



ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

The effect of the health promotion program for HIV/AIDS patients on health behavior
Of HIV/AIDS patients at Napa Clinic, Sichiangmai Hospital.

สุปราณี กิตติพิมพ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
อรพิม ปัญญาทิพย์ พย.บ.
โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอสรีเชียงใหม่
จังหวัดหนองคาย

Supranee Kitipim, (M.N.S Adult Nursing)
Orrapim Punyathip, (B.N.S.)
Sichiangmai Hospital Sichiangmai
District, Nongkhai Province.

(Received: 4 June 2026, Revised: 11 July 2026, Accepted: 15 July 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 33 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการ การมีสัมพันธภาพกับบุคคล ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส การจัดการกับความเครียด และการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน จะเห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และช่วยยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุปราณี กิตติพิมพ์ อีเมล : supraneesk1975@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a health promotion program on the health behaviors of people living with HIV/AIDS attending the HIV clinic at Sichiengmai Hospital. A purposive sample of 33 participants who met the predetermined inclusion criteria was recruited for the study. The participants received the health promotion program developed by the researchers. Data were collected using a structured interview questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. Differences in health behavior scores before and after participation in the program were analyzed using the paired-samples *t*-test, with the level of statistical significance set at .05.

The findings revealed that, following participation in the health promotion program, the participants demonstrated significantly improved health behaviors in the domains of nutrition, interpersonal relationships, health responsibility during antiretroviral therapy, stress management, and physical activity and exercise compared with their pre-intervention scores ($p < .05$). However, no statistically significant difference was observed in the domain of spiritual growth. These findings suggest that the health promotion program effectively enhances positive health behaviors among people living with HIV/AIDS, thereby contributing to improved physical health, reducing the risk of opportunistic infections, and supporting effective suppression of viral replication. The program may therefore serve as an effective intervention to promote long-term health outcomes and improve the quality of life of people living with HIV/AIDS.

Keywords : health promotion program, health behavior, HIV patients, AIDS patients

Corresponding author : Supranee Kitipim **E-mail :** supraneesk1975@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคเอดส์ (AIDS) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก โรคเอดส์ (AIDS) นั้นเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “Human Immunodeficiency Virus” หรือ HIV ซึ่งจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายมีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องและทำให้เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้⁽¹⁾ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดจากโรคได้ มีเพียงแต่การใช้ยาต้านไวรัส ที่มีการออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเท่านั้น จากข้อมูลทางสถิติของโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี 2565 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 1.3 ล้านคน ถึงแม้ว่าจะเป็นการติดเชื้อรายใหม่แต่ในภาพรวมกลับมีจำนวนที่ลดลง สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 12,070 คน ยังมีชีวิตทั้งสิ้น 567,397 คน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,080 คน⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม โรคเอดส์นั้นเป็นโรคติดต่อ ถ้าหากให้โรคแพร่ไปสู่บุคคลอื่นได้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อส่วนรวม ทั้งในแง่สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม

เนื่องจากการรักษาและผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากใช้งบประมาณในการรักษาดูแลเป็นจำนวนมาก ทั้งด้านเวชภัณฑ์ ยา และบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังต้องรักษาดูแลไปจนตลอดชีวิต⁽³⁾

จังหวัดหนองคายมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 3,407 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 158 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 61 คน ในส่วนของอำเภอศรีเชียงใหม่ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 136 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 2 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 2 คน จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับบริการที่ นภาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2566-2567 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับผลเลือด $CD4 < 350$ เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 13,15 คน⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีว่ามีแนวโน้มที่ยังไม่ดีขึ้น จะเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง⁽¹⁾ ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ และจากการรักษาและติดตามผลผู้ป่วยเอชไอวีที่มารับบริการที่นภาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวยังไม่เหมาะสม เช่น การดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดื้อยาในเวลาต่อมา ส่งผลต่อต้นทุนในการรักษาเพิ่มขึ้น ในการยับยั้งความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Medication adherence) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95^(5,6,7) เพื่อควบคุม ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณต่ำที่สุด จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคกลับมาทำงานใกล้เคียงปกติ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและจะช่วยส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถดำเนินการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อให้สามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีชีวิตยืนยาวคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการรักษาและรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่นภาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน⁽⁸⁾ และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop Out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 33 คน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่นภาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม 2569 - เมษายน 2569

2) เป็นผู้สามารถอ่าน เขียน ฟังและพูดภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

4) ยินยอมการเปิดเผยผลเลือดต่อผู้วิจัย

5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ในการศึกษา โดยมีระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การขาดนัด สาเหตุของการขาดนัด ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และผลการตรวจระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พัฒนาขึ้นโดยสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ⁽⁹⁾ มีข้อความทั้งหมด 55 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่าแบบ Likert's scale วัดเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 2.50- 3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดี คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 1) แผนการสอนและสื่อภาพพลิควรรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และ 3) หมายเลขโทรศัพท์ติดตาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการขึ้นหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สื่อการสอน แบบสัมภาษณ์ ขอเอกสารรับรองและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) จำนวน 33 คน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 1-3 ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) การประเมินและวางแผน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 (Pretest) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และสอบถามประวัติการขาดนัด สาเหตุของการขาดนัด ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และผลการตรวจระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2) ให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (CD4) ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load: VL) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสาน การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การจัดการอารมณ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการมาตรวจตามนัด

โดยผู้วิจัยใช้แผนการสอนและสื่อภาพพลิก สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ พร้อมกับให้คำแนะนำที่ถูกต้องและมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง นำไปใช้ในการอ่านทบทวนความรู้เมื่อกลับบ้าน พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงนัดหมายในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 7

สัปดาห์ที่ 4 , 7 โดยผู้วิจัยทำกิจกรรมเสริมพลังให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำการสอบถามอาการ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กล่าวชื่นชมให้กำลังใจและเสริมพลังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ถูกต้อง สอบถามปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกัน พร้อมทั้งให้ความรู้และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจให้ถูกต้อง

3.ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดกิจกรรม สอบถามปัญหาอุปสรรคในการร่วมวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวม และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อเตรียมสู่กระบวนการวิเคราะห์ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 69/2568 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเงื่อนไขของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับเอกสารรับรองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงจุดประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยโดยละเอียด รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ระหว่างการวิจัยไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และอภิปรายผลตามลำดับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.60 มีอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.24 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 จบชั้นประถมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.48 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.39 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 39.39 รองลงมาสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.39 รองลงมาอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 21.21 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.51 รองลงมาไม่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 24.24 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 96.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 63.63 โดยเฉพาะรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำรงชีพ คิดเป็นร้อยละ 52.38 ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 93.93 เป็นต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	39.39
หญิง	20	60.60
อายุ (ปี)		
< 20	1	3.03
20 – 40	8	24.24
41 - 60	22	66.66
60 ขึ้นไป	2	6.06
ศาสนา		
พุทธ	33	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	48.48
มัธยมศึกษา	13	39.39
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2	6.06
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	6.06
สถานภาพ		
โสด	13	39.39
หม้าย	7	21.21
คู่	9	27.27
หย่า/แยก	4	12.12
อาชีพหลัก		
แม่บ้าน	3	9.09
เกษตรกร	13	39.39
รับจ้าง	7	21.21
ค้าขาย	6	18.18
พนักงานบริษัทหรือเอกชน	2	6.06
ว่างงาน	1	3.03
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.03

(ต่อ) ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	4	12.12
5,000 – 10,000	17	51.51
10,001 – 20,000	8	24.24
20,001 – 30,000	2	6.06
30,001 – 40,000	1	3.03
มากกว่า 40,000	1	3.03
สิทธิในการรักษา		
ใช้สิทธิบัตรทอง	31	93.93
ใช้สิทธิเบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.06
ปัญหาด้านเศรษฐกิจ		
ไม่มีปัญหา	12	36.36
มีปัญหา	21	63.63
- ต้องเลี้ยงดูบุตร	7	33.33
- ต้องใช้จ่ายประจำวัน	10	47.61
- รายได้ไม่พอเพียงต่อการดำรงชีพ	11	52.38
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส	33	100
ไม่มี	31	93.93
มี	2	6.06
- ผื่นตามร่างกาย	1	50
- วิงเวียน	1	50

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.02$, $SD = 0.40$) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.43$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.17$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล ($\bar{X} = 2.70$)

หลังการทดลองพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.39$) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.57$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.40$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล ($\bar{X} = 3.09$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	($\bar{X}$)	(SD)	ระดับ	($\bar{X}$)	(SD)	ระดับ
1.ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.43	0.30	ดี	3.57	0.30	ดีมาก
2.ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.98	0.60	ดี	3.19	0.51	ดี
3.ด้านโภชนาการ	2.96	0.54	ดี	3.36	0.48	ดี
4.ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล	2.70	0.65	ดี	3.09	0.53	ดี
5.ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	3.17	0.51	ดี	3.40	0.51	ดี
6.ด้านการจัดการกับความเครียด	2.95	0.59	ดี	3.19	0.56	ดี
รวมเฉลี่ย	3.02	0.40	ดี	3.28	0.39	ดี

3.การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนการทดลอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.43$, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายหัวข้อ พบว่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.62$) รองลงมาคือ การได้รับยาต้านไวรัส ($\bar{X} = 3.38$) รองมาตามลำดับ ส่วนการป้องกันโรคแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ($\bar{X} = 3.29$)

หลังการทดลอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.57$, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายหัวข้อ พบว่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.76$) รองลงมาคือ การได้รับยาต้านไวรัส และการป้องกันโรคแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X} = 3.48$) รองมาตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการทดลอง (N = 33)

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	($\bar{X}$)	(SD)	ระดับ	($\bar{X}$)	(SD)	ระดับ
การได้รับยาต้านไวรัส	3.38	0.44	ดี	3.48	0.42	ดี
การป้องกันโรคแทรกซ้อน	3.29	0.37	ดี	3.48	0.44	ดี
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3.62	0.46	ดีมาก	3.76	0.28	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	3.43	0.30	ดี	3.57	0.30	ดีมาก

4.การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ในภาพรวมในทุก ๆ ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะ	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	ก่อนการทดลอง	3.43	0.30	-2.22	0.03*
	หลังการทดลอง	3.57	0.30		

(ต่อ) ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะ	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ด้านการมีกิจกรรม และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	2.98	0.60	-2.13	0.04*
	หลังการทดลอง	3.19	0.51		
ด้านโภชนาการ	ก่อนการทดลอง	2.96	0.54	-4.05	0.00*
	หลังการทดลอง	3.36	0.48		
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล	ก่อนการทดลอง	2.70	0.65	-2.89	0.01*
	หลังการทดลอง	3.09	0.53		
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	ก่อนการทดลอง	3.17	0.51	-1.90	0.07
	หลังการทดลอง	3.40	0.51		
ด้านการจัดการกับความเครียด	ก่อนการทดลอง	2.95	0.59	-2.28	0.03*
	หลังการทดลอง	3.19	0.56		
โดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.02	0.40	-3.43	0.00*
	หลังการทดลอง	3.28	0.39		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นภาคคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006)⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิด โดยอาศัยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การให้คุณค่าการคาดหวัง และความสามารถของตนเอง จากการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม โดยอาศัยมโนทัศน์หลักการใช้สติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมโนทัศน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ที่มีความสำคัญต่ออิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีพฤติกรรมเหมาะสมยิ่งขึ้น ผ่านการให้ความรู้ ร่วมกับการใช้สื่อภาพพลิก สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งการออกกำลังกาย การกินอาหาร การลดความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแสดงให้เห็นจากค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านหลังจากการดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการให้ความรู้คำแนะนำ ร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติการให้กำลังใจและการสร้างเสริมพลังทางด้านจิตใจ ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของวีรชัย ตรีวัฒนวงศ์(2560)⁽¹¹⁾ ที่ว่า เมื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเอดส์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เช่นเดียวกับการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ (2567)⁽¹²⁾ ที่พบว่าการสอนทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับโรคโดยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความ

ทุกซ์ทางจิตใจ ผ่านคลิวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายลงในคู่มือการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งลักษณะการใช้สื่อกระตุ้นการสอนผ่านวิดีโอ เป็นรายบุคคลส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของออร์ตี โซติเสน และคณะ (2558)⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ แต่การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

จะเห็นว่าการศึกษารั้งนี้ การให้ความรู้กับผู้ป่วยเอดส์นั้น มิได้มุ่งการให้ความรู้ฝ่ายเดียว แต่มุ่งเน้นการสื่อสารที่สร้างความตระหนัก และเข้าใจ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของสุพัตรา คงปลอด และคณะ (2558)⁽¹⁴⁾ ที่ว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพที่แข็งแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีส่วนสำคัญมากต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการมีสุขภาพที่แข็งแรง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของชัยกฤติ ดิวะลา และ ทิฏฐธินา บุญชู (2566)⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการดูแลป้องกันผลข้างเคียง และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และอุไรวรรณ โกเสนตอ (2557)⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ณ โรงพยาบาลดงรักศรี เชียงใหม่ พบว่า คะแนนความรู้หลังสิ้นสุดการให้ความรู้ตามโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการเสริมพลังให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ อาการต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำและปรึกษาการใช้ชีวิตร่วมในสังคม อย่างไรก็ดีตามเมื่อประสบปัญหา จะดำเนินการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย โดยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มเติมความรู้ เพื่อสร้างความแข็งแกร่งต่อการปฏิบัติความรู้ และการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามประเด็นสงสัยนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดลง สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี คือ แรงจูงใจในชีวิตของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำการรักษาโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรต้องทราบแรงจูงใจของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นประเด็นสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ของทิพย์นราภรณ์ สังศรีแก้ว (2560)⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น โดยการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนมีการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะทำให้สุขภาพตนเองแข็งแรง ยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

- 1) การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะกระตุ้นให้เกิดการตระหนักในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ควรเสริมหรือมีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อ สามารถฝึกการผ่อนคลายและส่งผลดีต่อสุขภาพยิ่งขึ้น
- 2) การส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชนให้รวมกันลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองยิ่งขึ้นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการวิจัยติดตามและประเมินผลโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อติดตามระดับ CD4 และ Viral load ของผู้ป่วยร่วมด้วย
- 2) มีการประสานงานโดยร่วมกันสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือจากส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อเสริมการมีรายได้ที่เพียงพอ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- 3) การสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น รวมถึงการจัดระบบการพยาบาลแบบองค์รวม จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น
- 4) การสร้างความเข้าใจกับชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วย ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแล จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ แพทย์ประจำคลินิก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และผศ.ดร.สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ อาจารย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้ เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉนา อ่าทอง. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567: 34 (1) ;2-11.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. HIV INFO HUB [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/>
3. อุษา จันทร์กลั่น และ ภัทรพล มากมี . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง.วารสารเกื้อการุณย์ 2565; 29(1): 41-53.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.do>
5. Friedland GH. HIV medication adherence: the intersection of biomedical, behavioral and social science research and clinical practice. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. 2006; 43(1) : 1-7.

6. Sidat M, Fairley C, Grierson J. Experiences and perception of patients with 100 % adherence to highly active antiretroviral therapy: A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs* 2007; 21(7): 509-52.
7. Department of Disease Control. Ministry of Public Health Thailand & MOPH-US. CDC Collaboration. Thailand nation antiretroviral treatment guideline 2006/2007. Bangkok: The agricultural co-operation federation of Thailand; 2009
8. ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์สยามปริ้นติ้ง กรุงเทพมหานคร; 2540.
9. สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, อาริวรรณ กลั่นกลิ่น, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร* 2556; 12(40) : 1-13.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed). New Jersey: Pearson Education; 2006.
11. วีรชัย ตริวัฒน์วงศ์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร* 2560 ; 26 (2): 17-30.
12. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอช ไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร*; 2567.
13. อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทูกา, อารี ชิวเกษมสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2558; 16(1): 41-50.
14. สุพัตรา คงปลอด พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ธรรมา พันธุ์ภักดี. การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. *Rama Nurs J* 2015; 21(1): 38-51.
15. ชัยกฤติ ดีวะลา และทิฏฐิธนา บุญชู. รายงานการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ. (อึดสำเนา); 2566.
16. อุไรวรรณ โกเสนตอ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ณโรงพยาบาลดงรักมี เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา* 2557; 11(1): 1-11.
17. ทิพย์นารภรณ์ สังข์ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมสหสาขาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2560.