

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 ดังนั้นประเทศไทยยังคงต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ 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 <math>< 50 \text{ copies/ml}</math> มีค่าเท่ากับ 92.7, 92.31 และ 92.16 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ แสดงว่าผลการรักษาทำให้ปริมาณเชื้อลดลงได้เป็นจำนวนมาก สำหรับระดับซีดีโฟร์ของผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 214 ราย และร้อยละของระดับซีดีโฟร์ >math>> 500</math> เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคิดเป็นร้อยละ 58.95 แสดงให้เห็นว่า มีผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งหนึ่งเพียงเล็กน้อยที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลชุมชนควรพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้ลายระบบภูมิคุ้มกันของคนจะทำให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง 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 งานวิจัยของราไฟ หาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของจันจิรา วิทยาบำรุงและปัทมา สุริต⁽⁸⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) งานวิจัยของอดิเทพ ชาติอภิรักษ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้น

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง ซึ่งสร้างจากกระบวนการจัดการตนเองของ Creer โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและ

ระดับซีดีโฟร์ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเอง จะส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการ รับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการ ออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจส่งผลให้ ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลง และมีระดับซีดีโฟร์เพิ่มสูงขึ้นได้

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์อยู่ในช่วง 200-500 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (เซลล์/ลบ.ม.ม.) ของโรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 107 คน โดยคัดเลือกจาก ผลการตรวจเลือดในเวชระเบียนปีงบประมาณ 2565 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุกัญญา ทองบุผา และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (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 = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุม

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

$$d = 1.03$$

ซึ่งได้ค่าอิทธิพลมากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นขนาด อิทธิพลใหญ่ แล้วนำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก การเปิดตาราง⁽¹¹⁾ กำหนด $\alpha = 0.05$ และ power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกโซนบริการของโรงพยาบาลชุมชน ตัวอย่าง ซึ่งมี 2 โซนได้โซนเหนือเป็นกลุ่มทดลอง และโซนใต้เป็นกลุ่มควบคุม สุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการ สุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อตามเกณฑ์คัดเข้านำมา เรียงตามหมายเลขโรงพยาบาล (HN) ทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป Thaiware⁽¹²⁾ จนได้จำนวน 26 หมายเลข และนำหมายเลขไปเทียบกับรายชื่อที่เรียง ลำดับโดย HN จนได้กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน จากนั้น เลือกกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pair) กับกลุ่ม ทดลอง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยใช้เกณฑ์ได้แก่ (1) เพศเดียวกัน (2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี (3) ระดับ ซีดีโฟร์ห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์/ลบ.ม.ม.

1. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม

การจัดการตนเองสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Creer⁽⁵⁾ ประกอบด้วย กิจกรรม (1) การเลือกเป้าหมาย (goal selection) ได้แก่ การได้รับความรู้และทักษะ การจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค การเลือกเป้าหมาย การจัดการตนเอง (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นกิจกรรมการรวบรวมและบันทึก ข้อมูลที่สำคัญของตนเอง (3) การประมวลและประเมิน ข้อมูล (information processing and evaluation) ตรวจสอบ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและ พฤติกรรมสุขภาพตนเอง (4) การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม กับโรค (5) การลงมือปฏิบัติ (action) ได้แก่ การสังเกต และบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การสนทนากับบัด เพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพทางโทรศัพท์ และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction) เป็นการทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

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	<p>กิจกรรมที่ 1: การเลือกเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้</p> <p>1.1 กิจกรรมการได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอสื่อการสอน</p> <p>1.2 กิจกรรมการเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาคนละ 5 นาที</p> <p>กิจกรรมที่ 2: การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง</p> <p>กิจกรรมที่ 3: การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง</p> <p>กิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค</p>
สัปดาห์ที่ 1-12 (วันที่ 2 ของการทดลอง - สัปดาห์ที่12)	กลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง
สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมสนทนากับเพื่อนเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับเพื่อนทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1
สัปดาห์ที่ 6	กิจกรรมการสะท้อนตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเองโดยใช้ใบงานการสะท้อนคิดเพื่อประเมินว่าสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่เป็นรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 8	กิจกรรมสนทนากับเพื่อนเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับเพื่อนทางโทรศัพท์ 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	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2566
สัปดาห์ที่ 1-12	กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ คือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการของโรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจรักษา การให้ยารักษา และการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาล
ภายหลังสัปดาห์ที่ 12	กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์จากผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.-ก.พ. พ.ศ. 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยนำหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย Wilcoxon signed-ranks test และ เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลอง 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 ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีในช่วง 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 ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีในช่วง 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**
ค่าเฉลี่ยค่าระดับซีดีโฟร์ (เซลล์/ลบ.มม.)	379.05±71.33	387.36±67.49	0.722*

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

อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย (p<0.05) (ตารางที่ 3) ค่าระดับซีดีโฟร์ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 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

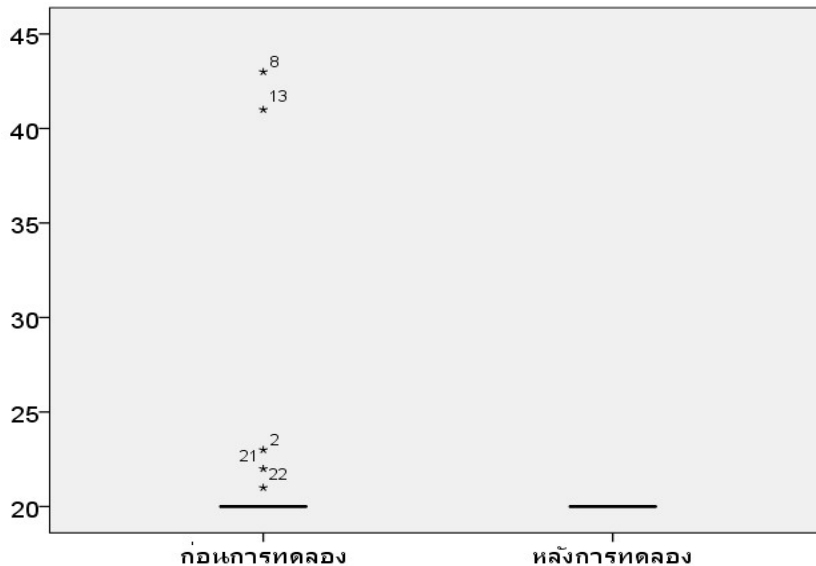
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหารและโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.05) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.05) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.05) (ตารางที่ 4)

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

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		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

ภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร และโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่า

กลุ่มควบคุม ($p<0.05$) 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 การรับประทานอาหาร และโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ

ทดลอง ($p < 0.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) นอกจากนี้ 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 ต่อม่าน้ำเหลืองที่คอโต 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 กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน 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 ผู้วิจัยให้คำแนะนำโดยการสนทนาบำบัดทางโทรศัพท์ เช่น บางคนรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยแนะนำให้การตั้งนาฬิกาปลุกจากโทรศัพท์ตามเวลาที่รับประทานยา บางคนชอบรับประทานของทอด จึงแนะนำให้รับประทานของทอดน้อยลง เพราะอาหารที่ปรุงโดยการทอดมีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ควรรับประทานอาหารประเภทต้มหรือหนึ่งแทน และมีการติดตามผลการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้วย และ (6) การสะท้อนตนเอง จากการสะท้อนตนเองพบว่าสาเหตุที่ยังมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 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 ที่ระบุว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ^(5,6) สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ที่ระบุว่า ในการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงกว่าคนปกติ 2 เท่าและมีคุณภาพดี เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัยของรำไพ ชาญมนต์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองลดลง ($p < 0.05$) และพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) งานวิจัยของสวางจิต คงภิล และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) งานวิจัยของจุฑามาส พรหมใจมั่น⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายชนิดต้านยางยืดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทาน ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คน มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลมาจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลาที่ขึ้นซึ่งกรมควบคุมโรค⁽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 และการออกกำลังกายที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา ระดับซีดีโฟร์จะสูงขึ้นมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. การรับประทานอาหารโปรตีนสูงจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น⁽²⁾ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลายและช่วยให้ภูมิต้านทานโรคดีขึ้น⁽⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น ($p < 0.05$) และงานวิจัยของวรรณิภา 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 จึงเสนอแนะว่าหากเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโรคติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัวตนและเข้าถึงผู้ป่วยได้ยาก 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 จึงควรพิจารณาพัฒนาโปรแกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

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 ปฏิบัติงานคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์เพื่อปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ดียิ่งขึ้นและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนี้

1.2.1 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายของตนเองเพื่อเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น มีความสำคัญมาก ควรแนะนำให้ผู้ป่วยแต่ละรายตั้งเป้าหมายในการเพิ่มระดับซีดีโฟร์ให้เหมาะสมกับตนเอง

1.2.2 การกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรแนะนำให้มีการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำการสนทนาบำบัดทางโทรศัพท์มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและความมีวินัยในการปฏิบัติ

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, Choekhaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharon 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 Phrapokkiao 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, Muengtaweepongsa 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)