



The Effect of the HIV/AIDS Health Behavior Program on the Self-Care Behavior of HIV/AIDS Patients in Antiretroviral Therapy Clinic Srithep Hospital

Sawitree Manapichitwong
Professional Expert nurse. Srithep Hospital, Phetchabun Province

Abstract: This research is quasi-experimental research. with two groups comparing pretest and posttest design. The objectives were to 1) compare the average scores on self-care behavior of people infected with HIV/AIDS first. and after the experiment 2) Compare the average scores on self-care behavior of people living with HIV/AIDS. After the experiment between the experimental group and control group. The sample group was HIV-infected/AIDS patients. who received treatment at Srithep Hospital's antiviral AIDS clinic Obtained by purposive selection of 30 people and 30 control groups. The tools used in the research include a program to promote healthy behavior among people living with HIV/AIDS. and the data collection tool was a 3-part questionnaire. The quality of the tool was checked by experts to check content validity and appropriateness of the content. The index of consistency (IOC) was equal to 0.71 and the confidence value (Reliability) for the entire version was equal to 0.85. Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Paired Samples t - test statistics and independent sample t-test

The results of the study found that the experimental group had a high mean score for self-care behavior before and after the experiment (Mean= 32.80, S.D = 0.543) and (Mean=36.767, S.D = 0.328) self-protection and prevention behavior. Spreading infection to others at a high level both before and after the experiment (Mean = 36.233, S.D =0.585) and (Mean = 36.267, S.D = 0.570) the behavior of taking antiretroviral drugs before and after was at a high level (Mean = 15.500, S.D = 1.042). and (Mean =15.333, S.D = 1.016). Compare the mean scores on self-care behaviors of people living with HIV/AIDS. Before and after the experiment, it was found that after the experiment the experimental group had an average score of self-care behavior. higher than before the experiment Statistically significant at .01 ($t=9.044$, $p<.01$) and after the experiment, the experimental group Have an average score of self-care behavior higher than the control group Statistically significant at .01 ($t=8.50$, $p<.01$). This research indicates that the use of programs to promote healthy behavior among HIV/AIDS patients. The three aspects of self-care Protection of yourself and others Taking medicine regularly These things need to be continually promoted. Even though the infected people had a high average behavioral score. It is necessary to encourage infected people to behave correctly. To take care of yourself and prevent the spread of infection to others in order to have a good quality of life and a long life.

Key words : Health behavior promotion program, HIV-infected people, AIDS patients

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ

สาวตรี มานะพิชิตวงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อน และหลังการทดลอง
2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาด้าน
ไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลศรีเทพ ได้มาโดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือ
ที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเครื่องมือในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และมีความเหมาะสมของเนื้อหา ค่าดัชนีของความสอดคล้อง (IOC) ได้
เท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired Samples t – test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ใน
ระดับสูง (Mean= 32.80, S.D =0.543) และ (Mean=36.767, S.D = 0.328) พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองและ
ป้องกันการแพร่เชื้อผู้อื่น ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง (Mean =36.233, S.D =0.585) และ (Mean = 36.267,
S.D = 0.570) พฤติกรรมการกินยาด้านไวรัสทั้งก่อนและหลังอยู่ในระดับสูง (Mean = 15.500, S.D = 1.042) และ
(Mean =15.333, S.D = 1.016) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=9.044, p<.01$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล
ตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t=8.50, p<.01$) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรม
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสามด้านในการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น
การกินยาอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่
ในระดับสูง จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการดูแลตนเองและป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อผู้อื่นเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV virus) ย่อมาจากคำว่า Human Immunodeficiency Virus เป็น RNA virus อยู่ใน family Retroviridae และ subfamily Lentiviridae เชื้อไวรัสเอชไอวีถูกค้นพบและรายงานครั้งแรกครั้งแรกในปี ค.ศ. 1984 โดย Dr.Luc Montagnier นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส และ Dr.Robert Gallo นักวิทยาศาสตร์ชาวสหรัฐอเมริกา เมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว T lymphocyte CD4 (CD4), B cell, dendritic cell และ macrophage เป็นต้นเมื่อ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections :OIs) และเข้าสู่ภาวะโรคเอดส์ (AIDS; Acquired immunodeficiency syndrome) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infection) มีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในผู้ป่วยชาวคองโก ปี ค.ศ.1981 และในผู้ป่วยชาวอูกันดา (Uganda) ปี ค.ศ.1982 ตามลำดับ จากนั้นเชื้อเอชไอวีจึงระบาดไปทั่วโลกโดยพบการระบาดมากที่สุดในทวีปแอฟริกาและในกลุ่มชายรักรายจาก รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 36.7 ล้านคน หรือร้อยละ 0.8 ของประชากรทั่วโลก ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 17 ล้านคน เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ที่ประเทศแถบ Sub-Saharan Africa 1.5 ล้านคน 5 ทั้งนี้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมีเพียงประมาณ 17 ล้านคนหรือร้อยละ 46.32 สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกปีพ.ศ. 2527 ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประมาณ 423,800 คน หรือร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย ซึ่งสูงกว่าอัตราของประชากรโลกเป็นเพศหญิงจำนวน 179,590 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 6,304 คน จากจำนวนนี้เป็นเพศหญิง 1,821 คนและเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 78 คน (UNAIDS, 2018)

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบัน โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และสังคม หากไม่เข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกายไม่แข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อโรคร้ายโอกาส และหากไม่ป้องกันสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่นๆ เกิดผลกระทบทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้คนอื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและการตีตราจากสังคม ความรู้สึกไว้วางใจกับบุคคลหรือคู่เพศสัมพันธ์ คนในครอบครัวหายไป สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง จากสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยปี 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 ราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 457,133 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,200 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,000 ราย (กรมควบคุมโรค.,2018) ซึ่งโรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาโรคเอดส์นั้นประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาและการดูแลพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลศรีเทพมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ปีงบประมาณ 2563-2566 จำนวน 196, 203, 217 และ 220 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่รับยาอยู่ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ในปัจจุบันมีประวัติเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคปอด (mycobacterium tuberculosis) จำนวน 26 ราย โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินาย (PCP) จำนวน 5 ราย โรคคริปโตคอคโคซิส(cryptococcosis)จำนวน 2 ราย โรคแคนดิเดียซิส (candidiasis) ของหลอด

อาหาร จำนวน 2 ราย ปี 2566 พบปัญหาผู้ป่วยที่เคยอดนอน/รับยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 11 ราย และผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ต่อเนื่อง/ติดต่อกันไม่ได้ จำนวน 5 ราย ปี 2566 ผู้ป่วยที่มี Viral load > 1,000 copies จำนวน 1 ราย จากข้อมูลปัญหาดังกล่าว ข้างต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงลดการเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม ลงไว้ซึ่งการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งป้องกันปัญหาการ คือ ยา ลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวีและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อน และ หลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ Two-group pre-test – post-test Design (Tuckman 1999 : 162)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาและรับยาด้านไวรัสที่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ จำนวน 220 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (Power of the test) G*Power (Buchner, 2010) Type I error = 0.05, Power of test $(1-\beta) = 0.8$ (ค่าขนาดอิทธิพล Cohen 1977) และ Effect size = 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เนื่องจากการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 อีกจำนวน 3 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาและรับยาด้านไวรัส ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีเทพ
2. อายุระหว่าง 20-55 ปี
3. เป็นผู้สามารถ อ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะกำเริบ มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
2. ผู้ติดเชื้อเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีโรคร่วมกำเริบ เบาหวานมีภาวะ Hypoglycemia เบาหวานมีภาวะ Hyperglycemia, AKI , หลอดเลือดสมอง, หลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

1. โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และ หลักการของแนวคิด Kanfer ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนปีที่ติดเชื้อ เหตุผลที่มาตรวจเลือดครั้งแรก สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ประวัติและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 10 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ 11 ข้อ ใช้เกณฑ์แบ่งอัตรากาชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124) ดังนี้

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) วัดเป็น 4 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4=ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ 3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 2=ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 1=ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้านซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือระดับสูงระดับกลางและระดับน้อยโดยการแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวเป็น ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
3.01–4.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2.01–3.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
1.00–2.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.71 ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired Samples t – test และ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่รหัสโครงการ ที่พช.๐๐๓๓.๐๑๐/(บค.) ๒๗ อนุมัติเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	5	16.67
หญิง	18	60.00	25	83.33
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0	0	0
21-30 ปี	1	3.33	1	3.33
31-40 ปี	3	10.00	2	6.67
41-50 ปี	11	36.67	14	46.67
50 ปี ขึ้นไป	4	13.33	13	43.33
	\bar{X} =45.25, Max= 65, Mi 29		\bar{X} =47.37 Max=91, Mi= 28	
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0	0	1	3.33
ประถมศึกษา	18	60.00	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย.ปวช/	5	16.67	2	6.67
อนุปริญญาตรี.ปวส/	1	3.33	0	0
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	6	20.00	9	30.00
รับจ้างทั่วไป	14	46.67	17	56.67
ผู้ให้บริการทางเพศ	0	0	0	0
แม่บ้าน	1	13.33	1	13.33
ค้าขาย	4	13.33	3	10.00
เสริมสวย	1	3.33	0	0
ว่างงาน	4	13.33	0	0
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
<10,000	19	63.33	20	66.67
10,000-19,999	11	36.67	9	30.00
20,000-บาทขึ้นไป	0	0	1	33.33
ระยะเวลาติดเชื้อมือไข่อ้วี (ปี)				
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	0	
1-5 ปี	2	6.67	4	
6-10 ปี	9	30.00	9	
มากกว่า 10 ปี	18	60.00	17	
$\bar{X}=14.2, \text{Max}=16 \text{ Mi}=1$ $\bar{X}=9.5, \text{Max}=15, \text{Mi}=3$				
เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก				
- สามี/ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี	11	36.67	12	40.00
- มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2	6.67	11	36.67
- มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง	11	36.67	4	13.33
- มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	2	6.67	1	3.33
- อื่นๆ	4	13.33	2	6.67
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี				
- การให้บริการทางเพศ	2	6.67	1	3.33
- การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย	3	10.0	2	6.67
- การถ่ายเลือด/ รับเลือด	0	0	0	0
- การใช้เข็มฉีดยาชนิดฉีดเข้าเส้น	1	3.33	0	0
- การมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง	22	73.33	26	86.67
- ไม่ทราบ	2	6.67	1	3.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเม็ดเลือดขาว (CD4 cell count/mm³)				
ต่ำกว่า 200	0	0	0	0
200-1000	6	20	18	60.00
มากกว่า 1000	5	16.67	3	10.00
จำไม่ได้	19	63.33	9	30.00
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส				
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	0	0
1-5 ปี	4	13.33	3	10.00
6-10 ปี	8	26.67	5	16.67
มากกว่า 10 ปี	16	53.33	21	70.00
จำไม่ได้	1	3.33	1	3.33
อาการผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมา				
- อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ	6	20.00	4	13.33
- ผื่นคันตามร่างกาย	3	10.00	5	16.67
- เป็นวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด	1	3.33	1	3.33
- จอประสาทตาอักเสบ	1	3.33	0	0
- เป็นเชื้อรา(ฝ้าขาว)ในช่องปากหลอดอาหารหรือช่องคลอด	1	3.33	0	0
- นอนไม่หลับ	1	3.33	0	0
ไม่มีอาการ	18	60.00	22	73.33
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่เคยเป็น	29	96.67	27	90.00
เคยเป็น และได้รับการรักษา	1	3.33	3	10.00
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน				
กินยาคุมกำเนิด	2	6.67	0	0
ฉีดยาคุมกำเนิด	2	6.67	2	6.67
ทำหมัน	8	26.67	1	3.33
สวมถุงยางอนามัย	8	26.67	5	16.67
ไม่ได้คุม	9	30	20	66.67
อื่นๆ	2	6.67	2	6.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	0	0	0	0
ไม่ใช่	30	100	30	100
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่มเลย	18	60.00	19	66.33
นาน ๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว	12	40.00	11	36.67
ดื่มเป็นประจำ	0	0	0	0
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.00 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 83.33 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.2 อายุสูงสุด 54 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี มีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 36.67 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13.33 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 10.00 และ อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 3.33 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 47.3 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 55 ปีส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคืออายุ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 43.33 และอายุ 31-40 ปีร้อยละ 6.67

สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกันร้อยละ 50 รองลงมาคือสถานะหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 26.67 และสถานภาพโสด ร้อยละ 23.33 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 26.67 และสถานภาพโสด ร้อยละ 10.00

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.67 และมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.67 อนุปริญญาตรี/ปวส.ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 70.00 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 20.00 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 6.67

อาชีพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นเกษตรกรร้อยละ 20.00 แม่บ้านร้อยละ 13.33 ค้าขายร้อยละ 13.33 เสริมสวยร้อยละ 13.33 และว่างงานร้อยละ 13.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 56.67 รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.00 แม่บ้านร้อยละ 13.33 และ ค้าขายร้อยละ 10.00

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้คือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา รายได้ 10,000-19,999 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 30.00 และรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 3.33

ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดเชื้อมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.00 รองลงมาติดเชื้อมา 6-10 ปี ร้อยละ 30 และติดเชื้อมา 1-5 ปี ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ติดเชื้อมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาติดเชื้อมา 6-10 ปี ร้อยละ 30.00 และติดเชื้อมา 1-5 ปี ร้อยละ 13.33

เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการที่สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 36.67 การเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ร้อยละ 36.67 ร้อยละ 6.67 ติดจากการมีอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 6.67 กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่เหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรก เนื่องจาก สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 40.00 มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 36.67 มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงร้อยละ 13.33 มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 3.33 และอื่น ๆ ร้อยละ 6.67

สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีสาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่จากการมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง ร้อยละ 73.33 จากการมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชายร้อยละ 10.00 จากการให้บริการทางเพศร้อยละ 6.67 การใช้เสฟติคชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.33 และไม่ทราบสาเหตุการติดเชื้อ ร้อยละ 6.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มควบคุมการมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง ร้อยละ 86.67 การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย ร้อยละ 6.67 การให้บริการทางเพศร้อยละ 3.33 และไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 3.33

ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ครั้งล่าสุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 200-1000 cell count/mm³ ร้อยละ 20.00 และ CD4 มากกว่า 1000 cell count/mm³ ร้อยละ 16.67 และจำ CD4 ครั้งล่าสุดไม่ได้ถึงร้อยละ 63.33 กลุ่มควบคุมก็เช่นกันส่วนใหญ่มีปริมาณ CD4 ครั้งล่าสุดมากกว่า 1000 cell count/mm³ ร้อยละ 63.33 รองลงมา CD 4 ระหว่าง 200-1000 cell count/mm³ ร้อยละ 20.00 และมีผู้ป่วยที่จำไม่ได้ ร้อยละ 16.67

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.33 รับยาต้าน 6-10 ปี ร้อยละ 26.67 และ 1-5 ปี ร้อยละ 13.33 น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.33 และจำระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ได้ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 70.00 ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 16.67 ระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 10.00 น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.33 และจำไม่ได้ร้อยละ 3.33

อาการผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมาจากการทานยาต้านไวรัส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีอาการร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ ร้อยละ 20.00 ผื่นคันตามร่างกายร้อยละ 10.00 เป็นวันโรคที่ปอดหรือนอกปอดร้อยละ 3.33 จอประสาทตาอักเสบร้อยละ 3.33 เป็นเชื้อรา (ฝ้าขาว) ในช่องปาก หลอดอาหารหรือช่องคลอดร้อยละ 3.33 และนอนไม่หลับร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีผื่นคันตามร่างกาย ร้อยละ 10.00 เป็นวันโรคที่ปอดหรือนอกปอดร้อยละ 3.33 จอประสาทตาอักเสบร้อยละ 3.33 เป็นเชื้อรา(ฝ้าขาว)ในช่องปากหลอดอาหาร หรือช่องคลอด ร้อยละ 3.33 นอนไม่หลับร้อยละ 3.33 และไม่มีอาการร้อยละ 60.00

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มทดลองไม่เคยเป็นร้อยละ 96.67 เคยเป็นร้อยละ 3.33 และได้รับการรักษาทั้งหมด กลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 96.67 เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3.33 และได้รับการรักษาทุกคน

วิธีการการคุมกำเนิดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 26.67 รองลงมาคือการทำหมันร้อยละ 26.67 กินยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 และไม่ได้คุมร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการคุมกำเนิดวิธีการทำหมันร้อยละ 26.67 สวมถุงยางอนามัยร้อยละ 26.67 กินยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ฉีดยาคุมกำเนิดร้อยละ 6.67 ไม่ได้คุมร้อยละ 30.00

การใช้สารเสพติดชนิดฉีดกลุ่มทดลองไม่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 100 การดื่มแอลกอฮอล์:กลุ่มทดลองไม่ดื่มเลยร้อยละ 60.00 นาน ๆ ครั้งหรือเป็นครั้งคราว ร้อยละ 40.00 ในกลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกันการใช้สารเสพติดชนิดฉีดไม่ใช้ร้อยละ 100.00 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มเลยร้อยละ 66.33 และดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้งหรือเป็นครั้งคราวร้อยละ 36.67

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมดูแลตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32.80	0.543	32.67	0.510	0.66	0.51
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.767	0.328	33.77	0.499	63.27	<0.001
การป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	36.233	0.585	36.267	0.570	-0.736	0.464
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.267	0.570	35.80	0.532	3.47	<0.001
พฤติกรรมกินยา						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.500	1.042	15.333	1.061	1.41	0.163
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.333	1.061	15.400	0.968	-0.194	0.847

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมกินยา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมกรกินยา ไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรกินยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมกรดูแลตนเอง โดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S. D	Mean	S. D		
พฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยรวม	91.16	6.993	84.966	5.430	8.50	<0.0001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น และพฤติกรรมในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ดุงทอง (ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมกรจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อยปาน (2556) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์มาใช้ในการปรับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง มีคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ชันทอง (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่างมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมกรจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่จำเป็นควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการดูแลตนเอง ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลต้านไวรัสเอดส์ทุกครั้งคือ

เพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและนำไปใช้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการดูแล และป้องกันตนเอง และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ การพักผ่อน การมาพบแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส การกินยาตรงเวลา การจำชื่อหรือสีขนาดของยาต้านไวรัสได้ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวทาง แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม เพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยตรง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกจากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีเทพ มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะที่ด้าน เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อซึ่งผู้ติดเชื้อทั้งในด้านการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองและผู้อื่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการแก้ไขปัญหาในกรณีเกิดความผิดปกติจากการเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเองของผู้ติดเชื้อ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางรายขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองจนส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมาได้ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอให้ประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตอบสนองสถานการณ์เอชไอวีในปัจจุบันที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสุขภาพแข็งแรง และมีชีวิตที่ยืนยาวเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริมได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ ความเสี่ยงต่อภาวะคือยาต้านไวรัสและความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การมาพบแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส การกินยาตรงเวลา การจำชื่อหรือสีขนาดของยาต้านไวรัสได้ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้นถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2018). **แนวทางการทดสอบ HIV และป้องกันในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ฉบับแรก**. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพิมพ์และพับเล็ท ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2567
- ทัศนีย์ ขันทอง. (2556). **ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน**. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 หน้า 85-98
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). **การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้**. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 18 ฉบับพิเศษ หน้า 17-24
- ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2556). **การจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์มาใช้ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**. การประชุมวิชาการหาดีใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 หน้า 60-70
- Cohen J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum;
- UNAIDS. (2018). **UNAIDS Data 2018**. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf เข้าถึงเมื่อ 14/09/2566