ใน 7 คนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ให้บริการทางเพศ และผู้ที่ติดยาเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนทั่วไปถึง 25-35 เท่า⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คนต่อวัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,214 รายต่อปี (เฉลี่ย 31 รายต่อวัน) ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากหลักแสนและหลักหมื่น เหลือเพียง 5,825 คน ทั้งนี้ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปีภายในปี 2573 ดังนั้นประเทศไทยยังคงต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี⁽²⁾

จากการรายงานของคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center)⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 2,415 ราย 3,468 ราย และ 6,277 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.28, 0.40 และ 0.73

ของประชากรทั้งจังหวัด ซึ่งพบว่า มีอัตราความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2563-2565 อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดดังกล่าวข้างต้นมีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นโดยมีจำนวน 414 ราย 431 ราย และ 449 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 0.48, 0.50 และ 0.52 ของประชากรทั้งอำเภอตามลำดับ และมีผู้เข้ารับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 333, 344 และ 356 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.43, 79.81 และ 79.28 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ สำหรับผลการรักษาผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ พบว่า มีร้อยละของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด <50 copies/ml มีค่าเท่ากับ 92.7, 92.31 และ 92.16 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ แสดงว่าผลการรักษาทำให้ปริมาณเชื้อลดลงได้เป็นจำนวนมาก สำหรับระดับซีดีโฟร์ของผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 214 ราย และร้อยละของระดับซีดีโฟร์ >500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคิดเป็นร้อยละ 58.95 แสดงให้เห็นว่า มีผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งหนึ่งเพียงเล็กน้อยที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลชุมชนควรพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคนจะทำให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS) และทำให้เกิดการเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด มีเพียงยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน⁽⁴⁾ เนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสสามารถยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคกลับมาทำงานปกติ

Creer⁽⁵⁾ กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ (1) การตั้งเป้าหมาย (goal selection) (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล

(information collection) (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) (4) การตัดสินใจ (decision making) (5) การลงมือปฏิบัติ (action) และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)⁽⁵⁾ การจัดการตนเองคือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง⁽⁶⁾ จากทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้แก่ งานวิจัยของรำไพ หาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของจันจิรา วิทยารุ่งและปัทมา สุริต⁽⁸⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของอดิเทพ ผาติอภิรักษ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ขึ้น

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ซึ่งสร้างจากกระบวนการจัดการตนเองของ Creer โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและ

ระดับซีดีโฟร์ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองจะส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงและมีระดับซีดีโฟร์เพิ่มสูงขึ้นได้

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์อยู่ในช่วง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (เซลล์/ลบ.มม.) ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 107 คน โดยคัดเลือกจากผลการตรวจเลือดในเวชระเบียนปีงบประมาณ 2565 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุกัญญา ทองบุผา และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (mean=44.7, S.D.=3.086) และกลุ่มควบคุม (mean=39.86, S.D.=4.688) มาประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากสูตรของโคเฮน⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$d = \frac{(\bar{X}_E - \bar{X}_C)}{SD_C}$$

โดยที่ d = ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)
 $\bar{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
 $\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
 SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

$$\text{แทนค่า } d = \frac{44.7 - 39.86}{4.68}$$

$$d = 1.03$$

ซึ่งได้ค่าอิทธิพลมากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ แล้วนำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง⁽¹¹⁾ กำหนด $\alpha = 0.05$ และ power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกโซนบริการของโรงพยาบาลชุมชนตัวอย่าง ซึ่งมี 2 โซนได้โซนเหนือเป็นกลุ่มทดลองและโซนใต้เป็นกลุ่มควบคุม สุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อตามเกณฑ์คัดเข้านำมาเรียงตามหมายเลขโรงพยาบาล (HN) ทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware⁽¹²⁾ จนได้จำนวน 26 หมายเลข และนำหมายเลขไปเทียบกับรายชื่อที่เรียงลำดับโดย HN จนได้กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน จากนั้นเลือกกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pair) กับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยใช้เกณฑ์ได้แก่ (1) เพศเดียวกัน (2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี (3) ระดับซีดีโฟร์ห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์/ลบ.มม.

1. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมจัดการตนเองสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁽⁵⁾ ประกอบด้วย กิจกรรม (1) การเลือกเป้าหมาย (goal selection) ได้แก่ การได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค การเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นกิจกรรมการรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) ตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (4) การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค (5) การลงมือปฏิบัติ (action) ได้แก่ การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การสนทนากับแพทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction) เป็นการทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิด

1.2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

(1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ จำนวน 6, 7, 4 และ 6 ข้อ ตามลำดับรวมทั้งสิ้น 23 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 ถึง 5 ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สัปดาห์) = 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) = 4 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) = 3 คะแนน, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) = 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นใน 1 สัปดาห์ = 1 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best⁽¹³⁾ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง พฤติกรรมระดับน้อยมาก ค่าเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง พฤติกรรม ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง พฤติกรรม ระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.20-5.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดีมาก และ (2) แบบบันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ เป็นแบบ

บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 เครื่องมือกำกับการวิจัย เป็นแบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของกลุ่มทดลองในช่วงที่ได้รับโปรแกรมฯ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยนำไปสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาความเที่ยงโดยวิธีตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94 สำหรับปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ได้รับการวัดจากเครื่องตรวจของโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นประจำทุกปี

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขั้นตอนเตรียมการ หลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานหัวหน้าฝ่ายงานแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานคลินิกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการวิจัย

2.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์	กิจกรรมการทดลองและเนื้อหา
ก่อนสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง)	กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566
สัปดาห์ที่ 1 ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม	กิจกรรมที่ 1: การเลือกเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ 1.1 กิจกรรมการได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอสื่อการสอน 1.2 กิจกรรมการเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในกลุ่มี้อาการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาคนละ 5 นาที กิจกรรมที่ 2: การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง กิจกรรมที่ 3: การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค
สัปดาห์ที่ 1-12 (วันที่ 2 ของการทดลอง - สัปดาห์ที่12)	กลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง
สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมสนทนากับบัดเพื่อสร้างแรงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1
สัปดาห์ที่ 6	กิจกรรมการสะท้อนตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเองโดยใช้ใบงานการสะท้อนคิดเพื่อประเมินว่าสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่เป็นรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 8	กิจกรรมสนทนากับบัดเพื่อสร้างแรงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2
ภายหลังสัปดาห์ที่ 12 (หลังการทดลอง)	กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

2) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปกิจกรรมของกลุ่มควบคุม

สัปดาห์	กิจกรรมการทดลองและเนื้อหา
ก่อนสัปดาห์ที่ 1	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566
สัปดาห์ที่ 1-12	กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ คือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการของโรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจรักษา การให้ยารักษา และการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาล
ภายหลังสัปดาห์ที่ 12	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยนำหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย Wilcoxon signed-ranks test และเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

4. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA no. 291/2023 รับรองวันที่ 25 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากมีการสูญหายของกลุ่มควบคุม ไม่ได้มาเจาะเลือดหลังการทดลองจำนวน 4 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มทดลองออก 4 คน จึงเหลือข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ กลุ่มละ 22 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 31.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 27.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 22.7 ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 68.2 ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย 9.55±6.57 ปี กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 59.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 63.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.1 ดื่มสุรา ร้อยละ 18.2 ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 59.1 ระยะเวลาติดเชื้อเฉลี่ย 9.80±4.76 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=22)	กลุ่มควบคุม (n=22)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	48.45±10.58	49.14±10.35	0.998*
ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย (ปี)	9.55±6.57	9.8±4.76	0.467*
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	3.71±0.45	3.68±0.25	0.084*
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (copies/ml)	22.27±6.43	20.00±0.00	<0.05**
ค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์(เซลล์/ลบ.มม.)	379.05±71.33	387.36±67.49	0.722*

* independent t-test, ** Mann-Whitney U test

อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย
ค่าระดับซีดีโฟร์ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ
จัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ไม่แตกต่างกัน ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวี ในเลือด ก่อนการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

(p<0.05) (ตารางที่ 3)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Diff mean (95 %CI)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper	
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	3.71	0.45	4.38	0.41	-0.95	-0.39	<0.001
ด้านการรับประทานยา	4.01	0.69	4.84	0.30	-1.18	-0.46	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.57	4.20	0.47	-1.36	-0.72	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.22	0.95	3.95	0.87	-1.23	-0.21	<0.01
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.45	0.37	4.56	0.43	-0.36	0.15	0.400
ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์/ลบ.มม.)	379.05	71.33	455.27	126.96	-127.83	-24.62	<0.01

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้าน
การรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหารและโดย
รวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ
ทดลอง (p<0.05) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการ
ออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อน

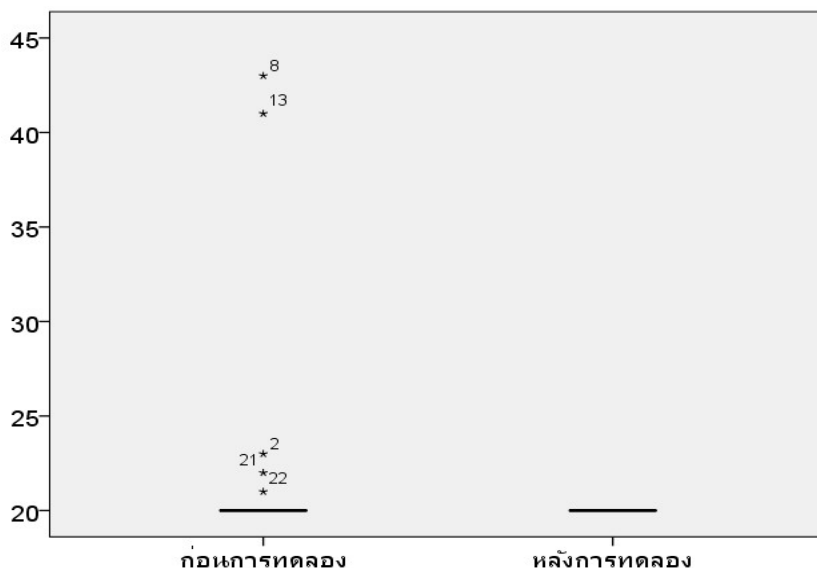
การทดลอง (p<0.05) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลอง
ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และระดับซีดีโฟร์หลัง
การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22) และกลุ่มควบคุม (n=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Diff mean (95 %CI)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper	
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	4.38	0.41	3.69	0.33	.46	.92	<0.001
ด้านการรับประทานยา	4.84	0.30	3.90	0.61	0.64	1.23	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	4.20	0.47	3.27	0.43	0.64	1.19	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.95	0.87	3.12	0.69	0.34	1.31	<0.01
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.56	0.43	4.45	0.37	-0.14	0.35	0.390
ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์/ลบ.มม.)	455.27	126.96	383.14	85.01	6.39	137.87	<0.05

ดังตารางที่ 2 ภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทาน อาหาร และโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูง

กว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) (ตารางที่ 5)



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22)

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 22.27 ± 6.44 copies/ml (max=43 copies/ml, min=20.00 copies/ml, median=20.00 copies/ml) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 20.00 copies/ml (max=20.00 copies/ml, min=20.00 copies/ml, median=20.00 copies/ml) (ภาพที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า sum of ranks=15.00, 95%CI=19.42-25.13, p-value <0.05 คือ กลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน ($p<0.05$) โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คน มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดเฉลี่ย 20.00 copies/ml เท่ากันทุกคน (max=20.00 copies/ml, min=20.00 copies/ml) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า mean=20 copies/ml, p-value=1.000 คือ หลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร และโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ

ทดลอง ($p < 0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) นอกจากนั้น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ด้วยเหตุผลที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้ (1) การเลือกเป้าหมาย ผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับโรค โดยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจผ่านคลิปวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือการดูแลสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาน้ำเหลืองที่คอโต มีเชื้อราที่เล็บ มีแผลร้อนในในช่องปาก ผิวหนังอักเสบ ผื่นขาวข้ำงลิ้น มีไข้เป็นๆ หายๆ น้ำหนักลด รับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น บันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของตนเองลงในคู่มือฯ ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองรู้จักสถานะสุขภาพตนเอง และสามารถจัดการความผิดปกติที่อาจพบได้ (3) การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป (4) การตัดสินใจ ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง (5) การลงมือปฏิบัติ กลุ่มทดลองปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถูกต้องตรงเวลา มีการรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ เช่น เนื้อสัตว์

ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ เป็นต้น เลือกรับประทานไขมันที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ถั่ว น้ำมันจากพืช เน้นความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร ทำให้ร่างกายมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันโรค บางคนมีการออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง การปั่นจักรยาน เมื่อทำอย่างต่อเนื่องเกิน 30 นาทีต่อวันจึงส่งผลให้ระบบเลือด หัวใจ และปอดมีความแข็งแรงขึ้น รวมทั้งบางคนมีการแกว่งแขน มีการผ่อนคลายความเครียดดูละคร ภาพยนตร์ ฟังเพลงช่วยให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน และลดความทุกข์ทางจิตใจได้ และหากมีปัญหาในการปฏิบัติตนที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำแนะนำโดยการสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ เช่น บางคนรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยแนะนำให้การตั้งนาฬิกาปลุกจากโทรศัพท์ตามเวลาที่รับประทานยา บางคนชอบรับประทานของทอด จึงแนะนำให้รับประทานของทอดน้อยลง เพราะอาหารที่ปรุงโดยการทอดมีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ควรรับประทานอาหารประเภทต้มหรือนึ่งแทน และมีการติดตามผลการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้วย และ (6) การสะท้อนตนเองจากการสะท้อนตนเองพบว่าสาเหตุที่ยังมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. เนื่องจากบางคนไม่มาตรวจตามนัดจึงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และบางคนลืมรับประทานยา บางคนรับประทานโปรตีนน้อย ไม่ออกกำลังกาย หลังจากได้ข้อแนะนำอีกครั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในทางที่ดีขึ้น สรุปว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก และหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย ซึ่งคาดว่าอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์การเผชิญความทุกข์และความเครียดจากการติดเชื้อเอชไอวีและมีวิธีการจัดการ

ความทุกข์ทางจิตใจอย่างเหมาะสมมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จากผลการวิจัยเป็นไปตามกระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม (1) การเลือกเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (3) การประมวลและประเมินข้อมูล (4) การตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การสะท้อนตนเอง ที่ระบุว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ^(5,6) สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ที่ระบุว่าการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงกว่าคนปกติ 2 เท่าและมีคุณภาพดี เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัยของราไฟ หาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองลดลง ($p<0.05$) และพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) งานวิจัยของสว้างจิต คงภิลล และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) งานวิจัยของจุฑามาส พรหมใจมั่น⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายชนิดต้านยางยืดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทาน ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คน มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลมาจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลาดีขึ้น ซึ่งกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ระบุว่าเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดจะมีปริมาณต่ำมาก ๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันด้วย เนื่องจากปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก จึงไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม

3. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวเป็นไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมฯ โดยกลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทาน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น จึงส่งผลให้มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา ระดับซีดีโฟร์จะสูงขึ้นมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. การรับประทานอาหารโปรตีนสูงจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น⁽²⁾ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลายและช่วยให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคดีขึ้น⁽⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น ($p < 0.05$) และงานวิจัยของวรรณนิภา แสนสุภา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ⁽¹⁸⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ program G*power แบบสองกลุ่มลักษณะจับคู่กัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้มาเจาะเลือดหลังการทดลองจำนวน 4 คน ผู้วิจัยตัดกลุ่มทดลองที่เป็นคู่ของกลุ่มควบคุมออกจำนวน 4 คน (กลุ่มตัวอย่างสูญหายร้อยละ 15.38) จึงมีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์กลุ่มละ 22 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างของ power = 0.80 ที่ $\alpha = 0.10$ ซึ่งผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือลดลง จึงเสนอแนะว่าหากเป็นงานวิจัยถึงทดลองโรคติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัวตนและเข้าถึงผู้ป่วยได้ยาก ควรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากขนาดที่คำนวณได้จากสูตรหรือโปรแกรมคำนวณอย่างน้อยร้อยละ 20.00

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การเลือกเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น และมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลอง นอกจากนี้ งานวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 40.90 มีระดับซีดีโฟร์สูงชันมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. แสดงว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองยังมีประสิทธิภาพที่ไม่สูง จึงควรพิจารณาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับช่วงเวลาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งมีผลต่อ

ปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ใช้ข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ก่อนทดลองจากผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566 ส่วนหลังการทดลองใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

3. ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับซีดีโฟร์ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย อาชีพ และครอบครัวมาเป็นเกณฑ์ในการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหาร โดยการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหาร หรือบุคลากรที่รับผิดชอบด้านรักษาและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

1.2 ด้านการปฏิบัติ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำโปรแกรมมา ไปประยุกต์เพื่อปรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ดียิ่งขึ้นและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนี้

1.2.1 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายของตนเองเพื่อเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น มีความสำคัญมาก ควรแนะนำผู้ป่วยแต่ละรายตั้งเป้าหมายในการเพิ่มระดับซีดีโฟร์ให้เหมาะสมกับตนเอง

1.2.2 การกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรแนะนำให้มีการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำการสนทนากับแพทย์ทางโทรศัพท์มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและความมีวินัยในการปฏิบัติ

1.3 ด้านการศึกษา ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อสามารถใช้ฝึกปฏิบัติการ

พยาบาลและบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

2.2 ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบ randomized control trial

2.3 ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนทุนวิจัยแก่โครงการวิจัยนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินโครงการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลทำให้การวิจัยจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi. December 1, World AIDS Day: Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi joins to end inequalities, end AIDS, and end pandemics [Internet]. Chonburi: Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=22017&deptcode=odpc6&news_views=1668 (in Thai)
- Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
- Health Data Center. HIV-infected persons [Internet]. Phitsanulok: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Department of Disease Control. HIV [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019 [cited 2023 Apr 1]. Available From: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59 (in Thai)
- Creer TL. Self-management of chronic illness [Internet]. San Diego: Academic Press; 2000 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50047-0>
- Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015;26(Suppl.1):117-27. (in Thai)
- Hanmon R, Kasatpibal 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):40-9. (in Thai)
- Wittayabumrung J, Surit P. Effects of a self-management program on knowledge, self-management behaviors and HbA1c among diabetic patients with poor glycemic control: randomized controlled trial. Journal of Nursing Science and Health. 2020;43(4):36-47. (in Thai)
- Patiapinun A, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018;29(2):12-27. (in Thai)
- Thongbupa S, Muengtawepong S, Kommarg U. Effects of a self-management program among

- patients with ischemic stroke. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(3):174-87. (in Thai)
11. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U and I Inter Media; 2010. (in Thai)
 12. Thaiware Communication. Random Custom Generator [Internet]. Bangkok: Thaiware Communication; 2023 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://random.thaiware.com/random-custom-generator> (in Thai)
 13. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
 14. Chachiyo T. Nutrition and food safety for persons living with HIV [Internet]. Nakhon Pathom: Golden Jubilee Medical Center; 2022 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients/> (in Thai)
 15. Kongpibarn S, Ua-kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017;28(2):82-96. (in Thai)
 16. Promchaiman J. The effects of self-management program for knowledge and elastic resistance exercise behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Graduate Research Development and Innovation*. 2023;1(1):8-20. (in Thai)
 17. Wongtalar P. Development care model for HIV/AIDS patient with antiretroviral therapy at Ragsugkapap clinic in Nakae Hospital, Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2021;6(3):91-103. (in Thai)
 18. Seadsupa W, Sangchart B. The effectiveness of self-management program on antiretroviral adherence and health indicators in HIV/AIDS patient. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2012;30(3):58-67. (in Thai)