

บทความวิจัย (Research Article)

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้
ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

THE STUDY ON THE EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON KNOWLEDGE,
BEHAVIOR AND MEDICATION ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL DRUG AMONG
PATIENTS WITH HIV AND AIDS IN BANGKRUI HOSPITAL, NONTHABURI PROVINCE

สารินี ศรีมันทยามาต

โรงพยาบาลบางกรวย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผล
ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือใน
การใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน
92 ราย ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาการดำเนินการ 20 สัปดาห์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test, Independent
t-test และ McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจทั่วไป
เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยา ดีกว่า
ก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลของความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม
ในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้หลังทดลองค่าระดับภูมิคุ้มกัน
CD4 เพิ่มขึ้น และค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองและดีกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ค่าปริมาณเชื้อ
ไวรัสในกระแสเลือด(Viral load) ความร่วมมือในการรับประทานยา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์และการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทุกประเทศรวมถึงประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ในปี ค.ศ.2023 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 1.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์จำนวน 630,000 คน (UNAIDS, 2024) ส่วนสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยจากศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศ กรมควบคุมโรค รายงานว่าในปี พ.ศ.2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 576,397 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 9,083 คน (เฉลี่ย 24 คนต่อวัน) และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์จำนวน 12,072 คน (เฉลี่ย 33 คนต่อวัน) ทั้งนี้ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากเอดส์ไม่เกิน 4,000 คนต่อปีภายในปี พ.ศ.2573 (กรมควบคุมโรค, 2567)

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV หรือ Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะมีผลกับเม็ดเลือดขาว ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมและต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานไม่ดีหรือถูกทำลายไป ภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้ออ่อนแอลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นหัวใจสำคัญส่วนหนึ่งที่จะเพิ่มโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตยืนยาวและแข็งแรง มีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง ลดอัตราความเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการศึกษาของ Paterson et al.(2000) และ Mannheimer et al.(2002) พบว่าเกณฑ์ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ถือว่าเหมาะสม นอกจากความร่วมมือในการรับประทานยาแล้ว ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ยา การปฏิบัติตัว รวมถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ถึงแม้ผู้ป่วยจะทานยาสม่ำเสมอแต่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ก็ส่งผลให้ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยเป้าหมายในการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คือ การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ให้สูงขึ้น และการลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load : VL) ให้ต่ำกว่า 20 copies/ml เพื่อหยุดการดำเนินโรค ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการดื้อยา และลดการแพร่กระจายของโรค

ปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลบางกรวยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2567 จำนวนผู้ป่วยในคลินิกเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวยมีจำนวน 327 ราย (ทะเบียนผู้ป่วย

ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลบางกรวย, 2567) มีการจัดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service) ดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากเดิมผู้ป่วยในคลินิกเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย ร้อยละ 92 สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้ต่ำกว่า 20 copies/ml แต่เนื่องจากในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมาเป็นช่วงสถานการณ์โควิด-19 การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สามารถดำเนินการได้เต็มรูปแบบ รวมถึงมีผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาใช้บริการในคลินิกเพิ่มมากขึ้นประมาณ 100 คนในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ทำให้เกิดปัญหาหลายด้านกับผู้ป่วยในคลินิก เช่น ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ยา มีพฤติกรรมมารับประทานยาและการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยในคลินิกร้อยละ 30 ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (VL) ให้ต่ำกว่า 20 copies/ml ได้ ดังนั้นเพื่อหาแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick Buys (1991) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมในการปรับพฤติกรรมช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคลินิกเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส รวมถึงค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ในผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส รวมถึงค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ในผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer&Gaelick (1991) ซึ่งตามแนวคิดดังกล่าว เชื่อว่าบุคคลจะหาวิธีในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

ตัวแปรต้น

กลุ่มทดลอง (n=46) 20 สัปดาห์

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

- 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องพื้นฐานของโรค ยา อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค (การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม)
- 2) กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมกำลังใจ
- 3) เข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อให้ความรู้, กระตุ้นเตือน และให้แรงเสริมผู้ป่วย แก้ไขปัญหาและข้อสงสัยให้ผู้ป่วยผ่านทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว

กลุ่มควบคุม (n=46) 20 สัปดาห์

ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปรตาม

- 1) ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตน
- 2) พฤติกรรมในการดูแลตนเอง
- 3) ระดับภูมิคุ้มกัน CD4
- 4) ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (VL)
- 5) ความร่วมมือในการรับประทานยา

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการศึกษาแบบวัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pretest-Posttest Design Control Group Design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีระดับ viral load มากกว่า 20 copies/ml
2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ติดต่อดีสะดวกทางโทรศัพท์มือถือ โดยมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสารเป็นประจำ
3. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ย้ายออกนอกพื้นที่ มีปัญหาสุขภาพ สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ (ติดเตียง เสียความจำ สื่อสารไม่ได้ในระหว่างการวิจัย) หรือไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการคลินิกเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวยทุกรายที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งผู้ป่วยในคลินิกเอชไอวีและเอดส์มีทั้งหมด 327 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ที่คัดเลือกทั้งหมด 92 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 46 ราย และกลุ่มควบคุม 46 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 20 สัปดาห์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคของผู้ป่วย (การรับรู้ด้านสุขภาพ) ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเพียงคนเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 2 ระดับ คือ ทราบ และไม่ทราบ กำหนดคะแนนทราบ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค ยาและการปฏิบัติตัว จำนวน 12 ข้อ ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่ กำหนดคะแนนใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 12 ข้อ ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดคะแนน 4 ถึง 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบ ให้คะแนน 1 ถึง 4 ตามลำดับ

2.4 แบบบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องลงบันทึกทุกวันที่ได้รับประทานยา เพื่อใช้คำนวณร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาแล้วไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด กรอบแนวคิด และความเหมาะสมทางภาษา

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ทำการทดสอบเครื่องมือ (try out) จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงด้านความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว และด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.79 และ 0.77 ตามลำดับ

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารเลขที่ 5/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ก่อนดำเนินการวิจัย ได้มีการขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัยและขออนุมัติใช้สถานที่และเครื่องมือของโรงพยาบาลบางกรวยในการดำเนินการโครงการวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในคลินิก ผลเลือด พฤติกรรมในการรับประทานยา ปัญหาต่างๆของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการวิจัย

2.ระยะดำเนินการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จัดผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม : ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์และ แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมของผู้ป่วย (Pretest) ผู้ป่วยมารับบริการตามปกติ ตรวจเลือดในสัปดาห์ที่ 20 และทำแบบประเมินอีกครั้ง (Posttest)

กลุ่มทดลอง : แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส 20 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ประเมินความรู้ครั้งที่ 1 (Pretest) กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ให้ความรู้พื้นฐานในเรื่องโรค ยา อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค ค้นหาปัญหาและร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารและสร้างแรงเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยแจกเอกสารคู่มือและแบบบันทึกการใช้ยาประจำวันให้แก่ผู้ป่วย อธิบายวิธีการบันทึกการรับประทานยา ผู้ป่วยต้องทำการบันทึกข้อมูลทุกวัน

ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เป็นจำนวน 5 ครั้ง จนสิ้นสุดการวิจัย กิจกรรมในการฝึกทักษะการจัดการตนเองและให้แรงเสริม มีดังนี้

1. ทบทวนการจัดการตนเองเรื่องความรู้เรื่องโรค ยา พฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม และพฤติกรรมการดูแลตนเองอื่นๆ

2. ประเมินความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการตรวจสอบจากแบบบันทึกประจำวันและสัมภาษณ์ ให้คำชมเชยเพื่อสร้างเสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาข้อสงสัยก็นำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีการค้นหาปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

3. ฝึกทักษะการให้แรงเสริมกับตัวเองในเรื่องการรับประทานยา พฤติกรรมการดูแลตนเองและทัศนคติของผู้ป่วย

4. ทบทวนเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

ผู้วิจัยส่งข้อความเพื่อกระตุ้นเตือน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกวันจันทร์ ตลอดระยะเวลา 20 สัปดาห์ ที่ทำการวิจัย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารข้อสงสัย ปัญหาต่างๆ กับผู้วิจัยได้โดยตรงทั้งทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว

ตรวจเลือด และประเมินความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการรับประทานยา ครั้งที่ 2 (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 20

3.ระยะสรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล สรุป ประเมินผลการวิจัย โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 ราย เข้าร่วมตลอดการศึกษา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 46 ราย และกลุ่มควบคุม 46 ราย การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดเพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร

2. สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ค่าปริมาณเชื้อไวรัส (VL) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ค่าปริมาณเชื้อไวรัส (VL) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. สถิติ McNemar's test เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจหลังทดลอง ($M=5.72$, $SD=0.688$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M=2.65$, $SD=1.303$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจหลังทดลอง ($M=10.93$, $SD=1.237$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M=7.13$, $SD=2.083$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังทดลอง ($M=43.07$, $SD=3.623$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M=37.22$, $SD=5.308$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.642, 0.473$ และ 0.204 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=92$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ข้อมูลสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง (n=46)	2.65	1.303	5.72	0.688	- 15.710	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=46)	2.70	1.133	2.74	0.976	- 0.467	0.642

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=92) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้โรค,การปฏิบัติตัว						
กลุ่มทดลอง (n=46)	7.13	2.083	10.93	1.237	- 12.324	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=46)	7.76	2.057	7.83	1.924	- 0724	0.473
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง (n=46)	37.22	5.308	43.07	3.623	-9.971	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=46)	37.59	3.975	37.24	3.689	1.290	0.204

*p-value<0.05

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจ (M=5.72, SD=0.688) มากกว่ากลุ่มควบคุม (M=2.74, SD=0.976) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจ (M=10.93, SD=1.237) มากกว่ากลุ่มควบคุม (M=7.83, SD=1.924) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (M=43.07, SD=3.623) มากกว่ากลุ่มควบคุม (M=37.24, SD=3.689) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.866, 0.159 และ 0.711 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n=92$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	(n=46)		(n=46)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ข้อมูลสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	2.65	1.303	2.70	1.133	- 0.170	0.866
หลังทดลอง	5.72	0.688	2.74	0.976	15.649	<.001*
ความรู้โรค,การปฏิบัติตัว						
ก่อนทดลอง	7.13	2.083	7.76	2.057	- 1.433	0.159
หลังทดลอง	10.93	1.237	7.83	1.924	8.973	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	37.22	5.308	37.59	3.975	- 0.372	0.711
หลังทดลอง	43.07	3.623	37.24	3.689	7.170	<.001*

* p -value<0.05

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ($M=579.76$, $SD=348.285$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M=451.93$, $SD=266.525$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ของกลุ่มควบคุม พบว่า หลังทดลอง และก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.78$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (VL) พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ VL ($M=49.96$, $SD=74.681$) ลดลงจากก่อนทดลอง ($M=110.54$, $SD=74.681$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (VL) ของกลุ่มควบคุม พบว่าหลังทดลองและก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.482$)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าปริมาณเชื้อไวรัส ในกระแสเลือด (Viral load) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n=92$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4						
กลุ่มทดลอง (n=46)	451.93	266.525	579.76	348.285	- 3.964	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=46)	478.20	147.463	455.50	166.349	1.805	0.78
ค่าปริมาณเชื้อไวรัส (VL)						
กลุ่มทดลอง (n=46)	110.54	205.330	49.96	74.681	2.575	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=46)	168.50	766.514	99.80	158.834	0.709	0.482

* $p\text{-value}<0.05$

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และ ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load : VL) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ($M=579.76$, $SD=348.285$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M=455.50$, $SD=166.349$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.572$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (VL) พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ($M=49.96$, $SD=74.681$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M=99.80$, $SD=158.834$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.622$)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n=92$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=46)		กลุ่มควบคุม (n=46)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4						
ก่อนทดลอง	451.93	266.525	478.20	147.463	- 0.570	0.572
หลังทดลอง	579.76	348.285	455.50	166.349	2.259	<.001*
ค่าปริมาณเชื้อไวรัส (VL)						
ก่อนทดลอง	110.54	205.330	168.50	766.514	- 0.496	0.622
หลังทดลอง	49.96	74.681	99.80	158.834	- 2.037	<.001*

* $p\text{-value}<0.05$

5. ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 5

กลุ่มทดลองความร่วมมือในการรับประทานยาล้างการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.479$)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความร่วมมือในการรับประทานยา		McNemar's test	
	ร่วมมือ (≥ 95%)	ไม่ร่วมมือ (<95%)	χ²	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	22	24	16	<.001*
หลังการทดลอง	38	8		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	19	27	2	0.479
หลังการทดลอง	21	25		

*p-value<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ประยุกต์ขึ้นมาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ของ Kanfer & Gaelick (1991) แนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าบุคคลจะหาวิธีในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคแล้ว มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่ม มีการเสริมกำลังใจ กระตุ้นเตือน ผู้ป่วยจะเกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการจัดการตนเองที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมายร่วมกัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ในแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และ ค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด Viral load อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลบางกรวย ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 20 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา โดยการศึกษาที่ใกล้เคียงกันใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 3 เดือน ถึง

1 ปี เช่น การศึกษาของ ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า(2564) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ในการศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในรพ.สุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัด นครพนม และการศึกษาของอัจฉรา มีดวง (2567) ใช้ระยะเวลา 1 ปี ในการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรม แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางกรวย ประกอบด้วย การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับกิจกรรม อื่นๆ เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย การให้ข้อมูล กระตุ้นเตือนและ การร่วมแก้ปัญหาผ่านทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านข้อมูลสุขภาพของตนเอง ความรู้ ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตน พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความร่วมมือใน การรับประทานยา หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งจาก ผลของความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ส่งผลให้หลังทดลองค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพิ่มขึ้น และค่าปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ลดลง จากก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์ (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา ค่าระดับ CD4 หลังการศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และค่าระดับ Viral load หลังการศึกษาลดลงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โกวิทย์ ทองละมุล (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษากลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ค่าระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา มีดวง (2567) ที่ได้ศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรม แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าระดับ CD4 เพิ่มขึ้น ค่าปริมาณ Viral load ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความร่วมมือ ในการใช้ยาดีขึ้น ส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพิ่มขึ้น และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆได้

2. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษามากขึ้นให้ครอบคลุมการตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกอย่างน้อย 1 รอบ (6 เดือน) เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม ค่าระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567).

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ : คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เสียชีวิต พ.ศ.2566.

<https://hivhub.ddc.moph.go.th/executive/estimated.php>.

โกวิทย์ ทองละมุน. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 (น 1660-1671). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

นันทนา เสี่ยงล้ำ. (2563). ผลของการให้แนวทางการดูแลเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ประจักษ์ เหมขุนทด. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสอยดาว. วารสารโรคเอดส์, 33(3), 151-164.

ปรีชา มณฑาทิกุล, ปวีณา สรธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสารวงศ์ และ สุทธิพร ภัทรชยากุล. (2550). คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทประชาชน จำกัด.

ผการัตน์ รัตน์ประโคน. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลละหานจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39(2), 511-520.

ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสในรณรงค์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(3), 91-103.

- มงคล กันตพานิชการ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาวัฒนธรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 88-100.
- วีรชัย ตรีวัฒนวงศ์. (2560). ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 26(2), 17-30.
- อัจฉรา มีดวง. (2567). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(2), 101-112.
- Kanfer, F.H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self management method. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). *Helping people change. A textbook of methods* (305-360). Pergamon press.
- Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. *The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. Clinical infectious diseases*. An official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2002,133(1), 1115-21.
- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.
- UNAIDS. (2024). *UNAIDS DATA 2024. Global HIV & AIDS statistics-Fact sheet*. July 22, 2024, from <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.