

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

The Effectiveness of a Self-Management Support Program on Knowledge, Self-Management Behaviors, and Satisfaction of HIV-Infected Individuals at Kud Chap Hospital, Udon Thani Province.

(Received: August 26,2026 ; Revised: August 28,2026 ; Accepted: August 30,2026)

รักษัหทัย ไชยบัน¹ อรวรรณ รัตนจันทร์¹

Rakhathai Chaibun¹ Orawan Rathanachan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ กาลิก-บายส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยาต้านไวรัส เพศชายและเพศหญิง อายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการคลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 45 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 โปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนและมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน แผ่นพับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ ที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Dependent Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความรู้อันตรายโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความพึงพอใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a self-management support program on knowledge, self-management behavior, and satisfaction among people living with HIV (PLHIV) at Kut Chap Hospital, Udon Thani Province, grounded in Kanfer and Gaelick-Buys' theoretical framework of self-management. The study sample comprised HIV-infected individuals and AIDS patients receiving antiretroviral therapy, of both sexes, aged between 18 and 60 years, who were receiving services at the Napha Clinic, Outpatient Department, Kut Chap Hospital, Mueang Phia Subdistrict, Kut Chap District, Udon Thani Province. Participants were purposively recruited in accordance with predetermined eligibility criteria and voluntarily consented to participate, yielding a final sample of 45 individuals. Data collection was conducted between March and August 2026. The self-management support program encompassed individualized health education and self-management skills training, delivered through instructional media, and was supplemented by a self-management handbook for PLHIV, a home-based self-management log, and educational pamphlets addressing disease-related knowledge and appropriate self-care practices, all

¹ คลินิกนภา งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

of which participants retained for continued use at home. Data were gathered using a personal and health information record form, a knowledge assessment questionnaire, a self-management behavior questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, the Dependent Paired t-test, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Findings revealed that, following completion of the self-management support program, participants demonstrated statistically significant improvements in mean scores for disease-related knowledge and self-care practices, self-management behavior, and satisfaction relative to baseline measurements obtained prior to program participation ($p < 0.001$).

Keywords: self-management support program, knowledge, self-management behavior, satisfaction, people living with HIV

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ แม้มาตรการทางการแพทย์ โดยเฉพาะการให้ยาต้านไวรัสแบบ HAART จะช่วยลดอัตราการป่วยรุนแรงและ การเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงพบปัญหาการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อหลายราย¹ ส่งผลให้การควบคุมโรคยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ข้อมูลจาก UNAIDS รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 38.4 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.3 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 650,000 รายทั่วโลก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและการเสียชีวิตยังคงสูง นอกจากนี้ WHO พบว่า การไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) และการลดลงของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิต ในบริบทของประเทศไทย โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยสะสม 444,974, 436,169 และ 440,944 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 25,245, 17,931 และ 8,869 ราย ตามลำดับ² ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการขยายการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมภายใต้ระบบหลักประกัน

สุขภาพ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่อง และผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ความสำเร็จดังกล่าวจะสะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่ประสิทธิภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังคงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในแต่ละปี โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM) กลุ่มเยาวชน และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดของมาตรการป้องกันที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทและพฤติกรรมเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ ผลการประมาณ การสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองการระบาด ณ พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประมาณ 494,233 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5,584 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 11,179 คนต่อปี ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ประสิทธิภาพของการติดเชื้อรายใหม่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาระด้านสุขภาพของประเทศ ในระยะยาว และจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง⁴

โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีบริการคลินิกสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ของทุกเดือน จากสถิติผู้มา

รับบริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการจำนวน 233, 245, 254 และ 255 คนตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัญหาการขาดนัด พบว่า มีผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 8, 7, 9 และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.43, 2.86, 3.54 และ 3.92 ของผู้มารับบริการทั้งหมดในแต่ละปีตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังคงพบได้ในทุกปี ในด้านภาวะภูมิคุ้มกัน พบผู้ป่วย ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 11, 23, 13 และ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.72, 9.39, 5.12 และ 5.10 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำสูงกว่าปีอื่นอย่างชัดเจน ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพนอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ดี โดยมีค่า viral load มากกว่า 1,000 copies/mL จำนวน 9, 10, 4 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.86, 4.08, 1.57 และ 1.96 ตามลำดับ แม้สัดส่วนดังกล่าว จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 แต่ยังคงสะท้อนถึงข้อจำกัดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยบางส่วน⁵

จากการดำเนินงานของคลินิกในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ พบว่ายังคงประสบปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดนัดของผู้ป่วย การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา รวมถึงการหยุดยาเอง เมื่ออาการทั่วไปดีขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุม ปริมาณไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายใหม่บางส่วนยังขาดความรู้และมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ขณะที่ผู้ป่วยบางคน มีข้อจำกัดด้านบริบทการดำรงชีวิต เช่น การทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ การไม่สามารถเข้ารับการตรวจติดตามผลเลือดได้ตามกำหนด และข้อจำกัดด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ส่งผลให้การดูแลรักษาไม่

เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านจิตสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ทำให้หลีกเลี่ยงการมารับบริการในช่วงเวลาปกติ หรือไม่รอรับบริการครบกระบวนการ เช่น ไม่พบแพทย์หรือไม่รอรับยา ส่งผลให้การประเมินภาวะสุขภาพและการให้คำแนะนำไม่ครบถ้วน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ และการติดเชื้อโรคระบาดตามฤดูกาล อันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว และปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง แม้โรงพยาบาลกุดจับจะมีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบ One Stop Service โดยมีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุขร่วมกันให้บริการด้านการรักษา การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ติดเชื้อบางรายมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ การควบคุมปริมาณไวรัสไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้น สถานการณ์ดังกล่าว จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษา และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁵

แนวความคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys⁶ เป็นกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายกระบวนการเรียนรู้และการควบคุมตนเองของบุคคลในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นบทบาทเชิงรุกของ

บุคคลในการกำกับพฤติกรรมของตนเองผ่านกระบวนการสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) ความสามารถของบุคคลในการตระหนักรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ อาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของตนเองในบริบทของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การสังเกตตนเองครอบคลุมถึงการรับรู้พฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยฉวยโอกาส และการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ การให้ความรู้ตามแนวคิดนี้จึงมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระยะของการติดเชื้อ แนวทางการรักษา และผลของการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยนำข้อมูลจากการสังเกตตนเองมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาและครบถ้วน การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และการดูแลสุขภาพทั่วไปอย่างเหมาะสม ความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโรคเอชไอวีและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ตามแนวคิดของ Kanfer และ Gaelick-Buys⁶ จึงมีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเหมาะสมของพฤติกรรมจัดการตนเองของตนได้อย่างสอดคล้องกับเป้าหมายการรักษา 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยให้รางวัลหรือเสริมแรงแก่ตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การเสริมแรงตนเอง ยังสามารถได้รับการสนับสนุนจาก

บุคลากรทางสุขภาพผ่านการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว โดยสรุป แนวคิด การจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys⁶ เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดการตระหนักรู้ในบทบาทของตนเอง สามารถประเมินและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเห็นความจำเป็น ในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

วิธีการวิจัย

สถานที่ทำการวิจัยและระยะเวลาการวิจัย

สถานที่ทำการวิจัย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ระยะเวลาการวิจัย ศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One- group pretest - posttest design) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยมีการดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยาต้านไวรัส ที่มารับบริการคลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ

ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 255 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษา และรับยาต้านไวรัส ที่มารับบริการ คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 45 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two dependents means กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (ปานกลาง)⁷ ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และ ค่า Power of test ($1-\beta$) เท่ากับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณี มีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น โดยคาดว่าผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10⁸ จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 45 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำชื่อกลุ่มผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษา และรับยาต้านไวรัส ที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่มีประวัติขาดการรักษา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง ที่มารับการรักษาที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มา Random โดย computer จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 – 60 ปี

2. เพศชายและเพศหญิง
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยา ด้านไวรัสที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับที่มีประวัติขาดการรักษา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ย้อนหลัง 3 เดือน /ขาดนัด 1 ครั้งขึ้นไป
4. มีสติสัมปชัญญะปกติ อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
5. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม
7. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มีความประสงค์ออกจากงานวิจัย
2. มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนมีอาการหอบเหนื่อยหรือการติดเชื้อจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล
3. ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้
4. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
5. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวี รายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถาม แบบเลือกตอบ (check list)

หรือแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ส่วนอีก 1 ข้อ ได้แก่ จำนวนยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทานบันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นเช็คลิสต์เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ในข้อบวกตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คือข้อ ข้อที่เป็นเชิงบวก 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12 และข้อที่ 15 ในข้อลบตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คือ ข้อที่เป็นเชิงลบ 2, 5, 8, 11, 13 และข้อที่ 14 การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับ 0 -15 คะแนนเต็ม 15 คะแนน ร้อยละ 100 ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของกานต์ธีรา ธนุสา (2567) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys,1991) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดจำนวน 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ข้อที่เป็นเชิงบวกมีจำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 และข้อที่ 28 ข้อ เป็นเชิงลบมีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 29, 30, 31 และข้อที่ 32 ลักษณะข้อ

คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน การแปลผล แปลความหมายแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้านโดยรวม และ แปลความหมายคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ออกมาเป็น 3 ระดับ ซึ่งคะแนนต่ำสุดและสูงสุด อยู่ในช่วง 32 – 128 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย จำนวนระดับขั้นที่แบ่ง¹⁰ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 32 - 64 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 65 - 97 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ย 98 – 128 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 12 ข้อ โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยรวม เกณฑ์ของลิเคิร์ตแบ่งเป็น 5 ระดับ¹⁰ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิกบายส์⁶ กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

- **กิจกรรมครั้งที่ 1** สัปดาห์ที่ 1 เป็นการติดตามตนเอง และเตรียมความพร้อม ให้ความรู้

โดยผ่านสื่อวิดีโอ แผ่นพับ และชี้แจงการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน

- **กิจกรรมครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยการติดตามให้กำลังใจให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์และประเมินผลกิจกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคล ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านลงในแบบบันทึก ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย อภิปรายและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

- **กิจกรรมครั้งที่ 3** ในสัปดาห์ที่ 8 การติดตามให้กำลังใจให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามผลและกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมการจัดการตนเอง รับฟังปัญหาและอุปสรรคเพื่อร่วมแก้ไขปัญหา

- **กิจกรรมครั้งที่ 4:** ในสัปดาห์ที่ 12 วันนัดมาตรวจ พบแพทย์ตามนัด เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Post-test) ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม แจ้งผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงให้กับผู้ป่วย ชื่นชมการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบว่สิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณ

2. แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน มีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา

3. แผ่นพับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

4. **คลิปวิดีโอจากยูทูป** จำนวน 3 เรื่อง รวมเวลา 26 นาที

- **เรื่องที่ 1 ความรู้เรื่อง HIV** ประกอบไปด้วยความหมายของโรค การติดเชื้อของโรค อาการวิธีป้องกัน วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเชื้อเอชไอวี และการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 6 นาที

- **เรื่องที่ 2 การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดรวมเม็ด** สูตร TLD ใช้เวลา 5 นาที

- **เรื่องที่ 3 โภชนาการอาหารผู้ป่วยติดเชื้อ HIV** ใช้เวลา 17 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) แพทย์ผู้ให้การรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ 1 ท่าน 2) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ 1 ท่าน 3) เกษีกร ประจำคลินิกนภา โรงพยาบาลกุดจับ มีความรู้ความชำนาญเรื่องยาต้านไวรัส 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังจากปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ คลินิกนภาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (try out)¹² แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR – 20 ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและทดสอบสมมติฐานพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้พรรณนาข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Dependent Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 4369 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ

ชาย คิดเป็นร้อยละ 64.44 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.51 ปี (S.D.=7.90) อายุอยู่ระหว่าง 22–55 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ อายุ 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.56 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 31.11 ข้าราชการ ร้อยละ 15.56 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 24.44 ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.34 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 20.00 ด้านโรคประจำตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 62.22 และมีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 37.78 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.78 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.89 ด้านระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ติดเชื้อ ไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.56 รองลงมา คือ 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22 โดยมีระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย 4.47 ปี (S.D.=2.41) ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 14 ปี ด้านรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 84.45 รองลงมา คือ 15,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยมีรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว 11,488.89 บาท (S.D.=16,268.87) รายได้ต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 100,000 บาท ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท)/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 71.12 รองลงมา ได้แก่ สิทธิข้าราชการ/จ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ 13.33 ตามลำดับ ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 82.23 ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 35.56 ด้านประวัติการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ออกกำลังกาย 1–2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 44.44 ด้านจำนวนยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 45 คน รับประทานจำนวน 3 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2.1 ระดับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 97.78 ขณะที่ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางลดลง จากระดับร้อยละ 75.56 เป็นร้อยละ 2.22 และผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำลดลง จากระดับร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 0.00 นอกจากนี้ คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.07 คะแนน เป็น 14.36 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 4.29 คะแนน แสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเอชไอวีอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.80, p < 0.001$)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3.1 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.56 เป็นร้อยละ 95.56 ขณะที่กลุ่มระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 64.44 เป็นร้อยละ 4.44 และไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = 15.07$)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

4.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเอง พบว่า คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.89 ± 0.64 เป็น 4.46 ± 0.51 อยู่ในระดับมาก

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.291$, $p < 0.001$) ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys⁶ ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง กระบวนการดังกล่าวช่วยให้บุคคลรับรู้พฤติกรรมของตนเอง เปรียบเทียบการปฏิบัติกับเป้าหมาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ดังนั้น โปรแกรมของการศึกษานี้จึงไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้ แต่จัดกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรู้ นำความรู้ไปปฏิบัติ ติดตามตนเอง ประเมินผล ได้รับคำแนะนำและแรงเสริมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ จึงมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะ กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวผ่านแผ่นพับและสื่อวีดิโอความรู้เรื่องเอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัสสูตร TLD และโภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งชี้แจง การใช้แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน การจัดกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่เป็นระบบและมีเนื้อหาที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน การใช้สื่อวีดิโอและแผ่นพับช่วยให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสม

กับกระบวนการจัดการตนเองที่เน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการติดตามและให้กำลังใจผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการประเมินผลการจัดการตนเองจากแบบบันทึกที่บ้าน การติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย และการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Millard et al.¹³ ซึ่งทบทวนประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และพบหลักฐานจากการศึกษาแบบทดลองว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งผลให้เกิดการพัฒนาาระยะสั้น ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางกายและ จิตสังคม โดยโปรแกรมที่มีองค์ประกอบของการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Areri et al.¹⁴ ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเฉพาะโปรแกรมที่ผสมผสานการฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำ และการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแนวโน้มช่วยพัฒนาผลลัพธ์ด้านการจัดการตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรณรงค์สุขภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสหลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล จินดา¹⁶ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี คลินิกคำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้หลังการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับความรู้ก่อนทำ

กิจกรรม เพิ่มขึ้น 4.82 คะแนน ความรู้หลังการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกับความรู้ก่อนทำกิจกรรม เพิ่มขึ้น 6.41 คะแนน คะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁶ ซึ่งมองว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล ใช้ควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการสำคัญประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง การติดตามตนเองช่วยให้บุคคลตระหนักถึงพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตน การประเมินตนเองช่วยให้บุคคลนำข้อมูลที่ติดตามได้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่กำหนด และการเสริมแรงตนเองช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะคงไว้หรือพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้น เมื่อโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย ติดตามพฤติกรรม ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้วยตนเอง จึงมีแนวโน้มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ¹⁷ ซึ่งศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับ ฐิติพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้อย่างชัดเจน เนื่องจากทั้งสองการศึกษาพบว่าการได้รับโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมกระบวนการจัดการตนเองสามารถทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรารวงษ์พานิช, ศศิธร ชิดนายิ และ ศุทธิณี วัฒนกุล¹⁸ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shim et al.¹⁹ ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาเชิงนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Health Manager มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และ พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามช่วงเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยทั้งหมดร่วมกับแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys⁶ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้จะทำหน้าที่ เป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านกลไกของการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามตนเองทำให้ผู้ติดเชื้อรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมินตนเองช่วยให้สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเองช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการเรียนรู้จากผลของการปฏิบัติและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งเสริม ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยไม่ได้ เป็นเพียงผู้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม การประเมินปัญหา การค้นหาแนวทางแก้ไข และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมและจัดการปัญหาสุขภาพได้ จึงเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีส่วนร่วม และเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่สูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายเชื่อมโยงกับ แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys⁶ ซึ่งให้ความสำคัญกับการที่บุคคลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ตนเองโดยมีกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับโปรแกรมที่ช่วยให้สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติเมื่อเทียบกับเป้าหมาย และ เห็นความก้าวหน้าของตนเอง ย่อมทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้ กระบวนการดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจต่อโปรแกรม ที่ได้รับ นอกจากนี้ การจัดโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมและสามารถนำความรู้หรือทักษะไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากความพึงพอใจไม่ได้เกิดจากการได้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการรับรู้ว่าการโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง มีประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษาสภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการพัฒนาแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shim et al.¹⁹ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาเชิงนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างสูง โดยด้านที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจ สูงที่สุด คือ การได้รับทักษะด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง รองลงมาคือ การ

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดการตนเอง สามารถอธิบายตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys ได้ว่า การที่โปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดตามพฤติกรรมของตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติ และรับรู้ความก้าวหน้าของตนเอง จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เมื่อผู้ติดเชื้อสามารถนำความรู้และทักษะจากโปรแกรมไปใช้จริงและเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จและได้รับการเสริมแรงทางบวก นำไปสู่การประเมินโปรแกรมในทางที่ดีและเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

โดยสรุป โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมทั้ง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys ที่เน้นกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ปัญหา ประเมินพฤติกรรมของตนเอง กำหนดแนวทางแก้ไข และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หน่วยงานที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกที่ให้บริการยาต้านไวรัส ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อส่งเสริมให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมไปสู่ระดับสูงได้

1.2 ด้านบทบาทของบุคลากรสุขภาพ

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรทำหน้าที่ เป็น

ผู้สนับสนุนและผู้เอื้อให้เกิดการจัดการตนเองมากกว่าการเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว โดยควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหา เลือกแนวทางแก้ไข ติดตามผล และประเมินความก้าวหน้าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys

1.3 ด้านการติดตามอย่างต่อเนื่อง แม้ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับโปรแกรม แต่ควรมีการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสามารถ คงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ และเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้การสนับสนุนเพิ่มเติมเมื่อพบว่าพฤติกรรมลดลง

1.4 ด้านการเสริมแรง ควรจัดให้มีระบบการเสริมแรงและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) อย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามเป้าหมาย การสะท้อนผลการปฏิบัติ การให้กำลังใจ และการชื่นชมความสำเร็จ เนื่องจากการเสริมแรงเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการจัดการตนเอง และสามารถช่วยให้ ผู้ติดเชื้อมีแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

1.5 ด้านการพัฒนาโปรแกรม ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ลักษณะการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยี และความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งควรรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด

1.6 ด้านเทคโนโลยี ควรพิจารณาประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น LINE, แอปพลิเคชัน หรือระบบติดตามออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการ

ติดตามพฤติกรรม การแจ้งเตือนการรับประทานยา การให้ข้อมูลสุขภาพ และการติดต่อบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้ควรเลือกใช้เทคโนโลยีที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงและ ใช้งานได้ง่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผล การวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จึงควรมีการวิจัยครั้งต่อไปที่เพิ่มระยะติดตามผล เช่น 3, 6 หรือ 12 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ฐานันท์ สิงห์ไพบุลย์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ นางพิศมัย วรรณขาม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัย ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกภา โรงพยาบาลกุดจับ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีผลสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กล่าวนามและมีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ สำหรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจนทำให้งานวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และหวังว่าผลการศึกษากลับเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization.
2. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2567). คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568]; แหล่งข้อมูล:
<https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
3. กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานการประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. คลินิกนภา โรงพยาบาลกุดจับ. (2568). รายงานบริการคลินิกนภาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. โรงพยาบาลกุดจับ.
6. Kanfer, F.H. & Gaelick-bays, L. (1991). Self-management Method. In Kanfer, F. H. Goldstein A, editors. Helping people change : A text book at methods. New York: Pergumon press.
7. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.)
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
9. Bloom, B. S., Hasting, T. J. Madaus, G. F. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
11. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
12. บุญใจ ศรีสถิตยนากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. Millard, T., Elliott, J., & Girdler, S. (2013). Self-management education programs for people living with HIV/AIDS: A systematic review. AIDS Patient Care and STDs, 27(2), 103–113.
doi:10.1089/apc.2012.0294
14. Areri, H. A., Marshall, A., & Harvey, G. (2020). Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: A systematic review. PLoS ONE, 15(5), e0232709.
doi:10.1371/journal.pone.0232709
15. ภัทรกัญญ์ วงศ์ตาห้ำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรพ.สุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(3), 91-103.
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/903/493>
16. สมถวิล จินดา. (2568). ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี คลินิกคำปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการด้านสาธารณสุข ของไทย, 3(1), 65-77.
<https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/16353/13091>
17. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอบะ, รัฐภูมิ ขามพูนท, และอัมภรณ์ ภูระยา. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์, 36(2), 68-81.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/268779/184518>
18. นุสรา วงษ์พานิช, ศศิธร ชิตนาค, และ ศุทธิณี วัฒนกุล. (2569). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 22(1), 30-42.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/280284/191323>
19. Shim, M. S., Kim, S., Choi, M., Choi, J. Y., Park, C. G., & Kim, G. S. (2022). Developing an app-based self-management program for people living with HIV: A randomized controlled pilot study during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 12, 19401. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19238-w>