



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีใน
เลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



ภาณุพงศ์ จันทโรจน์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีใน
เลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี "

ของ ภาณุพงศ์ จันทโรจน์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อะเคื้อ อุลนุสเลทกะ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอปะ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.อัมราภรณ์ ภูระย้า)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ดำนุชพิศลิป)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผู้วิจัย	ภาณุพงศ์ จันทโรจน์
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ
กรรมการที่ปรึกษา	นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท ดร.อัมราภรณ์ ภูระย้า
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัย นเรศวร, 2567
คำสำคัญ	โปรแกรมการจัดการตนเอง, ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด, ระดับซีดี โฟร์, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ 2) แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ซึ่งผ่านความเห็นชอบการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติที ค่าสถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน Wilcoxon Signed rank test และ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นและระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น

Title	EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS, VIRAL LOAD AND CD4 LEVEL AMONG HIV-INFECTED PERSONS
Author	Bhanuphong Jantharot
Advisor	Associate Professor Nongnut Oba, RN, Ph.D.
Co-Advisor	Ratapum Champunot, M.D., Dip. Thai Board of Internal Medicine Amaraporn Puraya, RN, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2024
Keywords	Self management program, Viral load, CD4, HIV infected persons

ABSTRACT

This quasi-experimental research, two groups pretest – posttest design was to study effects of self-management program on self-management behaviors, viral load and CD4 among HIV-infected persons. The sample was HIV-infected persons Phrom Phiram District, Phitsanulok Province divided into experimental and control group, 22 persons each group. The experimental group received a self-management program while the control group received regular care. A intervention research tool was a self-management program consisted 1) goal selection 2) information collection 3) information processing and evaluation 4) decision making 5) action and 6) self-reflection for 12 weeks. Data collection tools included 1) a self-management behavior questionnaire and 2) a viral load and CD4 levels collecting form. They were approved for content validity by 5 experts and the questionnaire was tested the reliability which its Cronbach's Alpha coefficient was 0.94. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired t- test, independent t - test, Wilcoxon Signed rank test and Mann-Whitney test.

The results found that:

1. The experimental group had an average score of self-management behaviors after intervention higher than that before intervention at significant .001 level.

2. The experimental group had an average score of self-management behaviors after intervention higher than that control group at significant .001 level.

3. An average score of viral load after intervention lower than that before intervention at significant .05 level.

4. An average score of viral load after intervention of experimental group and control group had no significant difference.

5. The experimental group had an average score of CD4 after intervention higher than that before intervention at significant .01 level.

6. The experimental group had an average score of CD4 after intervention higher than that control group at significant .05 level.

This results showed that self-managements programs was effective to increase self-management behaviors and CD4 levels among HIV-infected persons while had no effect on viral load.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และการสนับสนุนจากรองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ ท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ซึ่งคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะ ช่วยเหลือด้วยความเมตตา ข้าพเจ้ารับรู้ได้ถึงความรัก และเมตตาที่ท่านอาจารย์ที่มีให้เสมอมา ข้าพเจ้าซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ด้วยความรักและเคารพอย่างสูงสุดมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนทและอาจารย์ ดร.อัมราภรณ์ ภูระย้า อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมผู้ซึ่งให้คำปรึกษาชี้แนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเมตตา และให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้าอย่างสม่ำเสมอ ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อะเค็โอะ อุณหเลขกะ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความเมตตาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่า แก่ข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่กรุณาให้การรับรองโครงการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกรวิจัย เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้การสนับสนุน เสียสละ และความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่มอบความรัก กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยครั้งนี้ มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้มีพระคุณที่กล่าวมาข้างต้นทุกท่าน ขอให้ท่านมีแต่ความความสุขกาย สุขใจ ตลอดไปเป็นอย่างยิ่ง

ภาณุพงศ์ จันทโรจน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี.....	10
การติดเชื้อเอชไอวี และการรักษา.....	12
พฤติกรรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	23
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	42

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดการวิจัย	55
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	56
แบบแผนการทดลอง.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การดำเนินการวิจัย.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย	67
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	69
ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	69
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	76
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและ เปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	77
บทที่ 5 บทสรุป.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	79
อภิปรายผล	80

ข้อจำกัดการวิจัย83

ข้อเสนอแนะ83

บรรณานุกรม85

ภาคผนวก.....86

ประวัติผู้วิจัย 134



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษา.....	20
ตาราง 2 กลุ่มอาหารหน่วยตวงวัด ปริมาณ 1 ส่วน และน้ำหนัก.....	27
ตาราง 3 ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคในแต่ละวันตามธงโภชนาการ	29
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม คุณลักษณะส่วนบุคคล	70
ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนและ หลังทดลองของกลุ่มทดลอง	72
ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อน และหลังทดลองของกลุ่มควบคุม	73
ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	74
ตาราง 8 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองรายด้านและโดยรวมก่อนและหลัง ทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22).....	74
ตาราง 9 พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)	75
ตาราง 10 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (n=22)	76
ตาราง 11 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (n=22).....	76
ตาราง 12 ระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22).....	77
ตาราง 13 ระดับซีดีโฟร์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)	77

ตาราง 14 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม
 ควบคุม(n=22) 126

ตาราง 15 ระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)
 127



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงธงโภชนาการ.....	26
ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
ภาพ 3 แบบแผนการทดลอง.....	56



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

จากการรายงานงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) พบว่า ในปีพ.ศ. 2563 ผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน จากการรายงานขององค์การสหประชาชาติทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน และยังพบว่า บางประเทศมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นด้วย สถิติยังบ่งชี้ได้ว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่มีความสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เช่น ในกลุ่มประเทศแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา พบว่า 6 ใน 7 คนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่า เกย์ กลุ่มชายรักชาย ผู้ค้าบริการทางเพศ และผู้ที่ติดยาเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนทั่วไปถึง 25-35 เท่า (องค์การสหประชาชาติ, 2563) ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คนต่อวัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,214 รายต่อปี (เฉลี่ย 31 รายต่อวัน) ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากหลักแสนและหลักหมื่น เหลือเพียง 5,825 คน ทั้งนี้ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปีภายในปี 2573 ดังนั้นประเทศไทยยังคงต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆปี (กรมควบคุมโรค, 2564)

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของ คน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีขยายตัวมากขึ้นจะทำลายซีดีโฟร์ จนมีปริมาณไม่เพียงพอ จะให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง และทำให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS) ปัจจุบันยังไม่มียารักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด มีเพียงยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน การติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากได้ ผู้ที่ติดเชื้อต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาด้านไวรัส และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ปัจจุบันกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564/2565 ได้ระบุการดูแลรักษาเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีและการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ

เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีคือเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวนระดับซีดีโฟร์กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Non AIDS-related illness) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจะต้องกินยาต้านเอชไอวีตลอดชีวิต เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และมีระดับซีดีโฟร์อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2563) การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อเรื้อรังมีแนวทางการดูแลและมีขั้นตอนการจัดบริการภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย (Same day ART) ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเป้าหมายหลักได้เริ่มรักษาแบบ Same-day ART หรือโดยเร็วที่สุด 2) ประเมินความพร้อมก่อนเริ่มยา 3) ตรวจร่างกาย ชักประวัติอาการเจ็บป่วย คัดกรองโรคฉวยโอกาส และ 4) ตรวจเลือดพื้นฐานก่อนเริ่มยา ได้แก่ ระดับซีดีโฟร์ แล้วเริ่มยาต้านเอชไอวีที่เป็น First line drug ได้แก่ Tenofovir ทันทีภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย โดยระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลังได้รับการรักษาแล้วปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral Load) จะมีปริมาณต่ำมาก ๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml และระดับซีดีโฟร์ (CD4) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (กรมควบคุมโรค, 2564) สำหรับการดูแลด้านอื่นๆ ประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษา 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สาเหตุของการติดเชื้อ พยาธิกำเนิด การดำเนินโรคและการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี รวมไปถึงการป้องกันและการรักษาโรคติดต่อฉวยโอกาส และ 3) การดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การมาตามนัดตรวจ และการรับประทานยา (ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2557) ดังนั้น การรักษาทั้ง 2 วิธี ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน โดยมีเป้าหมายของการรักษาด้วยการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดและเพิ่มจำนวนซีดีโฟร์

วิธีการดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาว คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาททำหน้าทีในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรปฏิบัติตามคำแนะนำและดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา คือ ถูก ขนาดทุกมื้อตรงเวลาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ควรเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์และปรุงสุกใหม่ (นิตยา กออิสรานูภาพ, วสันต์ ศรีแดน และวรวริษา สำราญเนตร, 2565) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนจะมีความเครียด เพราะเป็นโรคที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิตได้รวดเร็วหากไม่ดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปฏิบัติทางจิตใจที่แสดงถึงความเครียดได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งเกิดมาจากการถูกตีตรา ถูกทอดทิ้ง จึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดการกับภาวะบีบคั้นเหล่านี้ด้วย (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์,

ขวัญประภัสร์ จันทรบุลวัวร์, เสาวนีย์ โสบุ และอภิญา กุลทะเล, 2560) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคดีขึ้น (คณิตสร แก้วแดง และสมาลี ราชนิยม, 2558) ดังนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ จะทำให้ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และเพิ่มระดับซีดีโฟร์

จากการรายงานของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC, 2566) ในปี พ.ศ. 2561-2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5,421, 2,331, 2,415, 3,468 และ 6,277 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.63, 0.27, 0.28, 0.40 และ 0.73 ของประชากรตามลำดับจึงพบว่าอัตราชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ.2561-2565 อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีโดย 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2561-2565) มีจำนวน 357, 389, 414, 431 และ 449 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.41, 0.40, 0.48, 0.50 และ 0.52 ของประชากรตามลำดับ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 288, 316, 333, 344 และ 356 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.67, 81.23, 80.43, 79.81 และ 79.28 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ขาดการรักษา จำนวน 29, 27, 32, 32 และ 36 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 8.12, 6.94, 7.72, 7.42 และ 8.01 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ สำหรับผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด < 50 copies/ml มีค่าเท่ากับร้อยละ 95.65, 93.38, 92.7, 92.31 และ 92.16 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ แสดงว่าผลการรักษาทำให้ปริมาณเชื้อลดลงได้เป็นจำนวนมาก สำหรับระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 214 ราย และร้อยละของระดับซีดีโฟร์ > 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคิดเป็นร้อยละ 58.95 แสดงว่าผลการรักษาทำให้ระดับซีดีโฟร์สูงขึ้นไม่มากนัก ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กรมควบคุมโรค (2564) ระบุว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดจะมีปริมาณต่ำมากๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml และระดับซีดีโฟร์ > 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แสดงว่า การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพรหมพิรามควรพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการทบทวนสาเหตุที่ทำให้ผลการรักษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลพบสาเหตุ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อบางรายมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่มีการออกกำลังกาย รับประทานอาหารประเภทโปรตีนน้อย ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถพยากรณ์พฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์พยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ร้อยละ 8.9 (ดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ, 2553) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ยา ARV ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ ที่มารับบริการที่คลินิกภาโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ยา ARV ได้แก่ น้ำหนัก ≥ 40 กิโลกรัม ($p < .05$) การได้รับการศึกษา ($p < .01$) ไม่สูบบุหรี่ ($p < .05$) ได้รับสูตรยา TDF+ 3TC ($p < .05$) ไม่ได้ยาป้องกันติดเชื้อฉวยโอกาส bactrim ($p < .001$) ไม่ได้ยาป้องกันติดเชื้อฉวยโอกาส fluconazole ($p < .05$) และระดับ CD4 ก่อนรักษา ≥ 200 cells/ml ($p < .05$) (สุนันทา สิ่งมั่งสา, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ CD4 และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 168 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้ สูตรทางเลือก ทางเลือกแรก จำนวน 125 คน (ร้อยละ 74.4) และสูตรทางเลือกที่ 2 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 25.6) คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดีในทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรทางเลือกแรก และสูตรทางเลือกที่ 2 มีคะแนนคุณภาพชีวิตในทุกองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ คือ การเกาะติดยา (OR=0.009, 95% CI=0.014-0.543) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาว CD4 คือ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส (OR=0.023, 95% CI=0.025-0.759) (ปวิช พากวิพัทธ์, มาริส กิ่งไผ่กลาง, วณิชชา เชิดชัยภูมิ, วิระพล ภิมาลย์, ฉัตรมณี แท่งทองกลางและ กฤษณี สระมูณ, 2560) กรมควบคุมโรค (2553) ระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หากอยู่ในขั้นรุนแรง อาจส่งผลทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อแทรกซ้อนได้

Creer (Creer) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) (Creer, 2000) การจัดการตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง (Creer, 2000 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ, 2558) จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า มิงงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ งานวิจัยของฐาณิษญาณ์ หาญณรงค์ (2553) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่า สัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) งานวิจัยของ รำไพ หาญมนต์, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาลและ จิตตาภรณ์ จิตรเชื้อ (2556) พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้น ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลง ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) อีกทั้งยังมีงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ งานวิจัยของจันจิรา วิทยาบำรุง และปัทมา สุริต (2563) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) งานวิจัยของอดิเทพ ผาติอภินันท์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว และวินัส ลีพหกุล (2561) พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีในด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจจะพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเองของเครือข่าย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลพรหมพิราม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลง และมีระดับซีดีโฟร์เพิ่มสูงขึ้น และจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสถานะสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนและหลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด หลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลอง
6. เพื่อเปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์ หลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองคาดว่าจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม จนทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อสูงขึ้นซึ่งจะช่วยให้การดูแลรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของงานวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest and Posttest Design) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

2. ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับซีดีโฟร์มากกว่า 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรและมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 107 คน โดยคัดเลือกจากผลการตรวจเลือดเพื่อหาค่าระดับซีดีโฟร์ของรายงานในเวชระเบียนปีงบประมาณ 2566

3. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับซีดีโฟร์ระหว่าง 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรและมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 52 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย

4. พื้นที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

5. ระยะเวลา การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ปี (เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567)

6. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

6.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง

6.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบริการรักษาจากโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีระดับซีดีโฟร์ระหว่าง 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรในปีงบประมาณ 2566

2. **โปรแกรมการจัดการตนเอง** หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดและกระบวนการจัดการตนเองของแครี (Creer, 2000) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่กลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การเลือกเป้าหมาย หมายถึง การได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิธีการ

ปฏิบัติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และให้ประชุมกลุ่มเพื่อตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง เลือกลง เขียนเป้าหมายของตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง การรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง

2.3 การประมวลผลและประเมินข้อมูล หมายถึง การตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

2.4 การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคโดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค

2.5 การลงมือปฏิบัติ หมายถึง การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง และผู้วิจัยใช้การสนทนาบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ เพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มทดลอง

2.6 การสะท้อนตนเอง หมายถึง กลุ่มทดลองทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

3. พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบไปด้วย การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 พฤติกรรมจัดการด้านการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ มีทักษะการใช้ยาอย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

3.2 พฤติกรรมจัดการด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมจัดการด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ไขมันต่ำ ดื่มน้ำมาก ๆ และต้องเป็นอาหารที่สะอาดและปลอดภัย

3.3 พฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ได้แก่ การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ซึ่งรวมไปถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ กิจกรรมด้านการเกษตร การทำความสะอาดบ้านเรือน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแข็งแรงทางกายและมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น

3.4 พฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ หมายถึง พฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดความทุกข์ทางจิตใจ

4. ระดับซีดีโฟร์ (Cluster of Differentiation 4) หมายถึง ระดับของสารประเภท Glycoprotein ที่อยู่บนผิวเซลล์เม็ดเลือดขาวประเภท T-helper cell มีหน้าที่ทำลายเชื้อโรค โดยเฉพาะพวกเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัสอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับซีดีโฟร์ใช้เป็นเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป้าหมายระดับซีดีโฟร์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีค่ามากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งประมวลผลโดยเครื่อง BD FACSLyric ของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

5. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral load) หมายถึง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดใช้ประเมินผลการรักษาหลังการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป้าหมายปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีค่าน้อยกว่า < 50 copies/ml (Viral load < 50 copies/ml) ซึ่งประมวลผลโดยเครื่องตรวจอัตโนมัติทางอณูชีวโมเลกุลของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

6. การดูแลตามปกติ หมายถึง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการของโรงพยาบาล พรหมพิรามดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจรักษา การให้ยารักษา และการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาล

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมจัดการตนเองหลังทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
3. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
4. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด หลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
5. ระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
6. ระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี และการรักษา

พฤติกรรมกาปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดการจัดการตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

ยูเอ็นเอดส์ (UNAIDS, 2019 อ้างถึงใน ธนา ขอเจริญพร, 2564) กล่าวถึง ข้อมูลขององค์การสหประชาชาติเพื่อเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ประมาณ 1.7 ล้านคน ซึ่งลดลงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุดตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวี สำหรับจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ 690,000 คนทั่วโลก โดยลดลงมากกว่าร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2547 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดจำนวน 1.7 ล้านคน และลดลงร้อยละ 39 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตในปีพ.ศ. 2553 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 1.2 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกซึ่งรวม 30 ประเทศ และจำนวนประชากรร้อยละ 60 ของประชากรโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมดประมาณ 5,900,000 คน และมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรอายุ 15 ถึง 49 ปีอยู่ที่ร้อยละ 0.2 การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในภูมิภาคนี้อยู่ในกลุ่มประชากรได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงหรือชายที่ขายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด

ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2561 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 480,000 คนซึ่งลดลงร้อยละ 6 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ติดเชื้ออีกประมาณร้อยละ 30 ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ดังนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดตามจริงอยู่ที่ประมาณ

600,000 คน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัย 15 ถึง 49 ปีอยู่ที่ร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งสูงที่สุดในบรรดาประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ความชุกของการติดเชื้อนี้ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับความชุกในปี พ.ศ. 2550 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ 6,400 คนซึ่งลดลงร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2553 และอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ 0.2 ต่อประชากร 1,000 คน กลุ่มประชากรที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงหรือชายชายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด (UNAIDS, 2019 อ้างใน ธนา ขอเจริญพร, 2564) ในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คนต่อวัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,214 รายต่อปี (เฉลี่ย 31 รายต่อวัน) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยดีขึ้น ซึ่งเห็นได้จากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ลดลงจากหลักแสนและหลักหมื่นเมื่อหลายปีก่อน เหลือราว 5,800 คนในปี พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตามประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปีภายในปี 2573 ประเทศไทยยังคงต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆปี (กรมควบคุมโรค, 2564)

จากการรายงานของคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center, 2566) ในปี พ.ศ.2561-2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5,421, 2,331, 2,415, 3,468 และ 6,277 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.63, 0.27, 0.28, 0.40 และ 0.73 ของประชากรตามลำดับจึงพบว่าอัตราชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ.2561-2565

อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีโดย 5 ปีซ้อนหลัง (พ.ศ.2561-2565) มีจำนวน 357, 389, 414, 431 และ 449 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.41, 0.40, 0.48, 0.50 และ 0.52 ของประชากรตามลำดับ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 288, 316, 333, 344 และ 356 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.67, 81.23, 80.43, 79.81 และ 79.28 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ขาดการรักษาจำนวน 29, 27, 32, 32 และ 36 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 8.12, 6.94, 7.72, 7.42 และ 8.01 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ สำหรับผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า มีร้อยละของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด < 50 copies/ml มีค่าเท่ากับ 95.65, 93.38, 92.7, 92.31 และ 92.16 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดตามลำดับ แสดงว่าผลการรักษาทำให้ปริมาณเชื้อลดลงได้เป็นจำนวนมาก สำหรับระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 214 ราย และร้อยละของระดับซีดีโฟร์ > 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรคิดเป็นร้อยละ 58.95 แสดงว่าผลการรักษาทำให้ระดับซีดีโฟร์สูงขึ้นไม่มากนัก ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กรมควบคุมโรค (2564) ระบุว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยา

ต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดจะมีปริมาณต่ำมากๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml และระดับซีดีโฟร์ > 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากการทบทวนสาเหตุที่ทำให้ผลการรักษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลพบสาเหตุ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อบางรายมีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่มีการออกกำลังกาย รับประทานอาหารประเภทโปรตีนน้อย ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษา แสดงว่า การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ของโรงพยาบาลพรหมพิรามควรพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด

ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลพรหมพิราม เป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนที่ดี ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดได้ และมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น

การติดเชื้อเอชไอวี และการรักษา

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวหรือ CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เอชไอวี ยังเป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอ็ดส์ (AIDS) ซึ่งย่อมาจาก (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด ปัจจุบันมียาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน และช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสไปยังผู้อื่นด้วยเชื้อเอชไอวี พบอยู่ในน้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นช่องคลอด เลือด และน้ำนม โดยเชื้อไวรัสสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางบาดแผลหรือผ่านเนื้อเยื่ออ่อน เช่น ภายในช่องคลอด ทวารหนัก และรูเปิดของอวัยวะเพศชาย เป็นต้น ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดหรือทวารหนักโดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ใช้เข็มสักหรือเข็มเจาะร่างกายร่วมกัน โคนเข็มตำโดยเข็มนั้นมีเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี ปนเปื้อนอยู่เลือด สัมผัสน้ำอสุจิหรือน้ำหล่อลื่นช่องคลอดที่มีเชื้อเอชไอวีปนอยู่ การใช้ถุงยางอนามัยหรือแผ่นยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมถึงไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ (กรมควบคุมโรค, 2563)

พยาธิสรีรวิทยาของการแพร่และการติดเชื้อเอชไอวี

การแพร่และการติดเชื้อเอชไอวีเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนในระดับเซลล์และเนื้อเยื่อ และเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของผู้รับเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวีแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (ธนา ขอเจริญพร, 2564) ได้แก่

1. ระยะก่อนการแพร่เชื้อ

ในกระบวนการแพร่เชื้อจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ติดเชื้อไปยังผู้รับเชื่อนั้น ความหลากหลายและสายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระบบอวัยวะสืบพันธุ์มีความแตกต่างจากเชื้อที่อยู่ในระบบไหลเวียนเลือด โดยเชื้อไวรัสได้ผ่านกระบวนการคัดเลือกและลดความหลากหลายและจำนวนสายพันธุ์ก่อนเข้ามาอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์ ไวรัสที่อยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์นี้จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและทำให้เกิดการติดเชื้อของเซลล์เฉพาะส่วนซึ่งแยกจากไวรัสที่อยู่ในระบบไหลเวียนเลือด แม้ว่าไวรัสที่อยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์จะสามารถเคลื่อนย้ายเข้าระบบไหลเวียนเลือดและกลับเข้ามาในระบบอวัยวะสืบพันธุ์อีกได้ แต่การเคลื่อนกลับไปกลับมาอยู่ในวงจำกัดและไม่มีผลต่อความหลากหลายและจำนวนสายพันธุ์ของไวรัสที่มีอยู่ในเฉพาะระบบอวัยวะสืบพันธุ์ สารคัดหลั่งจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์เป็นแหล่งสำคัญของเชื้อเอชไอวีในการผู้รับเชื้อ สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อประกอบด้วยเชื้อเอชไอวีอิสระและเซลล์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้สายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวีที่เป็นอิสระและเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในเซลล์ที่ติดเชื้ออาจไม่เหมือนกันซึ่งแสดงให้เห็นว่า ไวรัสอิสระอาจกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อใด ของอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ใช่เซลล์ที่ติดเชื้อที่อยู่ร่วมกันในสารคัดหลั่งนั้น

2. ระยะที่เกิดการแพร่เชื้อ

ในการแพร่เชื้อเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์ เยื่อช่องคลอดและปากมดลูกเป็นช่องทางหลักที่เชื้อเอชไอวีใช้ในการแพร่เข้าสู่ผู้รับเชื้อเพศหญิง โดยปกติช่องคลอดมีความหนาและมีชั้นเคราติน (keratin) อยู่บนสุดทำหน้าที่ป้องกันการเคลื่อนผ่านของไวรัสเข้าสู่เนื้อเยื่อชั้นใน ปากมดลูกชั้นนอกหรือเอกโทเซอร์วิซ (Ectocervix) มีชั้นต่างๆ เช่นเดียวกับเยื่อช่องคลอด ในขณะที่ปากมดลูกชั้นในหรือเอนโดเซอร์วิซ (Endocervix) มีเพียงชั้นคอลัมน์นาเพียงหนึ่งชั้นและเยื่อเมือกปกคลุมด้านบน เยื่อเมือกของปากมดลูกชั้นในนี้ทำหน้าที่ป้องกันการเคลื่อนผ่านของไวรัส และมีสารต่อต้านเชื้อเอชไอวีเป็นองค์ประกอบด้วย บริเวณจุดเปลี่ยนจากปากมดลูกชั้นนอกไปเป็นปากมดลูกชั้นในเป็นจุดสำคัญที่มีความอ่อนแอและเป็นช่องทางเข้าของเชื้อเอชไอวีได้ ในผู้รับเชื้อเพศชาย ช่องทางเข้าที่สำคัญของเชื้อเอชไอวีคือบริเวณผิวหนังในของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เนื่องจากบริเวณดังกล่าวมีเซลล์เป้าหมายของเชื้อเอชไอวีคือเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) ซึ่งมีตัวรับร่วมซีซีอาร์ไฟว์ (CCR5) อยู่ด้วยมากกว่าบริเวณเนื้อเยื่ออื่น ๆ ส่วนเยื่อทวารหนักนั้นมีความเปราะบางและทนต่อการเสียดสีหรือการบาดเจ็บได้น้อยกว่าเยื่อช่องคลอดในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมักเกิดการบาดเจ็บหรือบาดแผลของเยื่อ จึงเป็นเหตุให้เยื่อทวารหนักเป็นช่องทางที่

เชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ผู้รับเชื้อได้ง่ายกว่าช่องทางอื่น การผ่านเยื่อต่างๆ เหล่านี้ของเชื้อเอชไอวี เป็นไปในลักษณะคอขวดโดยมีไวรัสเพียงหนึ่งหรือไม่เกินสามตัวที่สามารถผ่านเข้าไปในผู้รับเชื้อดังที่กล่าวมาแล้ว ปัจจุบันยังไม่เป็นที่เข้าใจแน่ชัดว่าเยื่อต่างๆ เหล่านี้ซึ่งทำหน้าที่เป็นปราการป้องกันการเข้าของเชื้อเอชไอวี ไขกติกใดในการคัดเลือกเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้าสู่ผู้รับเชื้อได้

3. ระยะหลังแพร่เชื้อ

ภายหลังจากที่เซลล์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเคลื่อนไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งติดเชื้อเริ่มต้น จะเกิดการติดเชื้อของเซลล์เป้าหมายต่างๆ ภายในต่อมน้ำเหลือง และมีจำนวนเซลล์ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังจากรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ในระยะต่อมาเซลล์ติดเชื้อเหล่านี้จะเคลื่อนไปสู่เนื้อเยื่อ น้ำเหลือง ทูตไขกระดูก เช่น ม้าม และเนื้อเยื่อ น้ำเหลืองบริเวณทางเดินอาหาร เป็นต้น ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดของระยะ 7 ถึง 10 วันของช่วงเวลาคลิปส์ (Eclipse period) ซึ่งยังไม่สามารถตรวจเจอเชื้อเอชไอวีหรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีได้ ในระยะนี้ หลังจากนั้น เซลล์ติดเชื้อจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและทำให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย การกระตุ้นภูมิคุ้มกันในระหว่างการติดเชื้อในระยะนี้จะส่งผลให้มีการลดลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ที่ระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อเชื้อและส่งผลให้เกิดอาการทางกายขึ้นตามระยะของการติดเชื้อเอชไอวี (รพีพรรณ รัตนวงศ์นราและวิภาวรรณ อัญญาภาลา, 2564) ได้แก่

1. ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงแรกที่ติดเชื้อปริมาณไม่มาก และยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาอาจยังตรวจหาเชื้อหรือภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไม่พบ ซึ่งอาจเป็นช่วงตั้งแต่ 2-12 สัปดาห์ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักลด หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปได้เอง และเนื่องจากอาการคล้ายไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรือไข้ทั่วไป ผู้ติดเชื้ออาจซื้อยากินเองหรือไปพบแพทย์ก็อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด นอกจากนี้บางรายหลังติดเชื้ออาจไม่มีอาการผิดปกติปรากฏให้เห็น ดังนั้นผู้ติดเชื้อบางรายจึงอาจไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ในระยะแรก

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อมักจะแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป แต่เมื่อตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวี และสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อชนิดนี้ จึงสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่าเป็นพาหะ (Carrier) ระยะนี้แม้ว่าจะไม่มีอาการแต่เชื้อเอชไอวี จะแบ่งตัวเจริญเติบโตขึ้นไปเรื่อย ๆ และทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคจนมีจำนวนลดลง เมื่อลดต่ำลงมาก ๆ ก็จะเกิดอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้อัตราการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันโรคจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี และสภาพความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ติดเชื้อเอง ระยะนี้คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85

มักเป็นอยู่นาน 5-10 ปี แต่มีกลุ่มผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ระยะนี้อาจสั้นเพียง 2-3 ปี ซึ่งเรียกว่า กลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 5 จะมีการดำเนินโรคช้า โดยบางรายอาจนานกว่า 10-15 ปีขึ้นไป เรียกว่า กลุ่มที่ควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller)

3. ระยะติดเชื้อที่มีอาการ ผู้ป่วยจะมีการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันโรค ดังนี้

3.1 อาการเล็กน้อย ระยะนี้ถ้าตรวจระดับซีดีโฟร์ มักจะมีจำนวนมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเล็กน้อย โรคเชื้อราที่เล็บ แผลร้อนในในช่องปาก ผิวหนังอักเสบชนิดเก้ดรังแคที่ไรผม ข้างจมูก ริมฝีปาก ฝ่าขาข้างลิ้น ซึ่งขูดไม่ออก โรคสะเก็ดเงินที่เคยเป็นอยู่เดิมกำเริบ

3.2 อาการปานกลาง ระยะนี้ถ้าตรวจระดับซีดีโฟร์ มักจะมีจำนวนระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการดังนี้ เริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศ ซึ่งกำเริบบ่อยและเป็นแผลเรื้อรัง งูสวัด โรคเชื้อราในช่องปากหรือช่องคลอด ท้องเสียบ่อยหรือเรื้อรัง นานเกิน 1 เดือน มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือน ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 บริเวณ (เช่น คอ รักแร้ และขาหนีบ) นานเกิน 3 เดือน น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว โดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ไขข้ออักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบจากแบคทีเรีย

3.3 ระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) ระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ถ้าตรวจระดับซีดีโฟร์ จะพบว่ามักมีจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้เชื้อโรคต่าง ๆ เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา โปรโตซัว วัณโรค ฉวยโอกาสเข้ารุกรานเรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยากและอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำ หรือชนิดใหม่หรือหลายชนิดร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการดังนี้ มีไข้เรื้อรังติดต่อกันหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน ไอเรื้อรังหรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคปอดหรือปอดอักเสบ ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อราหรือโปรโตซัว น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้งและอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบากหรือเจ็บเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา สายตาพร่ามัว มองไม่ชัดหรือเห็นเงา หลากไปลอยไปลอยมา ตกขาวบ่อยในผู้หญิง มีผื่นคันตามผิวหนัง ซีด มีจุดแดงจำเขี้ยวหรือเลือดออก จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ สับสน ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมผิดแปลกจากเดิม เนื่องจากความผิดปกติของสมอง ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติจากการติดเชื้อในสมอง อาการของโรคมะเร็งที่เกิดแทรกซ้อน เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก เป็นต้น

การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เมื่อไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนเกิดเชื้อฉวยโอกาสจะส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตขึ้นได้ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จากการถูกตีตราจากสังคม บางรายอาจยอมรับสภาพลักษณะตนเองไม่ได้

จนเกิดความทุกข์ทางใจเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จนต้องออกจากงาน หรือต้องขาดงานบ่อยๆ จากอาการเจ็บป่วย บางรายอาจคิดทำร้ายตนเอง จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ได้ ส่งผลกระทบต่อชุมชน การดำเนินชีวิตในสังคมเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้นส่งผลต่อภาพลักษณ์ การถูกตีตรา รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ขณะยังไม่แสดงอาการ ความทุกข์ทางใจก็จะเกิดขึ้น ความเป็นห่วงวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวว่ามีผู้รู้ว่ครอบครัวตนมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อนบ้านจะรังเกียจ การสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมไปถึงการส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นวัยแรงงานเพศชาย มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ให้ครอบครัวได้ และเป็นผู้ป่วยในครอบครัวทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง การสูญเสียรายได้ทั้งหมดของครอบครัวจะมีผลกระทบต่อภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศตามมา (นิตยา กออิสรานภาพ และคณะ, 2565)

ซึ่งเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย แต่ยังรวมถึงการส่งผลกระทบต่อจิตใจ ครอบครัว สังคม รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อประเทศอีกด้วย

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) หรือส่วนประกอบของเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2564) ได้แก่

1. การตรวจหาโปรตีนชนิด p24 antigen หรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีมีประโยชน์เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในระยะแรกที่ยังตรวจไม่พบแอนติบอดีจำเพาะ (Anti-HIV) หรือไม่สามารถใช้แอนติบอดีแปลผลการติดเชื้อ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือน เนื่องจากอาจพบแอนติบอดีจำเพาะของแม่ที่ผ่านรกมาซึ่งทารกและยังคงพบได้ในขณะนั้น ต้องระมัดระวังในการแปลผลและมีเกณฑ์จำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในทารก การตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อมาระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน หรือติดตามบุคลากรทางการแพทย์หลังได้รับอุบัติเหตุสัมผัสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

2. การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ เป็นการตรวจด้วยการใช้เทคนิค NAT (Nucleic acid amplification testing) แบบเชิงคุณภาพ (Qualitative) สามารถตรวจได้ทั้ง RNA ของเชื้อในพลาสมา หรือ Proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อ

3. กรณีไม่ว่าผลการตรวจเป็นผลบวกหรือผลลบ ควรตรวจแอนติบอดีจำเพาะเพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

4. กรณีต้องการตรวจสอบสารพันธุกรรมของเชื้อ สามารถตรวจหา Proviral DNA ด้วย วิธี DNA PCR ในเม็ดเลือดขาว หรือตรวจหา HIV RNA จากพลาสมา สำหรับการตรวจ HIV RNA ต้องเลือกใช้วิธีการตรวจ HIV RNA เชิงคุณภาพ (Qualitative HIV RNA) โดยรายงานเป็นผลบวกหรือผลลบ

แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง การรักษาหลักคือการกินยาต้านเอชไอวีตลอดชีวิต แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ (ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2563)

กรมควบคุมโรค (2564) ระบุว่าเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีคือเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวนซีดีโฟร์ กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี(AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Non AIDS-related illness) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (Adherence) ที่ดีมากที่สุดคือกินยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 เช่นยาที่ต้องกินวันละ 2 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุก 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้ง ต้องแนะนำให้กินทุก 24 ชั่วโมง เป็นต้น มีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการใช้ยาต้านไวรัส

จากการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในขณะที่มีระดับของซีดีโฟร์ที่สูงมีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น Serious AIDS-related และ Serious non-AIDS related มากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรักษาเมื่อระดับของซีดีโฟร์ลดลงต่ำ โดยเฉพาะการลดลงของวัณโรค Kaposi sarcoma และ Malignant lymphoma นอกจากนี้การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ควบคุมระดับของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดต่ำ ระดับไม่สามารถวัดได้จะมีประโยชน์ในการป้องกันคู่ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านทางเพศสัมพันธ์จากข้อมูลดังกล่าวแนวทางการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีของประเทศไทยฉบับนี้ จึงแนะนำให้เริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มีความพร้อมและเข้าใจเรื่องของการกินยาในระยะยาว

1.1 การเริ่มยาต้านเอชไอวีควรเริ่มเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมในกรณีที่สถานบริการมีความพร้อมและแพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาแล้ว ควรเริ่มยาต้านเอชไอวีภายในวันเดียวกันกับวันที่วินิจฉัย (Same day ART) หรือกรณีที่ทำได้ควรพิจารณาเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุด ภายในเวลา 7 วัน (Rapid ART) ในผู้ที่การตรวจคัดกรองเบื้องต้นไม่พบว่ามีหลักฐานของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประโยชน์ของการเริ่มยาต้านเอชไอวีภายในวันเดียวกัน คือ สามารถกดเชื้อเอชไอวีได้เร็วที่สุด

ลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังผู้อื่นลงอย่างรวดเร็วลดความเสี่ยงต่อการไม่เข้าสู่การรักษาลดโอกาสการขาดนัดก่อนเริ่มยา ช่วยสนับสนุนการคงอยู่ในระบบ การรักษาไปตลอด (Retain) และลดอัตราการเสียชีวิตจากการเริ่มยาช้า การเริ่มยาด้านเอชไอวีจะเริ่มเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมในกรณีที่สถานบริการมีความพร้อมและแพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาแล้ว จะเริ่มยาด้านเอชไอวีภายในวันเดียวกันกับวันที่วินิจฉัย (Same day ART) หรือพิจารณาเริ่มยาด้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุดภายในเวลา 7 วัน (Rapid ART) ในผู้ที่การตรวจคัดกรองเบื้องต้นไม่พบว่ามีหลักฐานของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจุบันยาด้านเอชไอวีที่แนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรกในประเทศไทย คือ NRTIs + DTG ได้แก่ TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC ร่วมกับ DTG โดยแนะนำให้ใช้เป็นแบบรวมเม็ด เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย

1.2 ปัจจุบันการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวี กรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 คือสูตรยาด้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกของการรักษาคือ สูตร NRTIs backbone ได้แก่ Tenofovir disoproxil fumarate หรือ Tenofovir alafenamide fumarate (TDF หรือ TAF) ร่วมกับ Lamivudine หรือ Emtricitabine (3TC หรือ FTC) และยังมีสูตรทางเลือก ได้แก่ Abacavir ร่วมกับ Lamivudine (ABC + 3TC) และ Zidovudine ร่วมกับ Lamivudine (AZT + 3TC) เพื่อใช้ร่วมกับยาดตัวที่ 3 คือ Dolutegravir (DTG) หรือทางเลือกเป็น Efavirenz หรือ Rilpivirine (EFV หรือ RPV) และในกรณีไม่สามารถหายาสสูตรสามตัวที่เหมาะสมได้ แนะนำใช้สูตร Dolutegravir ร่วมกับ Lamivudine (DTG+3TC) (ใช้ในกรณีไม่สามารถหายาสสูตรสามตัวที่เหมาะสมได้ เช่น มีโรคไต ไม่สามารถใช้ TDF หรือ TAF ได้) โดยควรพิจารณาใช้ในกรณีที่ HBs Ag – negative และ Baseline VL < 500,000 copies/mL หรือ CD4 > 200 cell/mm³ และไม่มีการติดต่อ 3TC ผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการรับประทานยาด้านเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ เนื่องจากผลแทรกซ้อนของยาด้านเอชไอวี ดังนั้นผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านเอชไอวีควรได้รับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในอนาคตด้วย เพื่อวางแผนป้องกันและการรักษา เช่น การประเมินความเสี่ยงตามแนวทางของ National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ 10 ปีตามการศึกษา Framingham โดยหลังประเมินความเสี่ยงให้พิจารณาระดับ LDL ตามแนวทาง Thai CV risk score โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว รวมทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่มีความเสี่ยงที่ 10 ปีมากกว่าร้อยละ 10 และผู้มีโรคเบาหวาน หรือมีโรคหลอดเลือดแข็งบริเวณอื่นถือว่าเป็นกลุ่มที่ต้องควบคุม LDL-C ให้ต่ำกว่า 70 มก./ดล. ต้องได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปรับลดการสูบบุหรี่ หรือปรับสูตรยาด้านเอชไอวี หากมีความเสี่ยงการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจใน 10 ปี ข้างหน้าตั้งแต่ร้อยละ 10 และ 2) ภาวะพร่องหรือขาดวิตามินดี (Vitamin D insufficiency or deficiency) คนทั่วไปปกติจะมีระดับวิตามินดีมากกว่า 30 นาโนกรัม/มล. โดยภาวะพร่องวิตามินดี (มีระดับวิตามินดี 20-30 นาโนกรัม/มล.) หรือขาดวิตามินดี (มีระดับวิตามินดี < 20 นาโนกรัม/มล.) พบได้ทั้งในกลุ่ม HIV-positive และ HIV-negative ซึ่งอาจจะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการติดเชื้อเอชไอวีแต่ภาวะที่ระดับวิตามินดีในร่างกายต่ำกว่าค่าปกติทำให้การดูดซึมแคลเซียมในร่างกายลดลง ส่งผลให้มวลกระดูกลดลงจนนำไปสู่ภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนได้ ซึ่งหากขาดวิตามินดีจะส่งผลเมื่อสิ้น ตก หกล้ม อาจเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้มากขึ้น

1.3 ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม NRTIS ไม่ได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงที่ตับ จึงเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นได้น้อย ปฏิกิริยาที่สำคัญ ได้แก่ Zidovudine กับ Co-trimoxazole หรือ Ganciclovir ทำให้ฤทธิ์ในการกดไขกระดูกเพิ่มขึ้น จึงควรระมัดระวังการใช้ยาทั้งสองร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง หรือ Zidovudine กับ Stavudine ที่ต้านฤทธิ์กันจากการใช้เอนไซม์ตัวเดียวกันในการเติมกลุ่มฟอสเฟตเพื่อเปลี่ยนสภาพยาให้เป็นยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา จึงห้ามใช้ยาทั้งสองร่วมกัน ส่วน Enfuvirtide เป็นกรดอะมิโน จึงไม่เข้าไปในเซลล์แต่จะถูกย่อยสลายให้เป็นกรดอะมิโนเดี่ยว แล้วถูกนำกลับไปใช้ในร่างกายอีก จึงไม่มีปฏิกิริยาระหว่างยาที่สำคัญ

1.4 ยาต้านเอชไอวีสูตรแรกตามที่กรมควบคุมโรคแนะนำให้ใช้รักษาผู้ติดเชื้อคือยา Tenofovir disoproxil fumarate หรือ Tenofovir alafenamide fumarate (TDF หรือ TAF) มีชื่อสามัญว่า Tenofovir อยู่ในรูปแบบของยา Tenofovir 300 มิลลิกรัม เป็นกลุ่มยา nucleotide reverse transcriptase inhibitor Pregnancy Category B มีข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้ยา Tenofovir disoproxil fumarate ร่วมกับยา antiretroviral ตัวอื่นสำหรับการรักษาการติดเชื้อ HIV-1 โดยทั่วไปมีขนาดและวิธีใช้ยาคือ 300 มิลลิกรัม รับประทานวันละครั้ง ยา Tenofovir จัดเป็นยาต้านรีโทรไวรัส (Antiretroviral agent) กลุ่ม Nucleoside Analog Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) โดยยามีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase enzyme) ซึ่งเอนไซม์ดังกล่าวมีหน้าที่ช่วยสร้างดีเอ็นเอ (DNA) จากอาร์เอ็นเอ (RNA) ของรีโทรไวรัสเพื่อให้ไวรัสมีดีเอ็นเอ สำหรับเพิ่มจำนวนในเซลล์ที่มีสารพันธุกรรมเป็นดีเอ็นเอได้ ดังนั้น เมื่อได้ยาทีโนโฟเวียร์เข้าสู่ร่างกาย จะถูกเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทำให้มีฤทธิ์ต้านรีโทรไวรัส โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตสของรีโทรไวรัส จึงส่งผลทำให้การเชื่อมต่อดีเอ็นเอของไวรัสหยุดชะงัก เชื้อรีโทรไวรัสจึงไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้อย่างไรก็ตามยาทีโนโฟเวียร์อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ได้แก่ คลื่นไส้ท้องเสีย ปวดศีรษะ อาเจียน ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดท้อง และเบื่ออาหาร อาการแพ้ยาและภาวะลมพิษ ซึ่งมีอาการที่อาจพบ เช่น มีผื่นตามผิวหนัง หายใจลำบาก บวมที่ใบหน้า ปาก ลิ้น หรือคอ เป็นต้น พบความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ (laboratory abnormality) คือ การเพิ่มขึ้นของ Creatine

kinase, Triglyceride, Amylase, Aspartate aminotransferase และ alanine aminotransferase รวมถึง Hypoglycemia และ Glycosuria เป็นต้น

นอกจากนั้น สุเมธ วงศ์วรรณดี และชิวพันธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์ (2557) กล่าวว่ายาต้านเอชไอวีมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งต้องเฝ้าระวังหลังการใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อันตรายถึงชีวิต ได้แก่ Stevens-Johnson Syndrome (SJS), Toxic Epidermal Necrolysis (TEN), Lactic Acidosis, ตับอักเสบรุนแรง 2) อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ได้แก่ ผื่นผิวหนัง การกดไขกระดูก ตับอักเสบ พิษต่อไต และ 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยาระยะยาวที่พบคือ ภาวะ Metabolic Syndrome (MS) ได้แก่ lipodystrophy ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ Peripheral Neuropathy เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านเอชไอวีจึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากยา

ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

การประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หลังจากที่เริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและอื่นๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว จำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งการติดตามประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและจำนวนระดับซีดีโฟร์โดยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ซึ่งเป็นดัชนีที่บอกประสิทธิผลของการรักษาได้แม่นยำ นอกจากนั้นจำนวนระดับซีดีโฟร์สามารถใช้วินิจฉัยการรักษาล้มเหลวได้เร็วที่สุด การติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษาดำเนินการดังนี้

ตาราง 1 การติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษา

การติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษา	
1. การติดตามอาการ	ในผู้ที่รับประทานยาต้านเอชไอวี และมีอาการคงที่ มี Adherence ที่ดี มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 Copies/mL มากกว่า 1 ปีขึ้นไป แนะนำให้ติดตามทุก 3 – 6 เดือน และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาอย่างเคร่งครัด

การติดตามประเมินผลผลการรักษา

2. ประเมินจากระดับซีดีโฟร์ การตรวจจำนวนซีดีโฟร์ มีความสำคัญในการติดตามผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยลง ดังนี้
1. ระดับซีดีโฟร์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตรวจปีละ 2 ครั้ง
 2. กรณีระดับซีดีโฟร์ มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ประเมินจากปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดร่วมด้วย
 - 2.1 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/mL ให้ตรวจตามข้อบ่งชี้ในกรณีที่สูงสัຍ Virological failure
 - 2.2 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด น้อยกว่า 50 copies/mL หลังจากกินยาต้านเอชไอวีนานติดต่อกัน อย่างน้อย 2 ปีไม่จำเป็นต้องตรวจระดับซีดีโฟร์
- หมายเหตุ
- ระดับซีดีโฟร์ บุคคลทั่วไป มากกว่าหรือเท่ากับ 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
- ระดับซีดีโฟร์ น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เรียกว่าผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้แก่ การติดเชื้อวัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น
3. ประเมินจากปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด หลังจากเริ่มรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ 6 เดือน ส่วนใหญ่ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดจะน้อยกว่า 50 copies/mL
1. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/mL โดยเฉพาะ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 copies/mL ให้สงสัยว่า การรักษาอาจล้มเหลว
 2. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด 50-200 copies/mL ให้ถามข้อมูลการกินยา การเจ็บป่วย หรือการไปฉีดวัคซีนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพราะอาจเป็นไวรัสที่สูงชั่วคราว และพิจารณาตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ซ้ำภายใน 3 เดือน
 3. ควรตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด อย่างน้อยทุก 6 เดือน
-

การติดตามประเมินผลผลการรักษา

ในปีแรกและต่อไปจนกว่า ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด น้อยกว่า 50 copies/mL จึงลดลงเหลือน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. กรณีที่พบว่ามีปัญหาปรับประเภทยาไม่สม่ำเสมอ ควรแนะนำให้ปรับประเภทยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 2-3 เดือน แล้วทำการตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดซ้ำ เพื่อประเมินว่ามีการรักษาล้มเหลวแล้วหรือไม่

หมายเหตุ

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด หากผู้ป่วยเอดส์กินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เชื้อเอชไอวีในเลือดจะมีปริมาณต่ำมาก ๆ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ (Viral load < 50 copies/ml) และอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ที่มา: กรมควบคุมโรค, 2564

ดังนั้น ผู้วิจัยเลือกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์เป็นตัวแปรผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างด้วย

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral load) คือ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด เป็นการหาจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดปริมาณ 1 มิลลิลิตร หากพบว่ามีจำนวนไวรัสมากและไม่ได้รับการรักษา เชื้อไวรัสเอชไอวีจะเข้าสู่อวัยวะภายในร่างกาย และทำลายทำลายอวัยวะในร่างกายอย่างรวดเร็ว และอาจเกิดการกลายพันธุ์ ซึ่งทำให้เชื้อติดต่อยากได้ง่าย ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาคือจะต้องทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีน้อยที่สุด โดยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด สามารถใช้ประเมินผลการรักษาหลังการรับประเภทยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป้าหมายปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีค่าน้อยกว่า < 50 copies/ml (Viral load < 50 copies/ml) สามารถตรวจได้ด้วยเครื่องตรวจอัตโนมัติทางอณูชีวโมเลกุล ซึ่งระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลจะตรวจปีละ 1 ครั้ง (กรมควบคุมโรค, 2564)

ระดับซีดีโฟร์ (Cluster of Differentiation 4) คือ ระดับของสารประเภท Glycoprotein ที่อยู่บนผิวเซลล์เม็ดเลือดขาวประเภท T-helper cell มีหน้าที่ทำลายเชื้อโรค โดยเฉพาะพวกเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัสอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับซีดีโฟร์ สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป้าหมายระดับซีดีโฟร์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ควรมีค่ามากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งประมวลผลโดยเครื่อง BD FACSPresto โดยการรักษาผู้ติดเชื้อนี้มีเป้าหมายของการรักษาด้วยการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดและเพิ่มจำนวนซีดีโฟร์ ผู้วิจัยจึงเลือกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ เป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัย โดยระดับซีดีโฟร์ เป็นเกณฑ์ในการติดตามผลการรักษาโรค ควรมีค่ามากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ควรมีค่าน้อยกว่า < 50 copies/ml (กรมควบคุมโรค, 2564)

2. การดูแลด้านอื่น ๆ

ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล (2557) กล่าวว่า การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการดูแลด้านอื่น ๆ ร่วมกับการรับประทานยา ประกอบด้วย

2.1 การให้คำปรึกษา การช่วยแก้ไข้ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สาเหตุของการติดเชื้อ พยาธิกำเนิด การดำเนินโรคและการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี รวมไปถึงการป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2.3 การดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การมาตามนัดตรวจ และการรับประทานยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นตัวแปรที่ศึกษาด้วย

พฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแนวทางการรักษา 2 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ติดเชื้อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนี้

1. พฤติกรรมจัดการด้านการรับประทานยา

วิธีการดูแลรักษาเอชไอวีที่สำคัญที่สุดคือ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีวินัยการรับประทานยาที่ติมากคือกินยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 และการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรงเวลา สม่ำเสมอ ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความรู้ มีทักษะเรื่องการรับประทานยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยา รับประทานยาอย่างถูกต้อง (กรมควบคุมโรค, 2564) ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีทักษะการใช้ยาอย่างถูกต้อง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิผลการรักษาที่ดีและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดเชื้อดื้อยา ทำให้ตนเองคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดทักษะการใช้ยาอย่างถูกต้อง คือต้องให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการกินยาอย่างเต็มที่ โดยให้ความรู้ ให้ข้อมูล การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) โดยการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจยอมรับ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตนและรับประทานยาด้านไวรัส ให้ถูกขนาด ถูกเวลา ตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงมีความสำคัญมากต่อการใช้ยาด้านไวรัสเนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีมีความสามารถที่ก่อให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย เพราะเชื้อแบ่งตัวจำนวนมากในแต่ละวัน และมีโอกาสกลายพันธุ์สูงในการแบ่งตัวแต่ละครั้ง ดังนั้น เมื่อใดก็ตามที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือรับประทานยาเพียงบางตัว ไวรัสจะเริ่มมีการแบ่งตัวทันทีและพร้อมที่จะกลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้โดยง่าย และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เช่น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการดีขึ้นหลังรับประทานยาได้ระยะหนึ่งก็หยุดยาเอง ลืมรับประทานยาเป็นประจำ เมาสุรา เป็นต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น เลือกรับประทานยาบางตัว รับประทานยาผิดขนาด รับประทานไม่ตรงเวลา เป็นต้น รับประทานยาอื่นที่มีผลกระทบต่อยาด้านไวรัส เช่น ยาสมุนไพร หรือการซื้อยามารับประทานเพิ่มเติมเองและผลกระทบที่จะได้รับ เป็นต้นและผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดยา ไม่มารับบริการตามที่แพทย์นัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ ตามมา

2. ทักษะการใช้ยา 5R (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.1 Right Patient / Client ถูกคน หมายถึง ต้องตรวจสอบชื่อเจ้าของยา ชื่อยาอย่างถูกต้องก่อนรับประทานทุกครั้ง

2.2 Right Drug / Medication ถูกชนิด หมายถึง ยาด้านเอชไอวีที่จะรับประทาน ต้องถูกชนิด หากพบว่ายาเปลี่ยนรูปแบบผิด ผิดชนิดต้องทำการปรึกษาเภสัชกรหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

2.3 Right Dose ถูกขนาด หมายถึง รับประทานตามขนาดที่แพทย์สั่ง ได้แก่ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

2.4 Right Route ถูกทาง หมายถึง ยาด้านเอชไอวีเป็นยาชนิดเม็ดรับประทานเท่านั้น ไม่มียาฉีด

2.5 Right Time ถูกเวลา หมายถึง ต้องรับประทานยาอย่างตรงเวลาทุกครั้งที่รับประทาน การรับประทานยา ต้องไม่คลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่วางแผนร่วมกันกับแพทย์เกิน 30 นาที

3. การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ได้แก่ คลื่นไส้ท้องเสีย ปวดศีรษะ อาเจียน ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดท้อง และเบื่ออาหาร อาการแพ้ยาและภาวะลมพิษ ซึ่งมีอาการที่อาจพบ เช่น มีผื่นตามผิวหนัง หายใจลำบาก บวมที่ใบหน้า ปาก ลิ้น หรือคอ (Stevens-Johnson Syndrome) ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อันตรายถึงชีวิตเป็นต้น ต้องมาโรงพยาบาลทันที

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านการรับประทานยาจึงมีความสำคัญในการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวินัยในการรับประทานยาต้านเอชไอวีเพิ่มขึ้นด้วย (จำไพ หาญมนต์และคณะ, 2556) ศึกษา ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งเมื่อนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาส่งเสริมการจัดการตนเอง ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐาณิชญาน์ หาญณรงค์, 2553)

ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามีความสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสามารถควบคุมและลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและสามารถเพิ่มระดับซีดีโฟร์ทำให้มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้นและช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2. พฤติกรรมการจัดการด้านการบริโภคอาหาร

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง ทำให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี อีกทั้งยังช่วยควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี และช่วยควบคุมอาการข้างเคียงจากการให้ยาได้ (ธนวัฒน์ ชาชีโย, 2565)

อาหารและโภชนาการสำหรับบุคคลในวัยต่าง ๆ ตามคู่มือธงโภชนาการ (กรมอนามัย, 2550)

ธงโภชนาการ คือ เครื่องมือที่จะช่วยอธิบาย และทำความเข้าใจโภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อนำไปสู่การกินอาหารในแต่ละวันได้อย่างถูกต้อง ทั้งสัดส่วน ปริมาณ และความหลากหลาย โดยจำลองเป็นสามเหลี่ยมกลับหัวแบบธงแขวน แสดงสัดส่วนอาหารในแต่ละกลุ่มให้เห็นภาพได้ชัดเจน ฐานใหญ่ด้านบนเน้นให้กินในปริมาณมาก และปลายธงด้านล่างเน้นให้กินในปริมาณน้อย



ภาพ 1 แสดงธงโภชนาการ

หมายเหตุ: หน่วยตวงวัดปริมาณอาหารที่ใช้ในธงโภชนาการ

ทัพพี	ใช้ในการตวงน้ำหนักปริมาณอาหารในกลุ่มข้าว แป้ง และผัก
ช้อนกินข้าว	ใช้ในการตวงน้ำหนักปริมาณอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์
ส่วน	ใช้ในการตวงน้ำหนักปริมาณอาหารกลุ่มผลไม้
ช้อนชา	ใช้ในการตวงน้ำหนักปริมาณอาหาร กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล

ที่มา: สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562

หนึ่งส่วนของกลุ่มอาหาร คือ ปริมาณอาหารในกลุ่มที่ให้คุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงควรรับประทานสลับสับเปลี่ยนชนิดของอาหารในกลุ่มเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถกินเปลี่ยนทดแทนกับอาหารต่างกลุ่มได้ เนื่องจากพลังงานและปริมาณสารอาหารไม่เท่ากัน

ตาราง 2 กลุ่มอาหารหน่วยตวงวัด ปริมาณ 1 ส่วน และน้ำหนัก

กลุ่มอาหาร	หน่วยตวงวัด	ปริมาณ 1 ส่วน	น้ำหนัก (กรัม)
ข้าว – แป้ง	ทัพพี	1 ทัพพี	60
ผัก	ทัพพี	1 ทัพพี	40
ผลไม้	ส่วน	1 ส่วน	70 - 120
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	1 ช้อนกินข้าว	15
นม	แก้ว	1 แก้ว	200
น้ำมัน	ช้อนชา	1 ช้อนชา	5

ที่มา: กรมอนามัย, 2556

ปริมาณอาหารกลุ่มต่างๆ ในธงโภชนาการ

1. อาหารกลุ่มข้าว - แป้ง

อาหารกลุ่มนี้ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย โดยคาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี อาหารในกลุ่มนี้ประกอบด้วย ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ขนมหจีน ขนம்பึง เส้นก๋วยเตี๋ยว เผือก มัน และแป้งชนิดต่างๆ แนวทางการบริโภคอาหารในกลุ่มนี้ควรบริโภคในปริมาณที่จะทำให้ได้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 – 60 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน หรือประมาณวันละ 8-12 ทัพพี

2. อาหารกลุ่มผัก

อาหารในกลุ่มนี้ เป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ และเส้นใยอาหาร โยอาหารเพิ่มปริมาณและน้ำหนักของอุจจาระ ทำให้ขับถ่ายได้ง่าย นอกจากนี้ยังช่วยจับสารเคมีที่เป็นพิษ ให้ผ่านลำไส้ไปได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ โยอาหารในผักชนิดที่ละลายน้ำทำให้ลดการสร้างและการดูดซึมคอเลสเตอรอลในร่างกายได้ ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง แนวทางในการบริโภคอาหารกลุ่มผัก คือ ผู้ใหญ่ให้บริโภคผักวันละ 4-6 ทัพพี โดยบริโภค ผักสีเขียว เหลือง แสด แดง สลับกัน

3. อาหารกลุ่มผลไม้

ผลไม้ให้คุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกับอาหารกลุ่มผัก คนไทยสามารถเลือกทานผลไม้ไทยได้หลากหลายตามฤดูกาล นอกจากนี้ยังมีอีกทางเลือกหนึ่งของการบริโภคผลไม้ คืออาจเลือกบริโภคน้ำผลไม้หรือผลไม้แห้ง ซึ่งก็มีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ต้องระวังเรื่องน้ำตาล และพลังงาน

ผลไม้ตากแห้งจะไม่ได้รับวิตามินซีเท่าผลไม้สด จากข้อแนะนำการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย แนะนำให้บริโภคผลไม้วันละ 3-5 ส่วน ซึ่งผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ปริมาณผลไม้ที่ให้คุณค่าใกล้เคียงกัน โดยปริมาณที่ต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของผลไม้ชนิดนั้นๆ

อาหารกลุ่มเนื้อสัตว์อาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ให้สารอาหารโปรตีน ไข่ ปลา เนื้อสัตว์ต่าง ๆ นมเป็นอาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดี ส่วนถั่วเมล็ดแห้งเป็นอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพรอง ดังนั้นจึงควรบริโภคปลาสลับกับเนื้อสัตว์ชนิดอื่นที่ไม่ติดมัน ไข่ รวมทั้งบริโภคถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดีเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ใน 1 วันควรได้รับพลังงานจากโปรตีนประมาณร้อยละ 10 - 15 ของพลังงานที่ได้รับทั้งวัน โดยโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี

4. อาหารกลุ่มนม และผลิตภัณฑ์

นม เป็นแหล่งของแคลเซียม และฟอสฟอรัส แร่ธาตุทั้ง 2 ชนิดนี้จำเป็นสำหรับการสร้างกระดูกและฟันให้แข็งแรง นมยังเป็นแหล่งของวิตามินบี 2 บี 12 ดังนั้น ผู้ที่บริโภคมังสวิรัตแบบตึมนม จะไม่ขาดวิตามินบี 2 และบี 12 แนวทางการบริโภคอาหารในกลุ่มนี้ คือ ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุวันละ 1 แก้ว ผู้สูงอายุอาจเลือกตึมนมชนิดพร่องมันเนย นมชนิดพร่องมันเนยเสริมแคลเซียมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล สำหรับผู้ที่ตึมนมไม่ได้หรือไม่ชอบตึมนม อาจตึมนมถั่วเหลือง หรือบริโภคอาหารอื่นที่มีแคลเซียมเช่น ปลาตัวเล็กที่บริโภคได้ทั้งตัว กุ้งแห้ง เต้าหู้แข็ง และผักใบเขียวเข้ม เพื่อให้ได้แคลเซียม

5. อาหารกลุ่มไขมัน น้ำตาลและเกลือ

5.1 ไขมัน

อาหารกลุ่มไขมัน ได้แก่ น้ำมัน ไขมันทุกชนิด ครีมเทียม กะทิ อาหารในกลุ่มเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ ช่วยการดูดซึมของวิตามินเอ ดี อี และเค ไขมันให้พลังงาน และความอบอุ่นต่อร่างกาย ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงานถึง 9 กิโลแคลอรี ข้อแนะนำปริมาณการบริโภคไขมันที่พอเหมาะสมในแต่ละวัน คือ ควรได้รับร้อยละ 20 - 30 ของพลังงานทั้งวัน สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1600 กิโลแคลอรี ไม่เกินวันละ 5 ช้อนชา ไม่เกิน 7 ช้อนชา สำหรับ 2000 กิโลแคลอรี และไม่เกิน 9 ช้อนชา สำหรับ 2400 กิโลแคลอรี

5.2 น้ำตาล

น้ำตาลในที่นี้ หมายถึง น้ำตาลที่ใช้ในชีวิตประจำวันหรือ น้ำตาลทรายที่ใช้ในการปรุงรสอาหารการบริโภคหวานเป็นการส่งเสริมให้เกิดโรคฟันผุ และเมื่อบริโภคในระยะยาวจะก่อให้เกิดปัญหาไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จึงมีข้อแนะนำว่าในแต่ละวันควรจำกัดการบริโภคน้ำตาลทรายไม่เกิน 4 ,6 และ 8 ช้อนชา สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1,600 2,000 และ 2,400 กิโลแคลอรี ต่อวันตามลำดับ

5.3 เกลือ

ส่วนประกอบของเกลือที่ใช้ในการปรุงอาหาร คือ โซเดียม ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการทำงานของเซลล์ในร่างกาย โดยทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลของน้ำ และความเป็นกรดต่างในร่างกาย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่บริโภคเกลือโซเดียมมากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภาวะที่มีโซเดียมมากในร่างกายทำให้มีการสะสมของน้ำตามส่วนต่างๆ ทำให้เกิดอาการบวมขึ้นได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไต จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารหมักดองต่าง ๆ จากข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับของคนไทยแนะนำว่า ใน 1 วันไม่ควรกินโซเดียมเกิน 2,400 มิลลิกรัม

ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคในแต่ละวันตามธงโภชนาการ

การแนะนำพลังงาน 3 ระดับ 1,600 2,000 และ 2,400 กิโลแคลอรี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกกินอาหารที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย เพื่อให้การกินและการใช้พลังงานมีความสมดุลทำให้น้ำหนักตัวสัมพันธ์กับความสูงรวมทั้งอายุ เพศ และกิจวัตรประจำวัน โดยแนะนำดังนี้

1,600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กอายุ 6 – 13 ปี/หญิงวัยทำงาน อายุ 24 – 60 ปี/ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

2,000 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นหญิง – ชายอายุ 14 – 25 ปี ชายวัยทำงาน อายุ 25 – 60 ปี

2,400 กิโลแคลอรี สำหรับหญิง – ชายที่ใช้พลังงานมากๆ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา

ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในระดับพลังงาน 1,600 2,000 และ 2,400 กิโลแคลอรี ซึ่งมีหน่วยวัดในครัวเรือนดังนี้

ตาราง 3 ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคในแต่ละวันตามธงโภชนาการ

กลุ่มอาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)			หน่วยครัวเรือน
	1,600	2,000	2,400	
ข้าวแป้ง	8	10	12	ทัพพี
ผัก	4 (6)	5	6	ทัพพี
ผลไม้	3 (5)	4	5	ส่วน
เนื้อสัตว์	6	9	12	ช้อนกินข้าว
นม	2 (1)	1	1	แก้ว
ไขมัน น้ำตาล เกลือ	ใช้น้อยเท่าจำเป็น			ช้อนชา

ที่มา: กรมอนามัย, 2556

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและสถานะของโรคอาจทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการได้ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานหรือกลืนได้ลำบากจากการติดเชื้อ การอักเสบหรือมีแผลบริเวณช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของการดูดซึมและระบบเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย สูญเสียความอยากอาหาร คลื่นไส้ หรือท้องร่วง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสถานะของโรค จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ร่างกายไม่สามารถสร้างระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง ทำให้ร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ธนวัฒน์ ชาชีโย, 2565) มีดังนี้

1. เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น เนื่องจากมีสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะช่วยปกป้องระบบภูมิคุ้มกัน กำหนดปริมาณที่ควรได้รับ 5-9 ส่วนต่อวัน คือ การเพิ่มผลไม้และผักให้ได้ปริมาณครึ่งหนึ่งของจานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้วิตามินและแร่ธาตุมากที่สุด
2. รับประทานโปรตีนให้เพียงพอ และคุณภาพดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง ได้แก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งอาจต้องรับประทานโปรตีนในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หรือภาวะน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว
3. เลือกรับประทานอาหารกลุ่มข้าวแป้ง-ธัญพืชที่ไม่ขัดสี คาร์โบไฮเดรตซึ่งจะให้พลังงานแก่ร่างกายเป็นหลัก อุดมไปด้วยวิตามินบี และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดโอกาสที่จะเกิดการสะสมไขมันที่เรียกว่า lipodystrophy (ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากเอชไอวี ได้แก่ ข้าวกล้องกลิ้ง ข้าวสาลีเต็มเมล็ด ข้าวโพด ข้าวโอ๊ต ข้าวซ้อมมือ ข้าวฟ่าง เมล็ดพืช และลูกเดี๋ย
4. จำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือ เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีและยาที่ได้รับส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น หากได้รับปริมาณน้ำตาลและเกลือมากเกินไป ดังนั้นพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาลทั้งจากอาหารและเครื่องดื่ม ควรน้อยกว่า 10% จากพลังงานที่ควรได้รับในต่อวัน (ปริมาณไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวันโดยประมาณ) และปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน)
5. เลือกรับประทานไขมันที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ถั่ว น้ำมันจากพืช และอะโวคาโด และควรได้รับปริมาณอาหารที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย ทั้งพลังงานและสารอาหาร ซึ่งควรได้รับการประเมินสัดส่วนของสารอาหารเป็นรายบุคคลตามคำแนะนำ โดยที่คาร์โบไฮเดรตประมาณ 45-65% โปรตีน 10-35% และไขมัน 20-35% ส่วนใยอาหารควรได้รับ 14 กรัม ต่อความต้องการพลังงาน 1000 กิโลแคลอรีต่อวัน

6. หลีกเลี่ยงการรับประทานกลุ่มใยอาหารต่ำ ไขมันสูง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันที่ผิดปกติ ความตื้อต่ออินซูลิน และความอ้วนได้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และไขมันอิ่มตัวต่ำ ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด เพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (High Density Lipoprotein) ในเลือด และลดความเสี่ยงในการเกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันที่ผิดปกติได้ ได้แก่ การลดหรือเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำมันจากสัตว์ เนย ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ คุกกี้ โดนัท เค้ก

7. สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แนะนำให้ควบคุมปริมาณไขมันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ (ไขมัน 25-35% ของพลังงานรวม ไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า 7% ไขมันทรานส์น้อยกว่า 1% และคอเลสเตอรอล น้อยกว่า 200 mg ต่อวัน) ไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก ถั่วเปลือกแข็ง เนื้อปลา

8. ดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ อย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายขาดน้ำซึ่งอาจเกิดจากอาการท้องร่วงหรือคลื่นไส้อาเจียน

9. เน้นความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร (Food safety) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารที่ไม่สะอาด หรือมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอาหารเป็นพิษมากกว่าคนทั่วไป

ข้อควรระวังด้านอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อไม่ให้อาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโรค ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนได้ เช่น Shigellosis, Toxoplasmosis, Trichinosis, Botulism hepatitis, Campylobacter jejune เป็นต้น ซึ่งปนเปื้อนในสัตว์ปีก ทำให้เกิดท้องเสีย หรือติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ได้แก่ เชื้อ E. Coli ซึ่งทำให้ถ่ายเป็นเลือด เชื้อ Salmonella ในไข่ที่รับประทานอาจทำให้อาหารเป็นพิษ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เป็นต้น (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

1.1 ควรรับประทานอาหารที่สุกไม่ควรรับประทานอาหารดิบหรือกึ่งดิบกึ่งสุก เช่น หอยลวก น้ำตก ปลา ลาบเลือด แหนม ถ้าเป็นอาหารปิ้งก็ควรดูว่าข้างในสุกดีพอหรือไม่

1.2 ควรรับประทานอาหารสะอาด ไม่มีแมลงวันตอม

1.3 เลือกซื้ออาหารจากร้านที่ปรุงสะอาด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารข้างถนนที่มีฝุ่นละออง

1.4 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส อาหารที่ใช้สารเคมีเจือปนมาก

1.5 ควรรับประทานอาหารที่สุกและปรุงเสร็จใหม่ๆ

2. ความสะอาด

2.1 ด้านอาหาร

2.1.1 ผักผลไม้สด ควรล้างให้สะอาด แช่ด้วยต่างที่บ่มนาน 15-30 นาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง ผักสดที่ตกแต่งในเนื้อสัตว์สด (มักพบในซูเปอร์มาร์เก็ต) ควรทิ้งไป เพราะอาจปนเปื้อนแบคทีเรียที่อยู่ในเนื้อสัตว์สด

2.1.2 ไข่ไก่ ไข่เป็ดควรล้างเปลือกให้สะอาด ก่อนนำมาเก็บไว้ เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ที่เปลือกไข่ และควรเก็บไข่ไว้ในตู้เย็น ไม่ควรบริโภคไข่ที่แตกหรือบวมแล้ว

2.1.3 น้ำดื่มควรเป็นน้ำดื่มเดือดนานอย่างน้อย 15 นาทีเพื่อฆ่าเชื้อโรค หรือน้ำขวดจากบริษัทที่เชื่อถือได้ ถ้าหาไม่ได้อย่างน้อยควรเป็นน้ำอัดลมจะสะอาดกว่าน้ำหวานที่ขงขายตามข้างถนน

2.1.4 น้ำแข็งที่ขายไม่ว่าจะเป็น น้ำแข็งหลอด น้ำแข็งปน น้ำแข็งก้อน มักไม่สะอาด ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำแข็งดังกล่าว ยกเว้นน้ำแข็งที่ทำเองจากตู้เย็นซึ่งใช้น้ำสะอาด

2.1.5 ล้างมือก่อนทำอาหารทุกครั้ง และหลังจากหยิบจับเนื้อสัตว์ อาหารทะเล ควรล้างมือซ้ำ

2.2 ด้านสิ่งของ เครื่องใช้

2.2.1 ควรทำความสะอาดเชิงทุกครั้งก่อนและหลังจากการใช้ ควรผึ่งเชิงให้แห้ง (ตากแดด) หรือใช้เชียงพลาสติกเพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค

2.2.2 บริเวณครัวควรสะอาดเก็บขยะแยกไว้เป็นสัดส่วนและนำไปทิ้งทุกวันครัวควรมีอากาศถ่ายเทควรเช็ดถูพื้นครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ภาชนะที่ใช้ควรล้างเก็บใส่ในตู้เป็นสัดส่วน

2.2.3 ฟองน้ำล้างจานเมื่อใช้เสร็จแล้ว ควรล้างด้วยน้ำสะอาดและเก็บไว้ในที่แห้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค

3. การเก็บรักษาอาหาร

3.1 เนื้อสัตว์ที่ใช้ปรุงอาหารต้องสด เมื่อนำออกมาจากช่องแข็งควรปล่อยให้ละลายในตู้เย็น ในช่องธรรมดาไม่แช่แข็ง เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำมันมีเชื้อโรคเจริญเติบโตเร็ว

3.2 ของสดซึ่งอาจเน่าเสียง่าย หลังจากซื้อมาถึงบ้าน ควรล้างทำความสะอาดแล้วเก็บใส่ตู้เย็นทันทีอย่าเก็บอาหารที่เน่าเสียง่ายที่อุณหภูมิห้องนานเกิน 2 ชั่วโมง

3.3 ไม่ควรเก็บอาหารที่ปรุงแล้วไว้ค้างคืน เพราะเชื้อโรคจะเจริญเติบโต ถ้าจำเป็นต้องเก็บไว้ ควรอุ่นให้มีอุณหภูมิสูง(ตั้งไฟจนเดือด)และมีระยะเวลาสั้นเพียงพอ โดยอุ่นก่อนเก็บในตอนกลางคืน และอุ่นอาหารซ้ำตอนเช้า

3.4 อย่าเสียดายอาหารที่มีสี กลิ่นผิดปกติ แม้จะเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อย เพราะอาจมีเชื้อโรคหรือสารพิษจากเชื้อโรคได้

ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ไขมันต่ำ ดื่มน้ำมาก ๆ และต้องเป็นอาหารที่สะอาดและปลอดภัย เพื่อไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหาร

3. พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็กในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดิน วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง ความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายกับกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทั่ว ๆ ไป คือ การออกกำลังกายต้องมีการวางแผนในการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความหนักที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงมากกว่าขณะพัก และมีการเคลื่อนไหวนานเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ (กรมอนามัย, 2556) ส่วนการเคลื่อนไหวของร่างกายคือ การเปลี่ยนตำแหน่งที่ต่อเนื่องของอวัยวะ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อประสาทสั่งให้กล้ามเนื้อหดตัวและจะเกิดกำลังหรือแรงขึ้น (สัจฉริยา สงวนพงศ์, 2551)

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย เมื่อออกกำลังกายเป็นประจำจะมีส่วนทำให้สุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยและมีอายุยืน การออกกำลังกายไม่เพียงแต่ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ยังช่วยให้สุขภาพจิตดีและยังมีประโยชน์อีกหลายประการ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) ดังต่อไปนี้

1. กระดูกและข้อต่อ การออกกำลังกายสามารถเพิ่มความหนาแน่นของกระดูกในเด็ก และรักษาความแข็งแรงของกระดูกในวัยรุ่นที่กำลังเจริญเติบโต การออกกำลังกายจะช่วยชะลอความเสื่อมของกระดูกในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะกระดูกพรุนเมื่อกระดูกเริ่มเปราะบางและมีแนวโน้มที่จะหักง่าย การออกกำลังกายที่มีแรงกระทำต่อกระดูกสูง เช่น การวิ่ง การกระโดดเชือก จะเพิ่มน้ำหนักที่เป็นแรงกระทำต่อกระดูก ช่วยเพิ่มความหนาแน่นกระดูกในคนวัยหนุ่มสาว แต่สำหรับคนที่มาภาวะกระดูกพรุนแล้ว ควรเลือกออกกำลังกายที่มีแรงกระทำต่อกระดูกน้อยลง เช่น การเดิน การว่ายน้ำ

2. หัวใจ การออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายช่วยปรับสมดุลคอเลสเตอรอล การออกกำลังกายประจำ เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง สามารถช่วยให้ระดับไขมันชนิดดี สูงขึ้น

3. โรคเรื้อรัง การออกกำลังกายสามารถช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังมีผลดีต่อคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การออกกำลังกายประจำยังสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาวด้วย

4. สุขภาพจิต การออกกำลังกายสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยการนอนหลับให้ดีขึ้น

5. น้ำหนักตัว การออกกำลังกายสามารถช่วยจัดการน้ำหนักตัวได้ ด้วยการเผาผลาญพลังงานและช่วยสร้างสมดุลของพลังงานที่ทำให้สุขภาพดี การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนในการรักษาน้ำหนักตัวที่เหมาะสม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่เป็นจังหวะ เช่น การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว เป็นต้น และควรออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไปเพราะจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมเร็วขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดและทำให้ผนังเส้นเลือดทั่วร่างกายได้รับการออกกำลังกาย อีกทั้งเป็นการป้องกันเส้นเลือดเปราะแข็งอุดตันหรือแตกง่าย และป้องกันโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี ระบบการหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบการย่อยอาหารและระบบการขับถ่าย ส่งผลต่อระดับซีดีโฟร์ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลายความเครียด ทำให้จิตประสาทตื่นตัวอยู่เป็นประจำ ชีวิตจึงมีแต่ความสุข ร่าเริง สดใส เพิ่มบุคลิกภาพให้ตนเอง รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลายความเครียด ทำให้จิตประสาทตื่นตัวอยู่เป็นประจำ ชีวิตจึงมีแต่ความสุข ร่าเริง สดใส เพิ่มบุคลิกภาพให้ตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการออกกำลังกาย พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยต้องเว้นระยะห่างไม่มากเกินไป 2 วัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรเน้นการออกกำลังกายที่เพิ่มภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ได้แก่ การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไปเพราะจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมเร็วขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (นิตยา กออิสรานภาพ และคณะ, 2565)

หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิคตามหลัก FITT

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) กล่าวว่า คำว่า FITT เกิดจากการนำตัวอักษรภาษาอังกฤษจำนวน 4 ตัว มารวมเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย F, I, T และ T ซึ่งแต่ละตัวจะมีความหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

F = Frequency หมายถึง ความถี่ในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ควรออกกำลังกายวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 วัน เนื่องจากกล้ามเนื้อจะใช้เวลา 48 ชั่วโมง ในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับสู่สภาพพร้อมออกกำลังกายอีกครั้ง แต่สำหรับผู้ที่ยังออกกำลังกาย

เป็นประจำอยู่แล้ว สามารถเพิ่มวันได้แต่ไม่ควรเกิน 6 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างน้อย 1 วัน

I = Intensity หมายถึง ความหนักในการออกกำลังกาย ความหนักในการออกกำลังกายจะสอดคล้องกับเป้าหมายของการออกกำลังกายในครั้งนั้นๆ เช่น ในการออกกำลังกายเพื่อลดความอ้วน จะต้องควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ในช่วง 60-70% ของอัตราการเต้นสูงสุด แต่ถ้าต้องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยรวมควรควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ที่ 50-60% เป็นต้น

T = Time หมายถึง ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกายจะต้องสอดคล้องกับความหนักในการออกกำลังกาย หากออกกำลังกายหนักมากควรจะใช้เวลาน้อยลง แต่ถ้าออกกำลังกายปานกลางหรือออกกำลังกายเพียงเบาๆ ควรใช้เวลามากขึ้น โดยปกติแล้วการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยรวมทั่วไปควรใช้เวลา 20-30 นาทีต่อครั้งเป็นอย่างน้อย

T = Type หมายถึง ชนิดของการออกกำลังกาย กิจกรรมที่ใช้ในการออกกำลังกายควรเลือกตามความถนัดและความชอบของแต่ละคน เพราะจะทำให้วางแผนการออกกำลังกายได้ง่ายและไม่รู้สึกเบื่อเร็ว โดยชนิดของการออกกำลังกายสามารถเลือกได้หลายรูปแบบ เช่น ว่ายน้ำ วิ่ง เดิน ปั่นจักรยาน ยกน้ำหนัก เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละอย่างจะมีความหนัก-เบา แตกต่างกัน เช่น ความหนักของการวิ่งอยู่ที่การคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ในขณะที่ความหนักของการเวทเทรนนิ่งจะอยู่ที่น้ำหนักที่ใช้และจำนวนครั้ง เป็นต้น

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพเกษตรกร การออกกำลังกายที่แนะนำควรเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การทำงานการเกษตรมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ การทำนา การยกกระสอบปุ๋ย การเดินในทุ่งนา (กรมอนามัย. 2560) กิจกรรมเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก เมื่อทำอย่างต่อเนื่องเกิน 30 นาทีต่อวันจะส่งผลให้ระบบเลือด หัวใจ และปอดมีความแข็งแรงขึ้น อีกทั้งหากต้องการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มเติมหลังจากทำงานก็สามารถทำได้ด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อความสนุกสนาน คลายเครียด ได้แก่ การเต้นแอโรบิค เปตอง ฟุตบอล เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) ได้แก่ การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว การเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ การทำนา การยกกระสอบปุ๋ย การเดินในทุ่งนาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่เป็นจังหวะ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแข็งแรงทางกายและมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น

4. พฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ละคนมีวิธีปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของโรค ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวสังคม ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิต โรคที่ร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก โรคที่ไม่ร้ายแรงก็มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยชั่วระยะหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคได้ไม่ยากและกลับคืนสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2567) โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปฏิกริยาทางจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผู้เจ็บป่วยทุกรายต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ย่อมมีความกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด แต่การแสดงออกอาจไม่เท่ากัน ระยะเวลาที่มีอาการสั้นหรือยาวขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยมีลำดับขั้นตอนของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง ได้แก่

4.1.1 ตกใจและปฏิเสธความจริง (Shock and denial) ผู้ป่วยตกใจต่อการที่ทราบหรือสงสัยว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาจต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ อาจมีอาการ “ช็อค” กังวลมาก สับสน ซึมเฉย หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริง ปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคนั้นๆ ผู้ป่วยจะพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อลดล้างผลการตรวจของแพทย์ อาจไปหาแพทย์หลายคนเพื่อให้ยืนยันว่าตนไม่ป่วย

4.1.2 กังวล สับสน และโกรธ (Anxiety, anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ต่อไปผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บางรายอาจแสดงวาทะหรือกิริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านการตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและคนอื่น ๆ

4.1.3 ต่อรอง (Bargaining) ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มสงบลง ต่อรองว่าตนอาจจะไม่เป็นโรคร้ายแรง อาจจะกลับไปสู่ระยะปฏิเสธความจริงได้อีก บางรายก็มีความหวังว่าจะมีการตรวจละเอียดที่พบว่าตนไม่เป็นโรคร้ายหรือเป็นชนิดที่ไม่อันตรายและรักษาได้ ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเองและยืดเวลาก่อนที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง

4.1.4 เศร้า และหมดหวัง (Depression) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจเมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย หลังจากที่มีการปฏิเสธและการต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยจึงต้องยอมจำนนด้วยเหตุผล แต่จิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิด รู้สึกอ้างว้าง พุดและทำสิ่งต่างๆ น้อยลง แยกตัว ซอบบ่อยคนเดียว เหม่อลอย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตาย หรือถ้าอาการรุนแรงอาจมีประสาทหลอน หูแว่ว ระวังได้

4.1.5 ยอมรับความจริง (Acceptance) ระยะต่อมาผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาการเศร้ายาลดลง มีการซักถามถึงรายละเอียดของโรคที่เป็นและวิธีการรักษา แต่ในบางรายอาจเฉย ๆ และแสดงความไม่สนใจ ปล่อยให้เป็นที่และความรับผิดชอบของแพทย์และญาติในเรื่องการรักษา ต่อจากนี้ผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ป่วยเริ่มรับฟังคำแนะนำของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาและร่วมรับผิดชอบตนเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิต การปรับตัวต่อครอบครัวและผู้ร่วมงาน ตลอดจนการติดต่อกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษาเตรียมตัวเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ และเผชิญกับตายในที่สุดหากโรคนั้นรักษาไม่หาย

การแสดงออกของผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวนี้เสมอไป อาจจะข้ามขั้นตอนหรือมีการแสดงออกเพียงบางขั้นตอนเท่านั้นก็ได้ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นหรือลงในแต่ละขั้นตอนระหว่างการสัมภาษณ์ได้ แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นยอมรับความจริงแล้วก็ตามเมื่อเกิดความเครียด มีสถานการณ์ใหม่ที่เข้ามา ก็อาจถดถอยไปสู่ขั้นต่อนก่อนหน้าได้

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่

4.2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ อาการ ตำแหน่งของโรคและระยะของโรค การรักษา และผลการรักษา สมรรถภาพ ความช่วยเหลือและท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

4.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัว และแก้ปัญหา วยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4.2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้อื่น ค่านิยม ประเพณี

4.3 การให้ความช่วยเหลือและการรักษาปฏิกริยาทางจิตใจ

ผู้ป่วยโดยทั่วไปจะสามารถปรับตัวได้ต่อโรคแม้แต่โรคที่ร้ายแรง แม้ว่าโรคนั้นจะหายหรือไม่หาย แต่เขาจะผ่านพ้นภาวะกดดันทางจิตใจอันทุกข์ทรมานนี้ไปได้ด้วยความยากลำบากแตกต่างกันไปในแต่ละคน แพทย์ผู้รักษาและพยาบาลผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยผ่อนคลายปฏิกริยาทางจิตใจเหล่านี้ และช่วยให้อาการต่างๆ ลดลงได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญก็คือถ้าผู้รักษาเข้าใจและช่วยเหลือได้ถูกทางก็จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และผู้รักษาก็จะไม่มีส่วนกระทำในสิ่งที่เพิ่มพูนความทุกข์ทางใจให้ผู้ป่วยอีกด้วย การช่วยเหลือที่แพทย์ผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์ควรกระทำ ได้แก่

4.3.1 บอกผู้ป่วยว่าเขาเป็นอะไร ทั้งนี้ควรพิจารณาในการบอกความจริงเพียงใด และแก่ใคร ควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอก ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดขึ้นตามมารายละเอียดที่จะบอกควรมีเพียงไร ควรยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น

4.3.2 บอกผู้ป่วยเรื่องวิธีการรักษาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เหตุผลในการที่แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาวินิจฉัย และใช้เวลาในการตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้

4.3.3 ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธความจริงของผู้ป่วย การมีอาการที่กังวล ซึมเศร้า และแม้ความก้าวร้าวที่ผู้ป่วยอาจแสดงต่อแพทย์ ยอมรับและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ และคาดหวังไว้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการเช่นนั้นได้

4.3.4 ให้การปลอบใจและประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย ความกังวลอัดอั้นใจของผู้ป่วยจะลดลงหากแพทย์ให้เวลารับฟังเขาด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัย และแก้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการรักษา ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่ระบายถึงความไม่สบายใจเอง แพทย์จึงต้องถามถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย

4.3.5 บอกผู้ป่วยว่าแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในเรื่องโรค และเรื่องอื่น ๆ

4.3.6 บอกผู้ป่วยถึงขั้นตอนต่าง ๆ ที่เขาอาจต้องเผชิญในการปรับตนเองด้านจิตใจ การทราบการณ์ล่วงหน้าจะทำให้ความกังวลเกิดไม่มากนักเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ

ผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังมีปฏิกริยาทางจิตใจ อาการแสดงที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถผ่านพ้นระยะต่าง ๆ ของการปรับตัวไปได้ด้วยตนเอง ระยะเวลาที่มีความไม่สบายใจนี้จะแตกต่างกันไป ตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและสมรรถภาพในการปรับตัวของผู้ป่วย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยและขึ้นอยู่กับโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาอีกด้วย แพทย์ผู้รักษา และบุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิตไปได้ในระยะสั้น หรือในรายที่โรคไม่หาย แพทย์ก็สามารถช่วยประคับประคองผู้ป่วยในการใช้ชีวิตส่วนที่เหลืออยู่อย่างมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งสำคัญก็คือ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ในเรื่องภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย มีความสนใจและจริงจังในอันที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางกายและใจ และสามารถให้การรักษาทางด้านจิตใจได้ ที่สำคัญได้แก่ การรับฟังการยอมรับ การให้ความกระจ่างในสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจ การปลอบใจ

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสสร จันทรบุลวัชร, เสาวนีย์ โสบุ และอภิญญา กุลทะเล (2560) กล่าวว่า การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบซับซ้อนและเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบด้านลบทางจิตวิญญาณ โดยพบว่า ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยจนทำให้เกิดเป็นความทุกข์ทางจิตใจ สาเหตุสำคัญของความทุกข์ทางจิตใจ คือ ความรู้สึกถูกตีตราจากสังคม ภาวะกดดันด้านจิตใจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกผิดบาป และความหวาดกลัวต่อความตาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีลดลง ระดับภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เกิดขึ้นจาก

- 1) ภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ (Psychological distress) ซึ่งมาจากความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า จากการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจร้อยละ 30-66 ภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนไร้ค่า ไร้ความหมาย และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา
- 2) ความรู้สึกถูกตีตรา (Perceived stigma) ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการณรงค์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคการศึกษาที่ผ่านมาเอดส์ ผ่านสื่อต่างๆ ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม สังคมให้สัญลักษณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์เชิงลบ กล่าวคือ สังคมมองว่าโรคนี้น่าเสียดายจากการมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นโรคของหญิงหรือชายที่มีอาชีพพิเศษ เป็นโรคของชายรักชาย การถูกตีตราจะทำให้เกิดตราบฝังแน่นภายในจิตใจของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบีบคั้นทางด้าน

จิตใจ (Psychological distress) โดยเฉพาะความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ส่งผลทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามมาได้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 38.6 3) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Lack of social support) แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน คู่สมรส บุคคลในครอบครัวเป็นแรงเสริมช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ถึงความรู้สึกรับคุณค่า รู้สึกเป็นที่รักของบุคคลอื่น แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งของความหวังและพลังในการดำเนินชีวิต การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปรับตัวกับความเจ็บป่วย ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณยิ่งขึ้น 4) ความรู้สึกผิดบาป (Spiritual guilt) ความรู้สึกผิดบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากผลของการกระทำของตัวเองที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม การมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ การผิดเพศ หรือการทำอาชีพที่ขัดต่อศีลธรรมจรรยา ความรู้สึกผิดบาปจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ 5) ความหวาดกลัวต่อความตาย (Fear of death) ที่สุดแห่งความกลัวคือกลัวความตาย หรือ กลัวสูญเสีย การควบคุมสุดท้ายของชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตาย เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปรากฏอาการของโรค มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสจะทำให้ผู้ป่วยมองว่าโรคกำลังคุกคามชีวิตของตน ความหวาดกลัวต่อความตายส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ หากพยาบาลสามารถให้การเยียวยาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะบีบคั้นจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสุขทางจิตวิญญาณตามมา ผู้ป่วยสามารถขับเคลื่อนชีวิตผ่านสถานการณ์ต่างๆ เปี่ยมด้วยความหวัง ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต การจัดการภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) ซึ่งจะสามารถลดความทุกข์ทางจิตใจได้ สามารถดำเนินการ ได้แก่

1) นันทนาการบำบัด (Recreation therapy) กิจกรรมนันทนาการนอกจากเพิ่มสมรรถภาพทางกายแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยผ่อนคลายความตึงเครียดด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีผลช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้

2) อารมณ์ขันบำบัด (Humorous therapy) กิจกรรมอารมณ์ขันบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคลายความตึงเครียดด้านอารมณ์จิตใจผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้นโดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชวนสนุกสนาน เช่น การอ่านหนังสือตลก การดูละครหรือภาพยนตร์ การหัวเราะ เป็นต้น การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้เทคนิคอารมณ์ขันบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลเพิ่มคุณภาพชีวิต และความสุขทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3) เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation technique) การใช้เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจากความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งส่งผลต่อภาวะบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณได้ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ การฝึกสมาธิ เป็นต้น และจากการศึกษาของพระครูวชิรธรรมวิเทศและพระครูปฐมภวนาจารย์ วิ (2564) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการฝึกสมาธิตามแนวสติปัฏฐาน 4 กับการควบคุมตนเอง คือ การฝึกสมาธิตามแนวสติปัฏฐาน 4 มีประโยชน์สูงสุดคือทำให้ผู้ฝึกเป็นผู้มีสติปัญญา มีความรู้ตัว สามารถควบคุมสิ่งเร้าและแปรเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มากกระทบจิตใจ ควบคุมและแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์การตระหนักรู้ตนเอง รู้จักตัวเองมากขึ้นสามารถปรับตัว มีความอดทน นับถือตนเองมากขึ้นและเป็นการเพิ่มสติรู้เท่าทันผัสสะที่มากกระทบและเกิดปัญญาไม่ปล่อยจิตปรุงแต่งจนเกิดทุกข์ และมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมในเชิงบวกออกมาอย่าง สมเหตุสมผล สามารถที่จะข่มพฤติกรรมในเชิงลบหรือที่ไม่พึงปรารถนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในสถานการณ์แบบใดก็ตาม

4) ดนตรีบำบัด (Music therapy) ดนตรีบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลายและสงบจากสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นสมอง ดนตรีบำบัดเอื้อให้บุคคลข้ามผ่านภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมโดยเฉพาะในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความเครียด (Stress) ที่ส่งผลทั้งทางกาย และทางจิตใจในเวลาเดียวกัน และบางครั้งเป็นความเครียดต่อเนื่อง ที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน การปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติตน เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติตนได้อย่างปกติสุข ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และกลัวว่าจะต้องเป็นภาระของผู้อื่น กลัวถูกรังเกียจ และถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และมีความละอายใจ เนื่องจากคิดว่าเป็นคนไม่ดี อาจมีอารมณ์โกรธ และก้าวร้าว เนื่องจากถูกรังเกียจถูกตำหนิ นินทา ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ท้ายที่สุดอาจมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่าตนเอง ไร้ค่าหมดหวังในชีวิต (เชิดเกียรติ แก้วกลสิกิจ, 2552)

ดังนั้น พฤติกรรมด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดความทุกข์ทางจิตใจ

แนวคิดการจัดการตนเอง

ความหมายของการจัดการตนเอง

Creer เป็นผู้เริ่มสังเคราะห์คำว่า การจัดการตนเอง เมื่อกลาง ค.ศ. 1970 โดยให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000; ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

การจัดการตนเอง เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล (Browder, & Shapiro, 1985 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ (Lorig, & Holman, 1993 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลผลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง สำหรับในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังและจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วยการจัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

ดังนั้น การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง บุคคลที่ปฏิบัติกิจกรรมของตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพได้ โดยคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข

กระบวนการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง

กระบวนการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000; ชตชัย วัฒนษ, 2558) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเลือกเป้าหมาย (Goal selection) เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วยจึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตได้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและนำ ข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุรวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของเครียร์ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์เพื่อปรับพฤติกรรมปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า (2564) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษุสุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษุสุขภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพทั่วไป แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์หลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 (S.D. = 2.5) เป็นร้อยละ 98.9

(S.D. = 1.2) และ ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 2.6) เป็น 21.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 2.4) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 396.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร (S.D. = 203.2) เป็น 500.9 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (S.D. = 190.0) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุนันทา เส็งมั่งสา (2561) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการ รักษาโดยการให้ยา ARV ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ ที่มารับบริการที่คลินิกภาโรงพยาบาล กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัส (Viral Load; VL \leq 50 copies/ml) ในการรักษาโดยการให้ ยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ที่มารับบริการที่คลินิกภา โรงพยาบาลกุม ภวาปีตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 เก็บข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก BMI ระดับการศึกษา ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไรคร่วม การติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนได้รับ ARV การได้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสสูตรยา ARV % adherence ระดับ Hemoglobin และ CD4 ก่อนรักษา และปริมาณ viral load วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสโดยใช้สถิติ Chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ แอลฟา 0.05 การศึกษาจากผู้ป่วยมีข้อมูลครบถ้วน 169 ราย พบว่า มีอายุเฉลี่ย 37.10 ± 11.8 ปีเป็น เพศหญิง ร้อยละ 52.66 BMI เฉลี่ย 19.78 ± 3.64 มีอุบัติการณ์ความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดย การให้ยา ARV ร้อยละ 75.15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ ยา ARV ได้แก่ น้ำหนัก ≥ 40 กิโลกรัม ($p < .05$) การได้รับการศึกษา ($p < .01$) ไม่สูบบุหรี่ ($p < .05$) ได้รับสูตรยา TDF+ 3TC ($p < .05$) ไม่ได้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส Bactrim ($p < .001$) ไม่ได้ยา ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส fluconazole ($p < 0.001$) และระดับ CD4 ก่อนรักษา ≥ 200 cells/ml ($p < .05$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เฝ้าระวังและ ติดตามกลุ่มผู้ป่วย ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวในการรักษาด้วยยา ARV

ปวิข พากฎิพัทธ์, มาริสสา กิ่งไผ่กลาง, วณิชชา เชิดชัยภูมิ, วิระพล ภิมาลย์, ฉัตรมณี แห่งทองหลาง และภุชณี สระมณ (2560) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ CD4 และคุณภาพชีวิตของผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพ ชีวิตของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตร ทางเลือกแรกเปรียบเทียบกับสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตร ทางเลือกที่ 2 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิต โดยได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสังขะ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2558 ถึง กุมภาพันธ์ 2559 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต MOS-HIV ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 168 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้ สูตรทางเลือก ทางเลือกแรก จำนวน 125 คน (ร้อยละ 74.4) และ สูตรทางเลือกที่ 2 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 25.6) คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้าน ร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีในทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตตาม องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรทางเลือกแรก และสูตรทางเลือกที่ 2 มีคะแนนคุณภาพชีวิตในทุกองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ คือ การเกาะติดยา ($OR = 0.009$, $95\% CI = 0.014 - 0.543$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาว CD4 คือ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส ($OR = 0.023$, $95\% CI = 0.025 - 0.759$)

กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2556) ศึกษา การประเมินความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาแผนกโรคติดเชื้อกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง มกราคม 2556 จำนวน 246 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด และแบบสอบถามวิธีการเผชิญกับความเครียด 7 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 57.72 รองลงมา มีความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 34.55 วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแก้ไขปัญหาใช้วิธีลดหรือขจัดความเครียดโดยพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสถานการณ์หรือพยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ใหม่แบบใช้บ่อยคิดเป็นร้อยละ 55.28 ด้านการยอมรับ ใช้วิธีไม่ทำอะไรปล่อยให้เป็นเรื่องของโชคชะตา แบบใช้บ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.19 ด้านการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ใช้ทำบุญตักบาตรหรือทำบุญทางศาสนา ไปวัด ฟังเทศน์สนทนาธรรมหรือไปโบสถ์หรือไปสุเหร่าแบบใช้บ่อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.31 ด้านการหลีกเลี่ยง ใช้วิธีลดหรือขจัดความเครียดโดยนอนหลับมากกว่าปกติ แบบใช้บ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.76 ด้านการต่อต้าน ใช้วิธีพูดคุยเรื่องตลกขบขันหรือแสดงอาการรื่นเริงเพื่อกลบเกลื่อนความไม่สบายใจแบบใช้บ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.78 ด้านการเบี่ยงเบนความสนใจ ใช้วิธีทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ วิดีโอแบบใช้บ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.78 ด้านการผ่อนคลายความเครียด ใช้รับประทานอาหารน้อยลงหรือเพิ่มขึ้นแบบใช้บ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.88 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีระดับความเครียดมาก เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจำเป็นต้องให้คำปรึกษา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา มองตนเองในแง่บวกมากขึ้น เพื่อช่วยให้จัดการกับความเครียดได้

รำไพ หาญมนต์, นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล และจิตตากรณ จิตริเชื้อ (2556) ศึกษา ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 25-59 ปี ที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัสที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบมีระบบ จำนวน 50 ราย สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส แบบบันทึกอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์และสถิติค่าที ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและพฤติกรรมเสี่ยงลดลง ดังนั้นควรนำการส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

ฐาณิษญาณ์ หาญณรงค์ (2553) ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ได้รับความรู้ สมุดบันทึกการรับประทานยา และการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการรักษา และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยา และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการขาดยา และ 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยามืดเวลา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้ง 2 ด้าน เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพและการรักษาโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์และสถิติทีคู่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งในสัปดาห์ที่ 3 ($p < .001$) และสัปดาห์ที่ 5 ($p < .001$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สุทัศน์ พิภพสุทธิไพบูลย์, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช และเบญจมาศ ช่วยชู (2560) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 คน ที่รับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช โดยการสุ่มคัดเลือกและแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกทักษะ และการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน ได้รับโทรศัพท์ติดตามและเสริมแรง และได้รับคู่มือการออกกำลังกายสำหรับใช้ที่บ้านและจดบันทึกการออกกำลังกายที่บ้าน ดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์และติดตามผล 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Z-test, Independent t-test, Mann Whitney U-test, Paired t-test และ Wilcoxon matched pairs signed-rank test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถทางกายมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนั้นโปรแกรมนี้จึงสามารถนำไปใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษา และอุไร คำมาก (2565) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นจากรอบแนวคิดของ Creer (2000) ประกอบไปด้วย 6 ด้าน

ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้เมื่อเกิดโรค มีการจัดการตนเองได้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการฟื้นตัวจากความพิการสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ โดยผู้วิจัย มีระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ สถิติ Independent t- test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จันจิรา วิทยาบำรุง และปัทมา สุจริต (2563) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 64 คน โดยกลุ่มทดลอง 32 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายใต้กรอบแนวคิดของแคนเฟอร์ ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินตนเอง การติดตามตนเอง ปลະการเสริมแรงตนเอง และกลุ่มควบคุม 32 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกะปิ่น (2562) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน อายุ 35-59 ปีที่รับบริการ

ที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 59 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 ราย โดยประยุกต์ในแนวคิดการจัดการตนเองในการออกแบบโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง ($M = 90.6$, $S.D. = 7.0$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($M = 83.37$, $S.D. = 9.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน ($p = .124$ และ $.909$ ตามลำดับ) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

อติเทพ ผาติอินันท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และวินัส ลิฬหกุล (2561) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิต เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิต ตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch, Chafouleas และ Kanfer ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การตั้งเป้าหมายของบุคคล (Personal goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเองและการจดบันทึก (Self-evaluation and self-recording) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรม การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนและมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองให้ผู้ป้อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและติดตามระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test, Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาวิตรี นามพะธาย (2561) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนทดลองและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1999) และ Creer (2000) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลอง มีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองนี้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

จิราภา ศรีบุญกุล, ศิวพร อึ้งวัฒนา และวารภรณ์ บุญเชียง (2561) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลัง และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่มีความเสี่ยงระดับความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./เมตร² จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 23 ราย มีเครื่องมือใช้ดำเนินการ ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนเกี่ยวกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ภายใต้กรอบแนวคิดของ Creer

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ ตั้งเป้าหมาย รวบรวมข้อมูล ประมวลข้อมูล การตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ 2) คู่มือสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ และเครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลความดันโลหิตประเมินค่าดัชนีมวลกาย 3) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที่ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนหลังและการทดสอบค่าที่ระหว่างกลุ่มเทียบคะแนนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา (2560) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปี 2558 จาก PCU 4 แห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 ราย เครื่องมือ การวิจัยมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ซึ่งโปรแกรมแบบเข้มนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองและทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ที่มีกิจกรรมการดูแลและให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะด้วยตนเองมากกว่าการดูแลตามปกติ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 เดือน/ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน 2) สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง 3) คู่มือให้ความรู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$)

และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

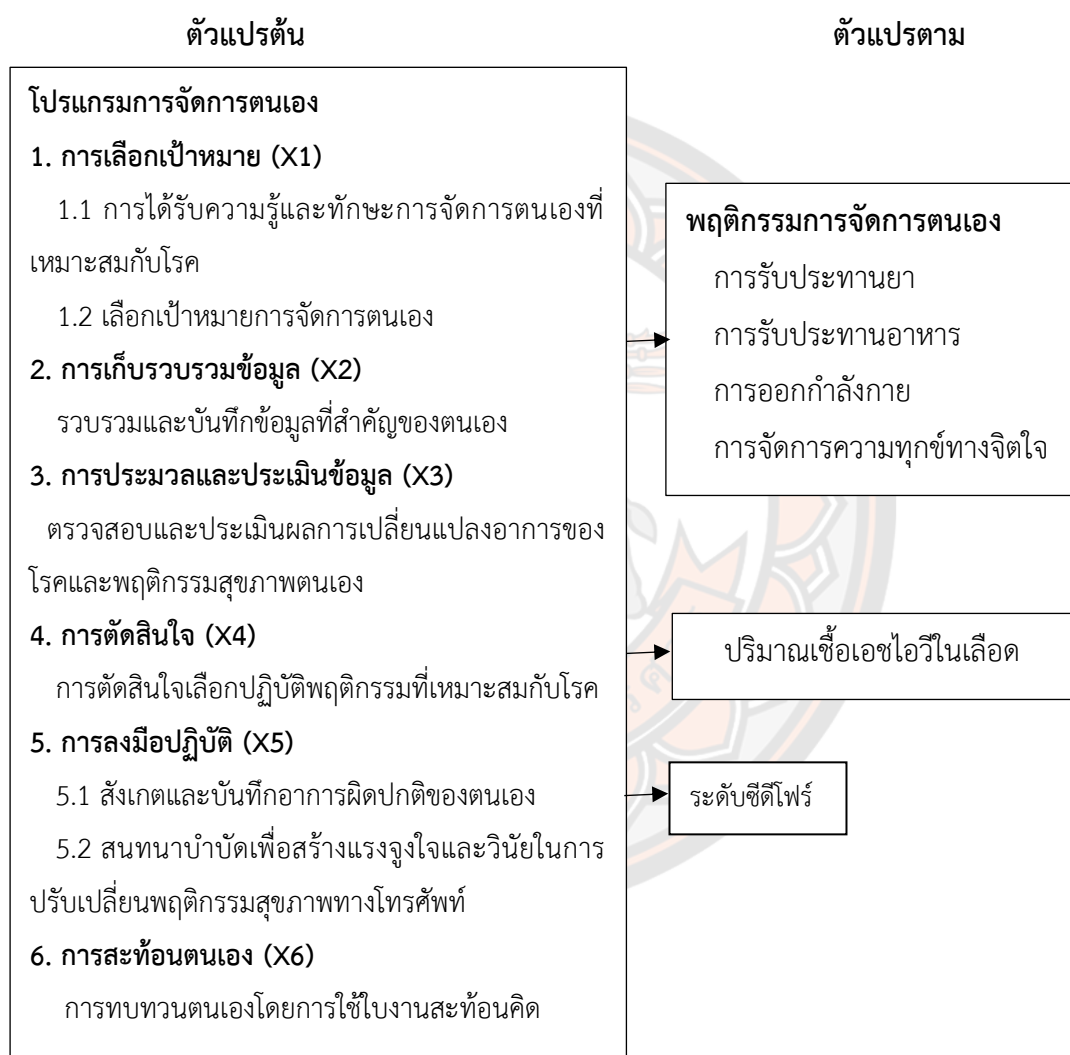
สว่างจิต คงภีบาล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และปชาณัฐร์ ตันติโกสุม (2560) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างจากแนวคิดของแครีย์ (Creer, 2000) โดยผู้วิจัย มีระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ สถิติ Independent t- test ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วรรณนิภา แสนสุภา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2555) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์น้อยกว่าร้อยละ 95 มีอายุตั้งแต่ 15 -60 ปี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และมีการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 24 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ระดับ CD4 และค่าดัชนีมวลกาย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ระดับ CD4, และค่าดัชนีมวลกาย เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมและผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (สุกัญญา ทองบุผา และคณะ, 2565) ทำให้พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารและรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (สาวิตรี นามพะชาย, 2561) ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (จิราภา ศรีนุกูลและคณะ, 2561) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (A1C) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม (ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด และคณะ, 2560) และทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม (สว่างจิต คงภิบาล และคณะ, 2560) การศึกษาวิจัยนี้นำแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ร่วมกับการนำการสนทนาบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในการวิจัยรวมถึงศึกษาผลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองเคลียร์ (Creer, 2000) ที่ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่เน้นการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติและ 6) การสะท้อนตนเอง



ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment Research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest design) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แบบแผนการทดลอง

สัปดาห์ที่		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
กลุ่มทดลอง	O1													O2
	X1.1													
	X1.2													
	X2													
	X3													
	X4													
							X5.1							
					X5.2				X5.2					
							X6							
กลุ่มควบคุม	O3													O4

ภาพ 3 แบบแผนการทดลอง

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวี ในเลือดและระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

X1.1 หมายถึง กิจกรรมการได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค

X1.2 หมายถึง กิจกรรมเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง

X2 หมายถึง กิจกรรมการรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง

X3 หมายถึง กิจกรรมตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและ พฤติกรรมสุขภาพตนเอง

X4 หมายถึง กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค

X5.1 หมายถึง กิจกรรมการสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง

X5.2 หมายถึง กิจกรรมสนทนากับแพทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์

X6 หมายถึง กิจกรรมการทบทวนตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลพรหมพิราม มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัด พิษณุโลก และมีระดับซีดีโฟร์มากกว่า 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากรายงานเวช ระเบียน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 107 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2566 กำหนด คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับซีดีโฟร์ ระหว่าง 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะ
4. สามารถ อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ติดเชื้อที่มีภาวะดื้อยา
2. เป็นผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านเอชไอวีมากกว่า 3 ชนิด

3. เป็นผู้ติดเชื้อที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรคปอดหรือปอดอักเสบ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ติดเชื้อในสมอง และโรคมะเร็งที่เกิดแทรกซ้อน

4. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีโรคแทรกซ้อน ๆ ที่เป็นโรคกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal Criteria)

1. ได้รับการปรับแผนการรักษาเปลี่ยนเป็นรับยาสูตรอื่น

2. มีเหตุการณ์หรือผลกระทบอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น อุบัติเหตุ หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ขาดการเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้งขึ้นไป

4. ขอดถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

5. ย้ายที่อยู่อาศัยไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษาและ อุไร คำมาก (2565) เรื่อง ลองใช้อำไพ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (mean=44.7, S.D.= 3.086) และกลุ่มควบคุม (mean=39.86, S.D.= 4.688) มาแทนสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล, 2553) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

โดยที่ d = ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)

\bar{X}_E = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลอง
ของกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

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

$$d = 1.03$$

จากนั้นแปลผลค่า delta ซึ่งประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยของโคเฮน (Cohen, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2553) ค่า d มากกว่า .80 เท่ากับ ขนาดอิทธิพลใหญ่แล้วนำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างที่ $\alpha = .05$ และ power = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่มที่สมาชิกทุกหน่วยของประชากรที่มีจำนวนไม่มากนักแต่มีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันและเป็นอิสระจากกันที่จะได้เป็นกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม ดำเนินการดังนี้

1. การสุ่มเลือกโซนบริการ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งในเขตอำเภอพรหมพิรามแบ่งเป็น 2 โซน คือ โซนเหนือและโซนใต้ โซนเหนือ ประกอบด้วยเทศบาลตำบลพรหมพิราม ตำบลพรหมพิราม ตำบลท่าช้าง ตำบลวังวน ตำบลมะตอง ตำบลหนองแวม และตำบลหอกลอง โซนใต้ประกอบด้วย เทศบาลตำบลวังซ้อง ตำบลวังซ้อง ตำบลทับยายเชียง ตำบลศรีภิรมย์ ตำบลตลุกเทียมและ ตำบลมะตูม สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลาก ฉลากที่จับได้อันดับ 1 เป็นกลุ่มทดลอง คือโซนเหนือ (มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 60 คน) และฉลากที่จับได้อันดับ 2 เป็นกลุ่มควบคุม คือโซนใต้ (มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 47 คน)

2. การสุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามเกณฑ์คัดเข้าของโซนเหนือนำหมายเลขโรงพยาบาล (HN) มาเรียงลำดับ จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware โดยกำหนดหมายเลข 1-52 และทำการกดสุ่มที่ละหมายเลขทำซ้ำจนได้ จำนวน 26 หมายเลข และนำหมายเลขไปเทียบกับรายชื่อที่เรียงลำดับโดย HN จนได้กลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน

3. การเลือกกลุ่มควบคุม เมื่อได้กลุ่มทดลองครบตามกำหนด ดำเนินการจับคู่ (Matched pair) กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยใช้เกณฑ์ ได้แก่ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับซีดีโฟร์ห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากแนวคิดการจัดการตนเองของของ Creier (2000) ประกอบด้วย กิจกรรม

ดังนี้

1. การเลือกเป้าหมาย (Goal selection)
 - 1.1 การได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค
 - 1.2 เลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection)
 - 2.1 รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง
 - 2.2 การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation)
 - 2.3 ตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรม

สุขภาพตนเอง

3. การตัดสินใจ (Decision making)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค
4. การลงมือปฏิบัติ (Action)
 - 4.1 สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง
 - 4.2 สนทนาบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทางโทรศัพท์

5. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction)

กลุ่มทดลองทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิด ประเด็นสาเหตุที่ยังมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม.

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเชื้อเอชไอวีเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความสั้นๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและระยะเวลาที่ติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พฤติกรรมจัดการด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

การให้คะแนน

ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 ถึง 5 โดยมีเกณฑ์การปฏิบัติ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นใน 1 สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ เชิงบวกให้ 5 คะแนน เชิงลบให้ 1 คะแนน
 ปฏิบัติบ่อย เชิงบวกให้ 4 คะแนน เชิงลบให้ 2 คะแนน
 ปฏิบัติบางครั้ง เชิงบวกให้ 3 คะแนน เชิงลบให้ 3 คะแนน
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เชิงบวกให้ 2 คะแนน เชิงลบให้ 4 คะแนน
 ไม่ปฏิบัติ เชิงบวกให้ 1 คะแนน เชิงลบให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ของเบสท์ (Best, 1997) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79 หมายถึง พฤติกรรมระดับน้อยมาก

ค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59 หมายถึง พฤติกรรมระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19 หมายถึง พฤติกรรมระดับดี

ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดีมาก

แบบบันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ เป็นแบบเติมค่าลงในช่องว่าง บันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดตรวจหาด้วยเครื่องตรวจอัตโนมัติทางอณูชีวโมเลกุลเพื่อหาปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด ของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเป็นประจำทุกปี ส่วนระดับซีดีโฟร์ตรวจหาด้วยเครื่อง BD FACSLyric โดยใช้หลักการ Multicolor fluorescent imaging cytometer เพื่อวิเคราะห์ปริมาณ CD4 Absolute count ของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเป็นประจำทุกปี

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย

แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง ลักษณะเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ความเหมาะสมในการรับประทานยา และอาการและอาการแสดงผิดปกติที่พบ โดยให้กลุ่มทดลองลงบันทึกตามที่ปฏิบัติจริง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสร้างเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโปรแกรมการจัดการตนเองจากแนวคิดการจัดการตนเองของแครียร์ (Creer, 2000) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวี ในเลือดและระดับซีดีโฟร์ และแบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเองสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 3) แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ 4) แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง 5) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน เป็นผู้ประเมินให้คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้ควรมากกว่า 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปแก้ไขปรับปรุง

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า (1) โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้เท่ากับ 1.00 (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ได้เท่ากับ 0.90 (3) แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ได้เท่ากับ 1.00 (4) แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง ได้เท่ากับ 1.00 (5) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปแก้ไขปรับปรุง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94 สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน แล้วสอบถามความเข้าใจหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจผู้วิจัยนำไปแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดคือ เครื่องตรวจอัตโนมัติทางอิมมูโนเคมีเพื่อหาปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 เครื่อง ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นประจำทุกปี

3. เครื่องตรวจหาปริมาณซีดีโฟร์คือ เครื่อง BD FACSLyric ของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 เครื่อง ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นประจำทุกปี

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการทดลองรวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

1. ขั้นเตรียมการ มีการดำเนินการดังนี้

ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองโครงการการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อได้รับการพิจารณารับรองแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1.1 ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวรเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการแล้วติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายงานแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานคลินิกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลพรหมพิราม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสุ่มเลือกโซนบริการ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งกลุ่มทดลอง คือโซนเหนือ กลุ่มควบคุม คือ

โชนใต้ 2) การสุ่มกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware จนได้จำนวน 26 คน 3) การเลือกกลุ่มควบคุม เมื่อได้กลุ่มทดลองครบตามกำหนด ดำเนินการจับคู่ (Matched pair) กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยใช้เกณฑ์ ได้แก่ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับซีตีโพรห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

1.4 ผู้วิจัยนำตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ประโยชน์ของการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยขอให้เซ็นใบยินยอม (Informed consent form) เป็นลายลักษณ์อักษร

1.5 ผู้วิจัยมอบแบบคัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างอ่านแบบคัดกรอง กรอกข้อมูล และลงนามในแบบคัดกรอง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างท่านใดไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในแบบคัดกรองข้อใดข้อหนึ่ง จะต้องถูกคัดออกจากการวิจัย

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รวมทั้งขอคำยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มทดลอง เมื่อกลุ่มทดลองยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม โดยใช้เวลาคนละ 10 นาที เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ศึกษาโรคติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางผู้วิจัยจึงจัดกระบวนการวิจัยเป็นรายบุคคลและให้มีผู้ช่วยวิจัยเข้ามาช่วยในกระบวนการวิจัย เพื่อให้โปรแกรมการทดลองแก่กลุ่มทดลองทุกคน เท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความสามารถในการทำวิจัยเท่าเทียมกับผู้วิจัย

2.1.2 ก่อนเริ่มกิจกรรมการทดลอง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและให้เวลากลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีตีโพรจากข้อมูลของโรงพยาบาล จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้เวลาคนละ 20 นาที

2.1.3 กิจกรรมการทดลอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง ณ โรงพยาบาลพรหมพิรามจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การเลือกเป้าหมาย (X1) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค (X1.1) โดยผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอสื่อการสอนใช้เวลา 20 นาที โดยให้เวลาการการดูวิดีโอเวลาตั้งแต่ 8.00 น. – 09.30 น. เป็นรายบุคคล

หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มทดลอง คนละ 15 นาที ตามตารางนัดหมาย เพื่อทำกิจกรรมที่ 1,2, กิจกรรมที่ 2,กิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 (ทีมวิจัย 1 คนพบกลุ่มทดลอง 10 คน คนละ 15 นาที รวมเป็นเวลา 150 นาที ตั้งแต่ 9.30 น. – 12.00 น. เป็นรายบุคคล)

2) กิจกรรมการเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง (X1.2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาคนละ 5 นาที

กิจกรรมที่ 2: การเก็บรวบรวมข้อมูล (X2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง ใช้เวลาคนละ 3 นาที

กิจกรรมที่ 3: การประมวลผลและประเมินข้อมูล (X3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ใช้เวลาคนละ 2 นาที

กิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจ (X4) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ใช้เวลาคนละ 5 นาที

สัปดาห์ที่ 1 - 12 (วันที่ 2 ของการทดลอง – สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้าน

กิจกรรมสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง (X5.1) กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสนทนากับบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ (X5.2) ใช้เวลา คนละ 15 นาที

ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับบัดทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการสะท้อนตนเอง (X6) ใช้เวลาคนละ 10 นาที ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเอง โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิดประเด็นสาเหตุของการที่ระดับซีดีโฟร์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมสนทนากับผู้ช่วยวิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ (X5.2) ใช้เวลา คนละ 15 นาที

ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยใช้การสนทนากับผู้ช่วยวิจัยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2

2.1.4 หลังการทดลอง

ภายหลังสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มทดลองอีกครั้ง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและให้เวลากลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลเจาะเลือดกลุ่มทดลองเพื่อส่งตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวี และระดับซีดีโฟร์ จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้เวลาคนละ 20 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม

2.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรวมทั้งขอคำยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มควบคุมยินดีเข้าร่วมการวิจัย ลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม โดยใช้เวลาคนละ 10 นาที

2.2.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและให้เวลากลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ที่เป็นข้อมูลของโรงพยาบาล จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้เวลาคนละ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ คือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิรามดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจรักษา การให้ยารักษา และการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาล

2.2.3 กิจกรรมหลังการทดลอง

ภายหลังสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้ง แจกแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและให้เวลาตอบแบบสอบถาม พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลเจาะเลือดกลุ่มควบคุมเพื่อส่งตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวี และระดับซีดีโฟร์ ซึ่งเป็นการตรวจเลือดเพื่อประเมินการรักษาประจำปี จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้เวลาคนละ 20 นาที

ภายหลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 22 คน มีกลุ่มควบคุมไม่มารับการตรวจเลือดหลังการทดลอง จำนวน 4 คน จึงถอนออกจากรายการวิจัยตามเกณฑ์การถอดออกที่ตั้งไว้ รวมถึงถอนกลุ่มทดลองที่เป็นคู่ของกลุ่มควบคุมออกจากการวิจัยเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for the Social Science: SPSS) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยนำหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีกราฟของค่าเฉลี่ยแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติใช้สถิติพาราเมตริกด้วยค่าสถิติที (Paired sample t - test) กรณีกราฟของค่าเฉลี่ยแจกแจงแบบเป็นโค้งไม่ปกติใช้สถิตินอนพาราเมตริกด้วยค่าสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีกราฟของค่าเฉลี่ยแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติใช้สถิติพาราเมตริกด้วยค่าสถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) กรณีกราฟของค่าเฉลี่ยแจกแจงแบบเป็นโค้งไม่ปกติใช้สถิตินอนพาราเมตริกด้วยค่าสถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA no. 291/2023 รับรองวันที่ 25 กันยายน 2566 และผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด

ระยะเวลาของกระบวนการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล อีกทั้งไม่มีผลใดต่อกลุ่มตัวอย่างในการดูแลรักษา การให้บริการที่ได้รับ และยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะปกปิดความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยและสถานที่จัดกิจกรรมของงานวิจัยทุกครั้ง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดอยู่ในระดับอันตราย ผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล และหลักจริยธรรมของการวิจัยอย่างเคร่งครัด อย่างเต็มกำลังความสามารถของผู้วิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest and Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 44 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากมีการสูญหายของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มาเจาะเลือดหลังการทดลองจำนวน 4 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มทดลองที่เป็นคู่ของกลุ่มควบคุมออก 4 คน จึงเหลือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ กลุ่มละ 22 คน (กลุ่มตัวอย่างสูญหายร้อยละ 15.38) จึงมีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์กลุ่มละ 22 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับซีดีโฟร์ระหว่าง 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรและมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 44 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน และได้รับการรักษาตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขเท่าเทียมกันจากโรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำแนกตามลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และระยะเวลาที่ติดเชื้อ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	72.7	16	72.7
หญิง	6	27.3	6	27.3
อายุ(ปี)				
20-29	1	4.5	1	4.5
30-39	2	9.1	3	13.7
40-49	10	45.5	6	27.3
50-59	7	31.9	10	45.5
60-69	1	4.5	1	4.5
70-79	1	4.5	1	4.5
	$\bar{X} = 48.45$	S.D. = 10.58	$\bar{X} = 49.14$	S.D. = 10.35
	Min = 22	Max = 72	Min = 23	Max = 70
สถานภาพสมรส				
โสด	7	31.9	9	40.9
คู่	12	54.5	13	59.1
หม้าย	2	9.1	-	-
หย่า/แยก	1	4.5	-	-
ศาสนา				
พุทธ	22	100.0	22	100.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	14	63.7	11	50.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	6	27.3	9	41.0
ปวส./อนุปริญญา	1	4.5	1	4.5
ปริญญาตรี	1	4.5	1	4.5

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	5	22.7	3	13.6
ค้าขาย	2	9.1	2	9.1
ไม่ได้ทำงาน	2	9.1	14	63.7
รับจ้างทั่วไป	12	54.6	2	9.1
รับราชการ	1	4.5	1	4.5
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	16	72.7	20	90.9
สูบ	6	27.3	2	9.1
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	17	77.3	18	81.8
ดื่ม	5	22.7	4	18.2
ระยะเวลาที่ติดเชื่อ(ปี)				
1-10	15	68.2	17	77.3
11-20	6	27.3	5	22.7
21-30	1	4.5	-	-
	$\bar{X} = 9.55$	S.D. = 6.57	$\bar{X} = 9.8$	S.D.= 4.76
	Min = 1	Max = 23	Min = 4	Max = 20

หมายเหตุ: \bar{X} = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าที่น้อยที่สุด,
Max = ค่าที่มากที่สุด

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 16 คน (ร้อยละ 72.7) อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี 10 คน (ร้อยละ 45.5) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี อายุเฉลี่ย (ร้อยละ 48.85±10.58) มีสถานภาพคู่ 12 คน (ร้อยละ 31.9) นับถือศาสนาพุทธ 22 คน (ร้อยละ 100.0) มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา 14 คน (ร้อยละ 63.7) ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป 12 คน (ร้อยละ 54.6) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 72.7) ไม่ดื่มสุรา 17 คน (ร้อยละ 77.3) ระยะเวลาที่ติดเชื่อ อยู่ในช่วง 1-10 ปี 15 คน (ร้อยละ 68.2)

ระยะเวลาที่ติดเชื้อมเฉลี่ย (9.55 ± 6.57) ระยะเวลาที่ติดเชื้อมน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่ติดเชื้อมมากที่สุด 23 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 72.7) อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 45.5) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี อายุเฉลี่ย (ร้อยละ 49.14 ± 10.35) มีสถานภาพคู่ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 100.0) มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 50.0) ไม่ได้ทำงาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.7) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 90.9) ไม่ดื่มสุรา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 81.8) ระยะเวลาที่ติดเชื้อม อยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.3) ระยะเวลาติดเชื้อมเฉลี่ย (9.80 ± 4.76) ระยะเวลาที่ติดเชื้อมน้อยที่สุด 4 ปี ระยะเวลาที่ติดเชื้อมมากที่สุด 20 ปี

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=22)			
	ก่อน การทดลอง	ระดับ	หลัง การทดลอง	ระดับ
ด้านการรับประทานยา	4.01 ± 0.69	ดี	4.84 ± 0.30	ดีมาก
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15 ± 0.57	ปานกลาง	4.20 ± 0.47	ดีมาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.22 ± 0.95	ปานกลาง	3.95 ± 0.87	ดี
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.45 ± 0.37	ดีมาก	4.56 ± 0.43	ดีมาก
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	3.71 ± 0.45	ดี	4.38 ± 0.41	ดีมาก

จากตาราง 5 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนการทดลอง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และโดยรวม มีค่าเท่ากับ 4.01 ± 0.69 , 3.15 ± 0.57 , 3.22 ± 0.95 , 4.45 ± 0.37 และ 3.71 ± 0.45 ตามลำดับโดยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการ

ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทาน อาหารและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการ ตนเองหลังการทดลอง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และโดยรวม มีค่าเท่ากับ 4.84 ± 0.30 , 4.20 ± 0.47 , 3.95 ± 0.87 , 4.56 ± 0.43 และ 4.38 ± 0.41 ตามลำดับโดยพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองด้านการออก กายอยู่ในระดับดีส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดีมาก

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและ หลังทดลองของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=22)			
	ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
	การทดลอง		การทดลอง	
ด้านการรับประทานยา	3.81 ± 0.55	ดี	3.90 ± 0.61	ดี
ด้านการรับประทานอาหาร	3.43 ± 0.64	ปานกลาง	3.27 ± 0.43	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3.05 ± 0.78	ปานกลาง	3.12 ± 0.69	ปานกลาง
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.43 ± 0.36	ดีมาก	4.45 ± 0.37	ดีมาก
พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม	3.68 ± 0.25	ดี	3.69 ± 0.33	ดี

จากตาราง 6 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองก่อนการทดลอง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออก กาย ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจและโดยรวม มีค่าเท่ากับ 3.81 ± 0.55 , 3.43 ± 0.64 , 3.05 ± 0.78 , 4.43 ± 0.36 และ 3.68 ± 0.25 ตามลำดับโดยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการจัดการ ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทาน อาหารและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลอง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และโดยรวม มีค่าเท่ากับ 3.90 ± 0.61 , 3.27 ± 0.43 , 3.12 ± 0.69 , 4.45 ± 0.37 และ 3.69 ± 0.33 ตามลำดับโดย พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านการรับประทาน ยาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	$\bar{X} \pm S.D.$		$\bar{X} \pm S.D.$	
	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง
ปริมาณเชื้อเอชไอวี ในเลือด (copies/ml)	22.27±6.43	20.00±0.00	20.00±0.00	20.00±0.00
ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร)	379.05±71.33	455.27±126.96	387.09±67.49	383.14±85.01

จากตาราง 7 พบว่า ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 22.27±6.43 และ 20.00±0.00 copies/ml ตามลำดับ ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 20.00±0.00 และ 20.00±0.00 copies/ml ตามลำดับ ระดับซีดีโฟร์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 379.05±71.33 และ 455.27±126.96 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรตามลำดับ ส่วนระดับซีดีโฟร์ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 387.09±67.49 และ 383.14±85.01 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรตามลำดับ

ตาราง 8 การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n=22)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านการรับประทานยา	4.01	0.69	4.84	0.30	-4.739	.000
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.57	4.20	0.47	-6.854	.000
ด้านการออกกำลังกาย	3.22	0.95	3.95	0.87	-2.961	.007
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ	4.45	0.37	4.56	0.43	-.860	.400
โดยรวม	3.71	0.45	4.38	0.41	-5.090	.000

จากตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหารและโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ตาราง 9 พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	\bar{x}	S.D.	Independent t-test	p-value
ด้านการรับประทานยา			6.473	.000
กลุ่มทดลอง	4.84	0.30		
กลุ่มควบคุม	3.90	0.61		
ด้านการรับประทานอาหาร			6.704	.000
กลุ่มทดลอง	4.20	0.47		
กลุ่มควบคุม	3.27	0.43		
ด้านการออกกำลังกาย			3.477	.001
กลุ่มทดลอง	3.95	0.87		
กลุ่มควบคุม	3.12	0.69		
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ			.870	.390
กลุ่มทดลอง	4.56	0.43		
กลุ่มควบคุม	4.45	0.37		
โดยรวม			6.150	.000
กลุ่มทดลอง	4.38	0.41		
กลุ่มควบคุม	3.69	0.33		

จากตาราง 9 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการออกกำลังกายและโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 10 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (n=22)

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (copies/ml)	Mean rank	Sum of ranks	Z	p-value
Negative Ranks	3.00	15.00	-2.023	.043
Positive Ranks	.00	.00		

จากตาราง 10 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีกลุ่มทดลอง 5 คนมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 11 เปรียบเทียบปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (n=22)

ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (copies/ml)	\bar{x}	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มทดลอง	22.50	495.00	242.00	1.00
กลุ่มควบคุม	22.50	495.00		

จากตาราง 11 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 22.50 copies/ml (Sum of Ranks = 495.00) และ 22.50 copies/ml (Sum of Ranks = 495.00) ซึ่งไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 12 ระดับซีดีโฟร์ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n=22)

ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	\bar{x}	S.D.	Paired t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	379.05	71.33	-3.072	.006
หลังการทดลอง	455.27	126.96		

จากตาราง 12 พบว่า ระดับซีดีโฟร์ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 379.05 (S.D.= 71.33) หลังการทดลอง เท่ากับ 455.27 (S.D.= 126.96) ระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 ระดับซีดีโฟร์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	\bar{x}	S.D.	Independent t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	455.27	126.96	2.214	.033
กลุ่มควบคุม	383.14	85.01		

จากตาราง 13 พบว่า ระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 455.27 (S.D.= 126.96) และ 383.14 (S.D.= 85.01) ตามลำดับ ระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 20 ปีขึ้นไปมีระดับซีดีโฟร์ระหว่าง 200 - 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับซีดีโฟร์ห่างกันไม่เกิน 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย (Goal selection) ได้แก่ การได้รับความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค การเลือกเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ได้แก่ การรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 4) การตัดสินใจ (Decision making) ได้แก่ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ได้แก่ การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การสนทนาบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) ได้แก่ การทบทวนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง วัดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลอง รวมระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง 3) แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ซึ่งทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน เป็นผู้ประเมิน พบว่า 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง

ได้เท่ากับ 1.00 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้เท่ากับ 0.90 3) แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ได้เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94 สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเอง นำไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ศึกษา แล้วสอบถามความเข้าใจหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจผู้วิจัยนำไปแก้ไข

นำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for the Social Science: SPSS) โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิติที (Paired sample t - test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยค่าสถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon signed-ranks test และ Mann-Whitney U Test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 16 คน (ร้อยละ 72.7) อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี 10 คน (ร้อยละ 45.5) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี อายุเฉลี่ย (ร้อยละ) 48.85 ± 10.58 มีสถานภาพคู่ 12 คน (ร้อยละ 31.9) นัถือศาสนาพุทธ 22 คน (ร้อยละ 100.0) มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา 14 คน (ร้อยละ 63.7) ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป 12 คน (ร้อยละ 54.6) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 72.7) ไม่ดื่มสุรา 17 คน (ร้อยละ 77.3) ระยะเวลาที่ติดเชื้อ อยู่ในช่วง 1-10 ปี 15 คน (ร้อยละ 68.2) ระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย (9.55 ± 6.57) ระยะเวลาที่ติดเชื่อน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่ติดเชื้อมากที่สุด 23 ปี และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 72.7) อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 45.5) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี อายุเฉลี่ย (ร้อยละ) 49.14 ± 10.35 มีสถานภาพคู่ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) นัถือศาสนาพุทธ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 100.0) มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 50.0) ไม่ได้ทำงาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.7) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 90.9) ไม่ดื่มสุรา จำนวน 18 คน

(ร้อยละ 81.8) ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีอยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.3) ระยะเวลาติดเชื้อมีเฉลี่ย (9.80 ± 4.76) ระยะเวลาที่ติดเชื้อมีน้อยที่สุด 4 ปี ระยะเวลาที่ติดเชื้อมากที่สุด 20 ปี

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$)

2.2 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ระดับซีดีโฟร์ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .01$)

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

3.2 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

3.3 ระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอธิบายตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) แต่พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .01$) นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 ด้วยเหตุผลดังนี้

1. การเลือกเป้าหมาย ผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับโรคโดยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายลงในคู่มือการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งลักษณะการใช้สื่อกระตุ้นการสอนผ่านวิดีโอเป็นรายบุคคลส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ การปฏิบัติตน

ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือการดูแลสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้นจึงทำให้กลุ่มทดลอง และมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มทดลองรวบรวมและบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองรู้จักสถานะสุขภาพของตนเอง สามารถจัดการตนเองได้หากพบความผิดปกติของตนเองสามารถจัดการอาการที่ผิดปกติของตนเองได้

3. การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินสถานะสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ซึ่งจะนำไปใช้ในการตัดสินใจทางสุขภาพต่อไป

4. การตัดสินใจ ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ทำให้กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยมาใช้ในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง

5. การลงมือปฏิบัติ กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ การสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ หากมีปัญหาในการปฏิบัติผู้วิจัยให้คำแนะนำโดยการสนทนาทางโทรศัพท์รวมถึงการใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยเน้นถึงเรื่องสาเหตุที่ทำให้ระดับซีดีโฟร์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารโปรตีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เมื่อกลุ่มทดลองทราบถึงสาเหตุจึงส่งผลให้เกิดการกระตุ้นแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้เป้าหมายของตนเองสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นพฤติกรรมจัดการความทุกข์ทางจิตใจที่อยู่ในระดับเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

6. การสะท้อนตนเอง โดยผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทบทวนตนเอง โดยใช้ใบงานการสะท้อนคิด ประเมินว่าสิ่งที่ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่เป็นรายบุคคล จากการสะท้อนคิดพบว่า กลุ่มทดลองสะท้อนตนเองถึงสาเหตุที่ยังมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เนื่องจากการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตรวจตาม รับประทานอาหาร มีการรับประทานโปรตีนน้อย ไม่ออกกำลังกาย หลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

สรุปว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเป็นไปตามกระบวนการจัดการตนเองของเครียร์ (2000) และกรมควบคุมโรค (2564) ระบุว่าวิธีการดูแลรักษาเอชไอวีที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีวินัยการรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น สำหรับการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมกับโรคติดเชื้อเอชไอวี เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ควรได้รับสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า เพื่อให้ร่างกายใช้สร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ร้าไพ หาญมนต์, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาลและ จิตตาภรณ์ จิตรเชื้อ (2556) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองลดลง ($p < .05$) และพฤติกรรมเสี่ยงหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และงานวิจัยของฐานิชญาณ์ หาญณรงค์ (2553) พบว่า ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรก ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 พบว่า มีความแตกต่างกัน ($p < .001$)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 และ 4 เนื่องจากปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 50 Copies/mL จากการได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค, 2564) จึงทำให้ไม่เห็นการผลการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับซีดีโฟร์สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 และ 6 เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวเป็นไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมฯ โดยกลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายดีขึ้น จึงส่งผลให้มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามแผนการรักษา ระดับซีดีโฟร์จะสูงขึ้นมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร การรับประทานยาโปรตีนสูงจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้

สูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2564) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้ภูมิคุ้มกันต้านโรครีซึ้น (คณิสสร แก้วแดงและสุมาลีราชนิยม, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า (2564) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น และงานวิจัยของ วรณัณิภา แสนสุภา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2555) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันและปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันด้วย เนื่องจากปริมาณเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมากจึงไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และมีระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น แต่ไม่ส่งผลต่อปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับช่วงเวลาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีซึ่งมีผลต่อปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยแต่ละคน
2. ใช้ข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ ก่อนทดลองจากผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2566 ส่วนหลังการทดลองใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2567
3. ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับซีดีโฟร์ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย อาชีพ และครอบครัวมาเป็นเกณฑ์ในการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร โดยการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหาร หรือบุคลากรที่รับผิดชอบด้านรักษาและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป
2. ด้านการปฏิบัติ สำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานคลินิกผู้ติดเชื้อโรคนี้นำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ เพื่อปรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ดียิ่งขึ้นและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนี้

2.1 การบันทึกการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองมีความสำคัญมาก เพราะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น และควรแนะนำผู้ป่วยแต่ละรายตั้งเป้าหมายในการเพิ่มระดับซีดีโฟร์ให้เหมาะสมกับตนเอง

2.2 การกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรแนะนำ รวมทั้งควรนำการสนทนาบำบัดทางโทรศัพท์มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและความมีวินัยในการปฏิบัติ

3. ด้านการศึกษา ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเองและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลและบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบ Randomized control trial
3. ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2559). *ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค. (2563). *เอชไอวี (HIV)*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59
- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2564/2565*. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีปัจจุบันในประเทศไทย*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://www.bbc.com/thai/59478416>
- กรมอนามัย. (2556). *การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2550). *คู่มือธงโภชนาการ*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=201525&id=63772&reload>
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(2), 87-103.
- กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์. (2556). การประเมินความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 14-21.
- คณิศร แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม. (2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 128-135.
- จิราภา ศรีนุกูล, ศิวพร อึ้งวัฒนา และวราภรณ์ บุญเชียง. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 7(3), 277-287.
- จันจิรา วิทยามารุง และปัทมา สุริต. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(4), 36-47.

- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(1), 117-127.
- ฐานิชญาณ์ หาญณรงค์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัฐภรณ์ หลาวทอง. (2559). การสร้างเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเนตร ธรรมกุล ,ศิริพร ครุฑกาศ ,อุษณีย์ เทพวรชัย และเยาวรัตน์ อินทอง. (2553).
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ
ผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 1-11.
- ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา.
วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(1), 11-23.
- ธนวัฒน์ ซาชิโย. (2565). โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก [https://www.gj.mahidol.ac.th/
main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients/](https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients/).
- ธนา ขอพรเจริญ. (2564). การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- นิตยา กออิสรานูภาพ, วสันต์ ศรีแดน และวรวริษา สำราญเนตร. (2565). บทบาทพยาบาลในการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.
วารสารมหาจุฬานาครธรรม, 9(2), 15-31.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปวิช พากวิฑ์, มาริส กิ่งไผ่กลาง, วณิชชา เชิดชัยภูมิ, วิระพล ภิมาลย์, ฉัตรมณี แห่งทองกลาง
และกฤษณี สระมูณ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ CD4 และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,
36(5), 562-
- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2540). โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

- ภัทรกันย์ วงศ์ตาห้ำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในร้กัสุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จ้งหวัดนครพนม.
วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(3), 91 -103.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสสร จันทรบุลลัษร์, เสาวนีย์ โสบุ และอภิญญา กุลทะเล. (2560).
การเฝียวายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะบับค้ันทางจิตวิญญาณ: บทบาทพยาบาล.
การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 31-38.
- รพีพรรณ รัตนวงศัันรา และวิภาวรรณ อรัณุมาลา. (2564). *ระยะของการติดเชื้อเอชไอวี*. สื่บค้ัน 25
มกราคม 2567, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue039/health-station>
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จ้งหวัดพิษณุโลก*.
สื่บค้ัน 25 มกราคม 2567, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จำไพ หาญมนต์, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และจิตตากรณั จิตรีเชื้อ. (2556). ผลของการส่งเสริมการ
จัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์. *พยาบาลสาร*, 40(3), 40-49.
- วรรณนิภา แสนสุภา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง
ต่อความสม่่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,
30(3), 58-67.
- ศรัทธรม ธนะภูมิ. (2567). *ภาวะจิตสังคัมของการเจ็บป่วย*. สื่บค้ัน 25 มกราคม 2567, จาก
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/05302015-1735>
- ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล. (2557). *การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ:
ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพร์ซ.
- สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *คู่มือธงโภชนาการ*. สื่บค้ัน 25 มกราคม 2567, จาก
<https://www.hfocus.org/content/2019/12/18153?fbclid=IwAR2-mpCe1zik2mmbGZdN7lMdPFhncU5LzRFx9gFbhbK0VlKPI5sr-dSK3IY>
- สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษา และอุไร คำมาก. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*,
49(3), 174-187.

- สว่างจิต คงภิบาล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และปชาณัฐ์ ตันติโกสม. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 82-96.
- สุทัศน์ พิภพสุทธิไพบูลย์, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช และเบญจมาศ ช่วยชู. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(2), 200-211.
- สุณัฐา สงวนพงศ์. (2551). *พลศึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ(พว.).
- สุนันทา เส็งมั่งสา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ยา ARV ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ ที่มารับบริการที่คลินิกนภาโรงพยาบาลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 123-135.
- สุเมธ วงศ์วรรณดี และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์. (2557). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2557*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรประเทศไทย.
- สาวิตรี นามพะธาย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย คริสเตียน.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *ประโยชน์ของการออกกำลังกาย*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *แกว่งแขนลดโรค เพิ่มภูมิคุ้มกัน*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิคตามหลัก FITT*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- องค์การสหประชาชาติ. (2563). *รายงานผู้มีเชื้อเอชไอวีทั่วโลก*. สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก <https://unaid.org/en>
- อติเทพ ผาดอภินันท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และวินัส ลิขกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(2), 12-27.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. New York: Prentice hall.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In: Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. (pp. 601-629). New York: Academic Press.

UNAIDS. (2023). *United Nations Program on HIV/AIDS*. Retrieved April 1, 2023. from <https://www.unaids.org/en>





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย


1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย
 - 1.1 แผนการสอนตามโปรแกรมการจัดการตนเอง
 - 1.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 - 2.2 แบบรวบรวมข้อมูลปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์





โปรแกรมการจัดการตนเอง
แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 1: การเลือกเป้าหมาย (X1)

หัวข้อ	การเลือกเป้าหมาย (X1) ประกอบด้วย 1. กิจกรรมการให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค (X1.1) 2. กิจกรรมการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง (X1.2)
ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	1. กิจกรรมการให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค (X1.1) เป็นรายบุคคล คนละ 20 นาที 2. กิจกรรมการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง (X1.2) เป็นรายบุคคล คนละ 5 นาที
สถานที่ดำเนินการ	ณ โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ดำเนินการ	นายภาคพงศ์ จันทโรจักษ์ และผู้ช่วยวิจัย นางสาวณมล เวียนรอบ
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลือกเป้าหมายในการจัดการตนเองได้


วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวถึงทฤษฎีแนะนำตนเอง พูดคุยกับกลุ่มทดลองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร การเลือกเป้าหมาย (Goal selection) เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมตัวความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในโรคควบคุมโรคและความเจ็บป่วยจึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ในชีวิตได้ ประกอบด้วย</p> <p>กิจกรรมการให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค (X1.1)</p>	<p>ผู้วิจัย: ให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: รับประทานอาหารว่างแบบปรับปรุง พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม</p>	20 นาที	<p>สื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิดีโอความรู้เกี่ยวกับ การจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค - คู่มือการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค - ดิจิทัลเช็ลลenger 	<p>การประเมินผล</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>รู้จักการติดเชื้อเอชไอวี เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ หรือ ซี เซลล์ ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวหรือ ระดับซีดีโฟร์จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุ ให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ เมื่อมีการติด เชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป ปัจจุบันยังไม่มียารักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้ หายขาด แต่ปัจจุบันมียานไวรัสสำหรับผู้ติด เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับ การรักษาโดยรับประทานยาทันที และปฏิบัติตาม โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำ ให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลา ยาวนาน การปฏิบัติที่เหมาะสม จะช่วยให้ ท่านมีสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันที่ดี ลดอัตราการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ พฤติกรรมการ</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>จัดการตนเองที่เหมาะสม ประกอบด้วย</p> <p>1. การรับประทานยา</p> <p>การรับประทานยาตามไวรัสเอชไอวีตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ตรงเวลาและสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด หลังรับประทานยาท่านต้องสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะ อาเจียน ท้องอืดท้องเพื่อปวดท้อง และเบื่ออาหาร อาการแพ้ยาและภาวะลมพิษ มีผื่นตามผิวหนัง หายใจลำบาก บวมที่ใบหน้า ปาก ลิ้น หรือคอ เพื่อประเมินตนเองและเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ท่านสามารถแจ้งแพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลที่ดูแลได้</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอนั้นท่านต้องเข้าใจยอมรับและตัดสินใจ ว่าจะปฏิบัติตนและรับประทายาต้านไวรัสให้ ถูกขนาด ถูกเวลา ตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ ผลการรักษาที่ดีที่สุด เพราะเชื้อแบ่งตัวจำนวน มากในแต่ละวัน และมีโอกาสกลายพันธุ์สูงใน การแบ่งตัวแต่ละครั้ง ดังนั้น เมื่อได้ก็ตามถ้าท่าน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือกินยาเพียงบาง ตัว ไวรัสจะเริ่มมีการแบ่งตัวทันทีและพร้อมที่จะ กลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้โดยง่าย อีกทั้ง เมื่อผู้ติดเชื้อเต็มใจและมีส่วนร่วมในการวาง แผนการรักษา ร่วมกับแพทย์และปฏิบัติตามคำสั่ง การใช้ยาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่าง ถูกต้องและเคร่งครัด ซึ่งต้องรับประทานยา มากกว่าร้อยละ 95 และแต่ละครั้งของการกินยา ต้องไม่พลาดเคลื่อนที่ก่อนและหลังเวลาที่ วางแผนร่วมกันเกิน 30 นาที ดังนั้นการ รับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอจะส่งผล</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
วัตถุประสงค์	<p>ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพดี แข็งแรง มีอายุยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p> <p>ทักษะการรับประทานอย่างถูกต้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถูกคน หมายถึง ท่านต้องตรวจสอบชื่อเจ้าของยา ชื่อยาอย่างถูกต้องก่อนรับประทานทุกครั้ง 2. ถูกชนิด หมายถึง ยาด้านเอชไอวีที่จะรับประทานต้องถูกชนิด หากพบว่ายาเปลี่ยนรูปแบบผิด ผิดชนิดต้องทำการปรึกษาเภสัชกรหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที 3. ถูกขนาด หมายถึง ท่านต้องรับประทานตามขนาดที่แพทย์สั่ง ได้แก่ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง 4. ถูกทาง หมายถึง ยาด้านเอชไอวีเป็นยาชนิดเม็ดรับประทานนั้น ไม่มีกลิ่น 5. ถูกเวลา หมายถึง ท่านต้องรับประทานอย่างตรงเวลาทุกครั้งทุกวันการรับประทานยา ต้องไม่คลาดเคลื่อนทั้งก่อนและ 	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>หลังเวลาที่วางแผนร่วมกันกับแพทย์เกิน 30 นาที</p> <p>2. การบริโภคอาหาร</p> <p>อาหารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับท่าน การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง ทำให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี อีกทั้งยังช่วยควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี และช่วยควบคุมอาการข้างเคียงจากการให้ยาได้</p> <p>1. เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น เนื่องจากมีสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะช่วยปกป้องระบบภูมิคุ้มกัน คือ การเพิ่มผลไม้และผักให้ได้ปริมาณครึ่งหนึ่งของจานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้วิตามินและแร่ธาตุมากที่สุด</p> <p>2. รับประทานโปรตีนให้เพียงพอ</p> <p>เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง ได้แก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>3. เลือกรับประทานอาหารกลุ่มข้าว แป้ง-ธัญพืชที่ขัดสี คาร์โบไฮเดรตซึ่งจะให้พลังงานแก่ร่างกายเป็นหลัก อุดมไปด้วยวิตามิน บี และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดโอกาสที่จะเกิดภาวะอ้วนที่เรียกว่า ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากเอชเอวี ได้แก่ ข้าวกล้องกลิ้ง ข้าวสาลีเต็มเมล็ด ข้าวโพด ข้าวโอ๊ต ข้าวซ้อมมือ ข้าวฟ่าง เมล็ดพืช และถั่วเขียว</p> <p>4. จำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือ เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชเอวีและยาที่ได้รับส่งผลกระทบต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้น หากได้รับปริมาณน้ำตาลและเกลือมากเกินไป ดังนั้นพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาลทั้งจากอาหารและเครื่องดื่มควรน้อยกว่า 10% จากพลังงานที่ควรได้รับในวันต่อวัน (ปริมาณ ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน โดยประมาณ) และปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน)</p>				

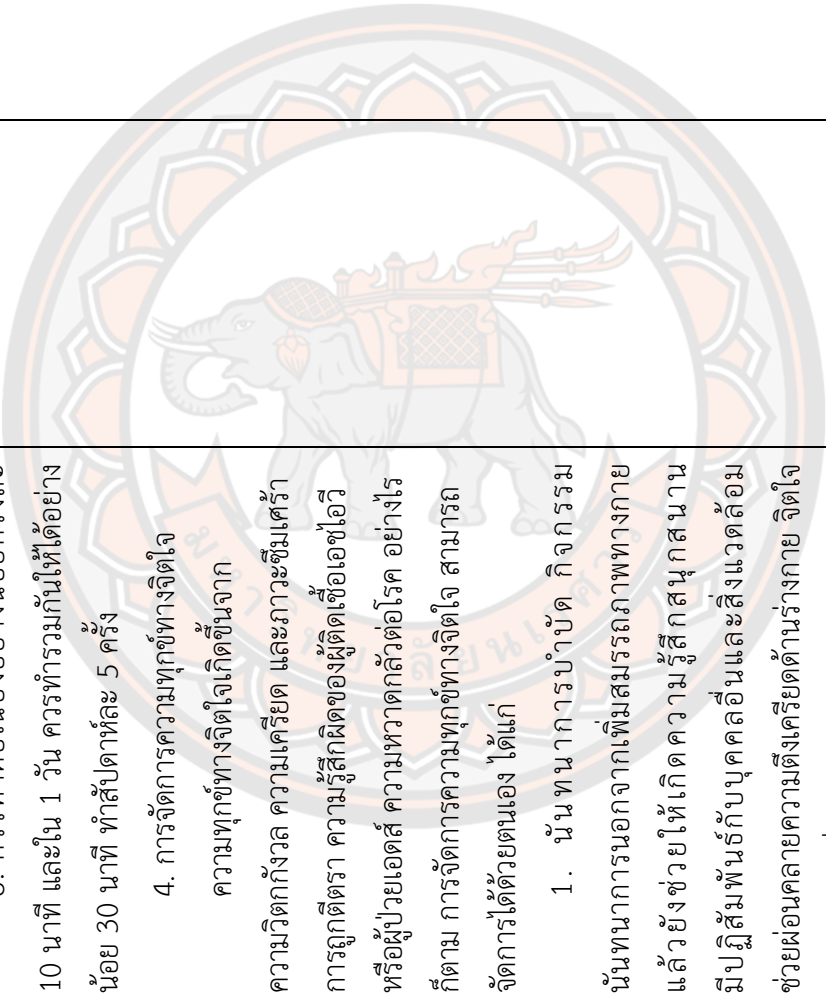
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>5. เลือกรับประทานอาหารไขมันที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ถั่ว น้ำมันจากพืช และอะโวคาโด</p> <p>6. หลีกเลี่ยงการรับประทานกลุ่มใยอาหารต่ำ ไขมันสูง อาจส่งผลให้เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันที่ผิดปกติ ได้แก่ การลดหรือเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำมันจากสัตว์ เนย ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ คุกกี้ โดนัท เค้ก</p> <p>7. สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แนะนำให้ควบคุมปริมาณไขมัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก ถั่วเปลือกแข็ง เนื้อปลา</p> <p>8. ดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ อย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะไตซึ่งอาจเกิดจากการท่วงร่างหรือคลื่นไส้อาเจียน</p>				


วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>9. เน้นความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารที่ไม่สะอาด หรือมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอาหารเป็นพิษมากกว่าคนทั่วไป</p> <p>3. การออกกำลังกาย</p> <p>การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดและทำให้ผนังเส้นเลือดทั่วร่างกายได้รับการออกกำลังกาย อีกทั้งเป็นการป้องกันเส้นเลือดเปราะแข็งอุดตันหรือแตกง่าย และป้องกันโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี ระบบการหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบการย่อยอาหารและระบบการขับถ่าย ส่งผลต่อระดับชีวิตที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>ผ่อนคลายความเครียด ทำให้จิตประสาทที่ตื่นตัว เกิดความสุข ร่าเริง สดใส การออกกำลังกาย ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยต้องเว้นระยะห่างไม่มากเกินไป 2 วัน</p> <p>การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเน้นการออกกำลังกายที่เพิ่มภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ได้แก่ โยคะ การวิ่ง การปั่นจักรยาน เป็นต้น ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีการออกกำลังกาย เช่น การทำนา การยกกระสอบปุ๋ย การเดินในทุ่งนา เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ถือเป็นการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนัก เมื่อทำอย่างต่อเนื่องเกิน 30 นาทีต่อวันจะส่งผลให้ระบบเลือด หัวใจ และปอดมีความแข็งแรงขึ้น เช่นกัน การออกกำลังกายที่แนะนำ เพิ่มเติมหลังจากทำงานก็สามารถทำได้ด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อความสนุกสนาน คลายเครียด ได้แก่ การเดินแอโรบิค เปตอง</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>ฟุตบอล เป็นต้น</p> <p>ดังนั้น การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแข็งแรงทางกายและมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น</p> <p>ตัวอย่าง การออกกำลังกายที่แนะนำ</p> <p>การบริหารร่างกายด้วยการแกว่งแขน</p> <p>เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย ทำได้ทุกสถานที่ สะดวก ปลอดภัย หลักการแกว่งแขนที่ถูกต้องคือ แกว่งแขนให้ถูกวิธีต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย ทำให้สุขภาพแข็งแรง หรือแกว่งแขน สะสมครั้งละ 10 นาที รวม 30 นาทีต่อวัน</p> <p>วิธีการแกว่งแขนที่ถูกต้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> ยืนตัวตรง เข้าเมงอ แยกเท้าทั้ง 2 ข้างออกจากกัน โดยมีระยะห่างประมาณความกว้างหัวไหล่ 				

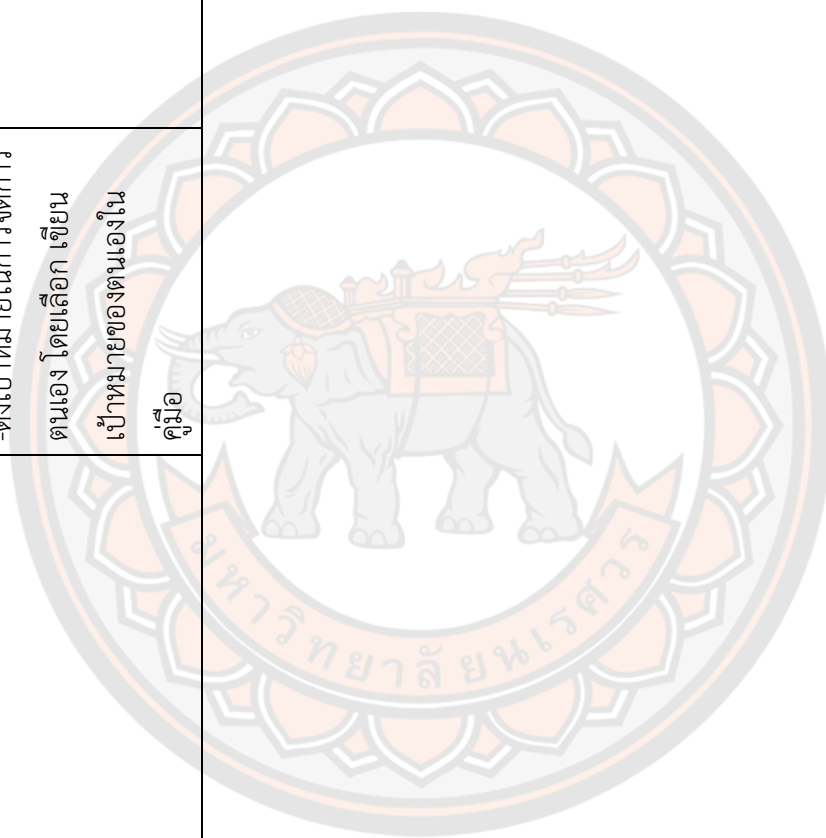
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>2. ปล่อยมือทั้ง 2 ข้างลงตามธรรมชาติ อยากรู้ ให้นิ้วมือชิดกัน หันอุ้งมือไปข้างหน้า</p> <p>3. ทดทั้งข้อมือเข้า เอวตั้งตรง เขยียดหลัง ผ่อนคลายกระดูกคอ คีรษะ และปาก ผ่อนคลายตามธรรมชาติ</p> <p>4. จิกปลายนิ้วเท้ายึดเกาะพื้น สันเท้า ออกแรงเหยียบลงบนพื้นให้แน่น</p> <p>5. ครองข้อมือขยับขึ้นเล็กน้อย ระหว่างบริหารต้องหดกัน หรือขมิบทวารหนัก</p> <p>6. ตามองไปจุดใดจุดหนึ่ง ทำสมาธิให้ความรู้สึกอยู่ที่เท้า</p> <p>7. แกว่งแขนไปข้างหน้ามาๆ ทำมุม 30 องศา กับลำตัว และหายใจเข้า แล้วแกว่งแขนไปข้างหลังให้แรง ทำมุม 80 องศา กับลำตัว แล้วปล่อยให้เหวี่ยงกลับมาหายใจออกขณะแกว่งไปข้างหลัง</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>8. ควรทำต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที และใน 1 วัน ควรทำรวมกันให้ได้อย่างน้อย 30 นาที ทำสัปดาห์ละ 5 ครั้ง</p> <p>4. การจัดการความทุกข์ทางจิตใจ</p> <p>ความทุกข์ทางจิตใจเกิดขึ้นจากความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า การถูกตีตรา ความรู้สึกผิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ความหวาดกลัวต่อโรค อย่งไรก็ตาม การจัดการความทุกข์ทางจิตใจ สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ได้แก่</p> <p>1. นันทนาการบำบัด กิจกรรมนันทนาการนอกจากเพิ่มสมรรถภาพทางกายแล้วยังช่วยให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีผลช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจได้</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
	<p>2. อารมณ์ขันบำบัด กิจกรรมอารมณ์ขันบำบัดช่วยให้คลายความตึงเครียดด้านอารมณ์จิตใจ รู้สึกสุขสบายมากขึ้นโดยการทำกิจกรรมที่ชวนสนุกสนาน เช่น การอ่านหนังสือ ตลก การดูละครหรือภาพยนตร์ การหัวเราะ เป็นต้น</p> <p>3. เทคนิคผ่อนคลาย การใช้เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายจากความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ การฝึกสมาธิ เป็นต้น</p> <p>4. ดนตรีบำบัด การฟังเสียงดนตรีจะช่วยให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลายและสงบจากสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นตนเองได้</p> <p>กิจกรรมการจัดกิจกรรมอารมณ์และความรู้สึกที่แนะนำ ได้แก่ ทำนواجหาจากหนังสือ ตลก อ่านหนังสือตลก ได้แก่ ละครุบุพเพสันนิวาส หนังสือชายหัวเราะ หนังสือบันเทิง นึกหรือคุยถึงเรื่องขำๆ ที่เคยเกิดขึ้น</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองได้	<p>เพราะการได้นั่งหัวเราะนาน 5-10 นาทีติดต่อกัน ร่างกายจะได้ขยับ เป็นการบริหารอวัยวะภายใน และกล้ามเนื้อเบาไปในตัว ซึ่งจะช่วยให้ท่านเกิดการผ่อนคลายความเครียดได้ และถือเป็นส่วนที่จะช่วยปรับระดับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของท่านให้สงบขึ้นได้</p> <p>กิจกรรมประชุมกลุ่มเพื่อตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง (X1.2)</p> <p>เขียนเป้าหมายของตนเองในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย: -</p> <p>แนะนำกลุ่มทดลอง</p> <p>ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>-เขียนมาให้ เลือก เขียนเป้าหมายของตนเองลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม :</p>	คนละ 5 นาที	- คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
		กิจกรรม -ตั้งเป้าหมายในการจัดการ ตนเอง โดยเลือก เขียน เป้าหมายของตนเองใน คู่มือ			



โปรแกรมการจัดการณ์ตนเอง

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 2: การรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง (X2)

หัวข้อ	การรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง
ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	คนละ 3 นาที
สถานที่ดำเนินการ	ณ โรงพยาบาลพระมหาพิชาม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ดำเนินการ	นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์และผู้ช่วยวิจัย นางสาวณมต เวียนรอบ (ผู้วิจัย 1 คนต่อกลุ่มทดลอง 10คน โดยพบเป็นรายบุคคล)
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเองได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเองได้</p>	<p>การรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง (X2)</p> <p>การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย :</p> <p>แนะนำกลุ่มทดลอง</p> <p>รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรม :</p> <p>รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเอง</p>	3 นาที	<p>-แบบบันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีและซีดีโฟร์ในคู่มือฯ</p> <p>-แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญของตนเองได้</p>

โปรแกรมการจัดการตนเอง

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 3: การประเมินผลและประเมินข้อมูล (X3)

หัวข้อ	การตรวจสอบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	คนละ 2 นาที
สถานที่ดำเนินการ	ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพระพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ดำเนินการ	นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์และผู้ช่วยวิจัย นางสาวณมล เวียนรอบ (ผู้วิจัย 1 คนต่อกลุ่มทดลอง 10คน โดยพบเป็นรายบุคคล)
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสามารถประเมินข้อมูลของตนเองได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถประมวลและประเมินข้อมูลของตนเองได้</p>	<p>การประมวลและประเมินข้อมูล (X3)</p> <p>การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นกระบวนการรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและนำ ข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประมวลผลและตั้งสติใจ ข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อากาส์สำคัญ ของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย : เชิญชวนกลุ่มทดลองตรวจสอบและประเมินผล การเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ตรวจสอบและประเมินผล การเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง</p>	<p>คนละ 2 นาที</p>	<p>-แบบบันทึก -ปริมาณเชื้อเอชไอวีและซีดีโฟร์ในคู่มือ -แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง</p>	<p>การประเมินผล ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบันทึกและประเมินผล ประเมินผลจากข้อมูลของตนเองได้</p>

โปรแกรมการจัดการตนเอง

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 4: การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค (X4)

เรื่อง กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค
 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
 ระยะเวลา คนละ 5 นาที
 สถานที่ดำเนินการ ห้องประชุมโรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
 ผู้ดำเนินการ นายภานุพงศ์ จันทร์โรจน์ และผู้ช่วยวิจัย นางสาวนฤมล เวียนรอบ
 (ผู้วิจัย 1 คนต่อกลุ่มทดลอง 10คน โดยพบเป็นรายบุคคล)
 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคของตนเอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค (X4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับภารกิจที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย : เชิญชวนให้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	คนละ 5 นาที	-แบบบันทึก พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ต้องการ ปรับเปลี่ยนในคู่มือ	การประเมินผล ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อ	การประเมินผล
เหมาะสม	<p>ตนเอง หลังจากรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แล้ว ต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน</p>	<p>พฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค</p>		<p>-แบบบันทึกการรับประทานยา และอาการผิดปกติของตนเอง</p>	<p>การประเมินผลจัดการตนเองที่เหมาะสมได้</p>



คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

จัดทำโดย

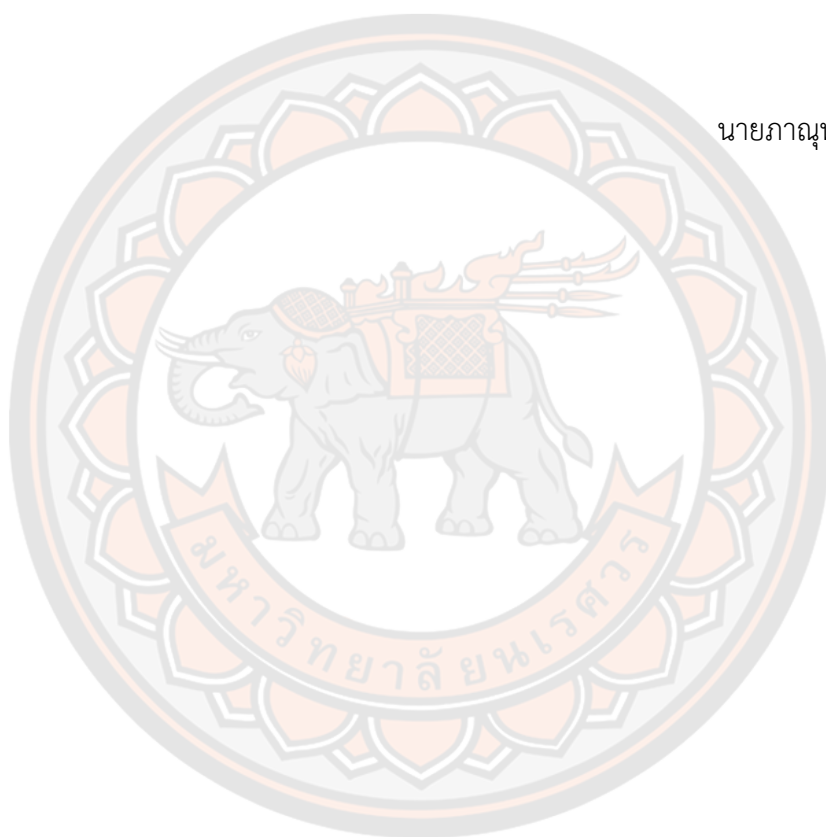
นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์

นิสิตานัลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณเฑีต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



คำนำ

คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อไป หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนของท่านต่อไป



นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์
ผู้จัดทำ

รู้จักการติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ หรือ ทีเซลล์ ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวหรือระดับซีดีโฟร์จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ปัจจุบันมียาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาโดยรับประทานยาทันที และปฏิบัติตามโดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน

การปฏิบัติตนที่เหมาะสม จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันที่ดี ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. การรับประทานยา

การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้องตรงเวลาและสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรค ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด หลังรับประทานยาท่านต้องสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะ อาเจียน ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดท้อง และเบื่ออาหาร อาการแพ้ยาและภาวะลมพิษ มีผื่นตามผิวหนัง หายใจลำบาก บวมที่ใบหน้า ปาก ลิ้น หรือคอ เพื่อประเมินตนเอง และเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ท่านสามารถแจ้งแพทย์ผู้รักษา หรือพยาบาลที่ดูแลได้

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นั้นท่านต้องเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง โดยการรับประทานยาต้านไวรัส ให้ถูกขนาด ถูกเวลา ตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด เพราะเชื้อแบ่งตัวจำนวนมากในแต่ละวัน และมีโอกาสกลายพันธุ์สูงในการแบ่งตัวแต่ละครั้ง ดังนั้น เมื่อใดก็ตามถ้าท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือกินยาเพียงบางตัว ไวรัสจะเริ่มมีการแบ่งตัวทันทีและพร้อมที่จะกลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้โดยง่าย อีกทั้งเมื่อผู้ติดเชื้อเต็มใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์และปฏิบัติตามคำสั่งการใช้ยาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและเคร่งครัด ซึ่งต้องรับประทานยามากกว่าร้อยละ 95 และแต่ละครั้งของการกินยา ต้องไม่คลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่วางแผนร่วมกันเกิน 30 นาที ดังนั้นการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอจะส่งผลทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล มีสุขภาพดี แข็งแรง มีอายุยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทักษะการรับประทานยาอย่างถูกต้อง

1. ถูกคน หมายถึง ท่านต้องตรวจสอบชื่อเจ้าของยา ชื่อยา อย่างถูกต้องก่อนรับประทานทุกครั้ง
2. ถูกชนิด หมายถึง ยาต้านเอชไอวีที่จะรับประทานต้องถูกชนิด หากพบว่ายาเปลี่ยนรูปแบบ ผิดชนิดต้องทำการปรึกษาเภสัชกรหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที
3. ถูกขนาด หมายถึง ท่านต้องรับประทานตามขนาดที่แพทย์สั่ง ได้แก่ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง
4. ถูกทาง หมายถึง ยาต้านเอชไอวีเป็นยาชนิดเม็ดรับประทานเท่านั้น ไม่มียาฉีด
5. ถูกเวลา หมายถึง ท่านต้องรับประทานยาอย่างตรงเวลาทุกครั้งทุกวันการรับประทานยาต้องไม่คลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่วางแผนร่วมกันกับแพทย์เกิน 30 นาที

2. การบริโภคอาหาร

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับท่าน การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง ทำให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี อีกทั้งยังช่วยควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี และช่วยควบคุมอาการข้างเคียงจากการให้ยาได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น เนื่องจากมีสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะช่วยปกป้องระบบภูมิคุ้มกัน คือ การเพิ่มผลไม้และผักให้ได้ปริมาณครึ่งหนึ่งของจานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้วิตามินและแร่ธาตุมากที่สุด
2. รับประทานโปรตีนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายใช้ในการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง ได้แก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง
3. เลือกรับประทานอาหารกลุ่มข้าวแป้ง-ธัญพืชที่ไม่ขัดสี คาร์โบไฮเดรตซึ่งจะให้พลังงานแก่ร่างกายเป็นหลัก อุดมไปด้วยวิตามินบี และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดโอกาสที่จะเกิดการสะสมไขมัน ที่เรียกว่า ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาและการติดเชื้อเอชไอวี อาหารที่ควรเลือกรับประทาน ได้แก่ ข้าวกล้องกล้อง ข้าวสาลีเต็มเมล็ด ข้าวโพด ข้าวโอ๊ต ข้าวซ้อมมือ ข้าวฟ่าง เมล็ดพืช และลูกเต๋อย
4. จำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือ เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีและยาที่ได้รับส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น หากได้รับปริมาณน้ำตาลและเกลือมากเกินไป ดังนั้นพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาลทั้งจากอาหารและเครื่องดื่ม ควรน้อยกว่า 10% จากพลังงานที่ควรได้รับในวัน (ปริมาณไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวันโดยประมาณ) และปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน)

5. เลือกรับประทานไขมันที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ถั่ว น้ำมันจากพืช และอะโวคาโด

6. หลีกเลี่ยงการรับประทานกลุ่มใยอาหารต่ำ ไขมันสูง อาจส่งผลให้เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันที่ผิดปกติ ได้แก่ การลดหรือเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำมันจากสัตว์ เนย ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ คุกกี้ โดนัท เค้ก

7. สำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แนะนำให้ควบคุมปริมาณไขมัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก ถั่วเปลือกแข็ง เนื้อปลา

8. ดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ อย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะขาดน้ำ ซึ่งอาจเกิดจากอาการท้องร่วงหรือคลื่นไส้ อาเจียน

9. เน้นความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เมื่อได้รับอาหารที่ไม่สะอาด หรือมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอาหารเป็นพิษมากกว่าคนทั่วไป

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดและทำให้ผนังเส้นเลือดทั่วร่างกายได้รับการออกกำลังกาย อีกทั้งเป็นการป้องกันเส้นเลือดเปราะบางแข็งอุดตันหรือแตกง่าย และป้องกันโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี ระบบการหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบการย่อยอาหารและระบบการขับถ่าย ส่งผลต่อระดับซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลายความเครียด ทำให้จิตใจประสาทตื่นตัวเกิดความสุข ร่าเริง สดใส ในการออกกำลังกาย ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยต้องเว้นระยะห่างไม่มากเกินไป 2 วัน

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเน้นการออกกำลังกายที่เพิ่มภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ได้แก่ โยคะ การวิ่ง การปั่นจักรยาน ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีกิจกรรม เช่น การทำนา การยกกระสอบปุ๋ย การเดินในทุ่งนา เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก เมื่อทำอย่างต่อเนื่องเกิน 30 นาทีต่อวันจะส่งผลให้ระบบเลือด หัวใจ และปอดมีความแข็งแรงขึ้นเช่นกัน การออกกำลังกายที่แนะนำเพิ่มเติมหลังจากทำงานก็สามารถทำได้ด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อความสนุกสนาน คลายเครียด ได้แก่ การเต้นแอโรบิค เปตอง ฟุตบอล

ดังนั้น การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะช่วยให้คุณมีความแข็งแรงทางกาย และมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น

ตัวอย่าง การออกกำลังกายที่แนะนำ

การบริหารร่างกายด้วยการแกว่งแขน เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย ทำได้ทุกสถานที่ สะดวก ปลอดภัย หลักการแกว่งแขนที่ถูกต้อง คือ แกว่งแขนให้ถูกวิธีต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย ทำให้สุขภาพแข็งแรง หรือแกว่งแขนสะสมครั้งละ 10 นาที รวม 30 นาทีต่อวัน

วิธีการแกว่งแขนที่ถูกต้อง

1. ยืนตัวตรง เข่าไม่งอ แยกเท้าทั้ง 2 ข้างออกจากกัน โดยมีระยะห่างประมาณ ความกว้างหัวไหล่
2. ปล่อยมือทั้ง 2 ข้างลงตามธรรมชาติ อย่าเกร็ง ให้นิ้วมือชิดกัน หนี้อุ้งมือไปข้างหน้า
3. หดท้องน้อยเข้า เอวตั้งตรง เขยียดหลัง ผ่อนคลายกระดูกลำคอ ศีรษะ และปากผ่อนคลายตามธรรมชาติ
4. จิกปลายนิ้วเท้ายึดเกาะพื้น สันเท้าออกแรงเหยียบลงบนพื้นให้แน่น
5. ควรอบอุ่นร่างกายขึ้นเล็กน้อย ระหว่างบริหารต้องหดก้น หรือขมิบทวารหนัก
6. ตามองไปจุดใดจุดหนึ่ง ทำสมาธิให้ความรู้สึกอยู่ที่เท้า
7. แกว่งแขนไปข้างหน้ามาๆ ทำมุม 30 องศา กับลำตัว และหายใจเข้า แล้วแกว่งแขนไปข้างหลังให้แรง ทำมุม 80 องศา กับลำตัว แล้วปล่อยให้เหวี่ยงกลับมาหายใจออกขณะแกว่งไปข้างหลัง
8. ควรทำต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที และใน 1 วัน ควรทำรวมกันให้ได้ อย่างน้อย 30 นาที ทำสัปดาห์ละ 5 ครั้ง



4. การจัดการความทุกข์ทางจิตใจ

ความทุกข์ทางจิตใจเกิดขึ้นจากความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ความหวาดกลัวต่อโรค อย่างไรก็ตาม การจัดการความทุกข์ทางจิตใจ สามารถจัดการได้ด้วยตนเองได้แก่

1. นันทนาการบำบัด กิจกรรมนันทนาการนอกจากเพิ่มสมรรถภาพทางกายแล้วยังช่วยให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีผลช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจได้

2. อารมณ์ขันบำบัด กิจกรรมอารมณ์ขันบำบัดช่วยให้คลายความตึงเครียดด้านอารมณ์ จิตใจ รู้สึกสุขสบายมากขึ้นโดยการทำกิจกรรมที่ชวนสนุกสนาน เช่น การอ่านหนังสือตลก การดูละคร หรือภาพยนตร์ การหัวเราะ เป็นต้น

3. เทคนิคผ่อนคลาย การใช้เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายจาก ความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การฝึกสมาธิ เป็นต้น

4. ดนตรีบำบัด การฟังเสียงดนตรีจะช่วยให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลายและสงบจากสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้นสมองได้

กิจกรรมการจัดการอารมณ์และความรู้สึกที่แนะนำ ได้แก่ ท่านอาจหาจากภาพยนตร์ หรือละครตลก ได้แก่ ละครเรื่อง บุพเพสันนิวาส รายการตลกทางโทรทัศน์ การอ่านหนังสือขำ หัวเราะ การอ่านหนังสือบันเทิง นึกหรือคุยถึงเรื่องขำๆ ที่เคยเกิดขึ้น เพราะการได้นั่งหัวเราะนาน 5-10 นาที ติดต่อกันร่างกายจะได้ขยับ เป็นการบริหารอวัยวะภายใน และกล้ามเนื้อใบหน้าไปในตัว ซึ่งจะช่วยให้ท่านเกิดการผ่อนคลายความเครียดได้ และถือเป็นส่วนที่จะช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของท่านให้สงบขึ้นได้

เป้าหมายของฉัน

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

การบันทึกข้อมูลสำคัญของตนเอง

วันเดือนปี	ปริมาณเชื้อเอชไอวี	ระดับซีดีโฟร์

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2564/2565*. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2556). *การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2550). *คู่มือธงโภชนาการ*. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=201525&id=63772&reload>
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลภายใต้คณะกรรมการเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. (2560). *คู่มือการเรียนรู้การสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล*. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนวัฒน์ ชาชิโย. (2565). *โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients>
- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2540). *โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- พีระพงศ์ บุญศิริ. (2545). *โภชนาการและการออกกำลังกาย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *แฉ่งแซนด์โรค เพิ่มภูมิคุ้มกัน*. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *ประโยชน์ของการออกกำลังกาย*. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิคตามหลัก FITI*. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/>

เครื่องมือ กำกับการวิจัย

แบบบันทึกการรับประทานยาและอาการผิดปกติของตนเอง

รหัส.....

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลตามที่ท่านปฏิบัติจริง

วันที่	รับประทานยา มือเช้า	รับประทานยา ก่อนนอน	ปฏิบัติ		อาการและอาการแสดง ผิดปกติที่พบ
			เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
ตัวอย่าง	8.00	20.00	✓		คลื่นไส้ อาเจียน
1 พ.ย. 2566					
2 พ.ย. 2566					
3 พ.ย. 2566					
3 ก.พ. 2567					
4 ก.พ. 2567					
5 ก.พ. 2567					

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

รหัส.....

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองฉบับนี้มีชุดข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 23 ข้อ

ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประธานยา จำนวน 6 ข้อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

พฤติกรรมการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก ลงในช่อง หน้าข้อความเพียงตัวเลือกเดียว และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ..... ปี..... เดือน

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า/แยก

4. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา/ปวช.

4. ปวส/อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

1. รับราชการ 2. เกษตรกรรม 3. ค้าขาย

4. รับจ้างทั่วไป 5. ลูกจ้างรายเดือน/พนักงานรายเดือน

6. พ่อบ้าน/แม่บ้าน 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

7. ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

1. ไม่สูบ สูบ ระบุ.....

2. ไม่ดื่ม ดื่ม ระบุ.....

8. ระยะเวลาที่ติดเชื้อ.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่อง □ ด้านขวาที่ตรงกับข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (7 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกวัน (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นใน 1 สัปดาห์

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ด้านการรับประทานยา					
1. ท่านรับประทานยาด้านไวรัสตามขนาด/จำนวนที่แพทย์สั่ง					
2. ท่านรับประทานยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน					
3. ท่านไม่มาตรวจตามนัด เนื่องจากยาต้านเอชไอวียังไม่หมด					
4. ท่านรับประทานยาด้านไวรัสตรงตามเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา					
5. ท่านไม่รับประทานยาสมุนไพรอื่นใดที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง					
6. ท่านสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีผื่นขึ้นตามตัว เป็นต้น ภายหลังจากรับประทานยา					
ด้านการบริโภคอาหาร					
7. ท่านบริโภคผลไม้และผักในปริมาณครึ่งหนึ่งของอาหารในแต่ละมื้อ					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
8. ท่านรับประทานโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อไก่ ปลา ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ในปริมาณมากกว่า 2 เท่าของคนปกติ คือมากกว่า 12 - 24 ซ้อนต่อวัน					
9. ท่านปรุงอาหารโดยล้างวัตถุดิบที่ใช้ปรุงอาหารอย่างสะอาด เลือกใช้วัตถุดิบที่มีเครื่องหมาย ออย.					
10. ท่านไม่รับประทานอาหารหมักดอง และทำอาหารให้สุกก่อนรับประทาน					
11. ท่านจำกัดปริมาณน้ำตาลและเกลือ ปริมาณน้ำตาล ไม่เกิน 6 ซ้อนชาต่อวันโดยประมาณ และปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ซ้อนชาต่อวัน					
12. ท่านรับประทานไขมันดี เช่น ถั่ว น้ำมันจากพืช และอะโวคาโด เป็นต้น ในปริมาณที่เหมาะสม (สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี ไม่เกินวันละ 5 ซ้อนชา สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี ไม่เกิน 7 ซ้อนชา และสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,400 กิโลแคลอรีไม่เกิน 9 ซ้อนชา)					
13. ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน					
ด้านการออกกำลังกาย					
14. ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดินแอโรบิก การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็วอย่างใดอย่างหนึ่ง					
15. ท่านออกกำลังกายวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 วัน และไม่เกิน 6 วันต่อสัปดาห์					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
16. ท่านจะพยายามจะแบ่งเวลาออกมาออกกำลังกายในแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที แบ่งเป็น ในการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 นาที ออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเวลา 20 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย อย่างน้อย 5 นาที					
17. หากท่านไม่ออกกำลังกายท่านจะมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การรดน้ำต้นไม้ การล้างรถ การทำความสะอาดบ้านเรือน แทน					
ด้านการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ					
18. ท่านสามารถจัดการความทุกข์ทางจิตใจโดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือตลก ตูลละคร ร้องเพลง ฟังดนตรี การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ เป็นต้น					
19. ถึงแม้ว่าท่านยังป่วยอยู่ ท่านสามารถจัดการกับความทุกข์ได้					
20. เมื่อท่านมีภาวะเครียด ท่านจะดื่มสุรา/สูบบุหรี่					
21. ท่านขอคำแนะนำจากผู้ที่ใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เมื่อเกิดความไม่สบายใจ/ความทุกข์					
22. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ ท่านคิดพยายามทำร้ายตนเอง					
23. ท่านเก็บตัวตามลำพัง ไม่เผชิญหน้ากับผู้อื่น โดยคิดว่าตนเองถูตีตราจากผู้อื่น					

แบบบันทึกปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์

ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สำหรับผู้วิจัย

ลำดับที่	ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด		ระดับซีดีโฟร์	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1				
2				
3				
⋮				
⋮				
⋮				
28				
29				
30				

ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมืองานวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คุณวุฒิสูงสุด PhD in Immunology

สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนวบุตร

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คุณวุฒิสูงสุด สาธารณสุขศาสตร์คหิภัณฑ์ สาขาวิชา การพยาบาลสาธารณสุข-นานาชาติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คุณวุฒิสูงสุด สาธารณสุขศาสตร์คหิภัณฑ์ สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

4. คุณสมศรี คำพันธ์

ตำแหน่ง พยาบาล ระดับ ชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานบริการปฐมภูมิและสร้างเสริม

สุขภาพ

คุณวุฒิสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

5. คุณเพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ

คุณวุฒิสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 14 ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
(n=22)

ลำดับ ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง (copies/ml)	หลังการทดลอง (copies/ml)	ก่อนการทดลอง (copies/ml)	หลังการทดลอง (copies/ml)
1	20	20	20	20
2	23	20	20	20
3	20	20	20	20
4	20	20	20	20
5	20	20	20	20
6	20	20	20	20
7	20	20	20	20
8	43	20	20	20
9	20	20	20	20
10	20	20	20	20
11	20	20	20	20
12	20	20	20	20
13	41	20	20	20
14	20	20	20	20
15	20	20	20	20
16	20	20	20	20
17	20	20	20	20
18	20	20	20	20
19	20	20	20	20
20	20	20	20	20
21	22	20	20	20
22	21	20	20	20

ตาราง 15 ระดับซิติไฟร์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

ลำดับ ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง (เซลล์/ลบ.มม.)	หลังการทดลอง (เซลล์/ลบ.มม.)	ก่อนการทดลอง (เซลล์/ลบ.มม.)	หลังการทดลอง (เซลล์/ลบ.มม.)
1	340	349	319	342
2	457	505	403	549
3	237	299	286	390
4	325	311	361	306
5	366	335	375	383
6	460	559	486	512
7	471	401	425	283
8	377	509	381	384
9	428	558	428	302
10	384	400	430	430
11	302	307	292	271
12	340	502	362	243
13	460	549	452	346
14	430	460	409	443
15	324	432	337	376
16	448	555	490	451
17	453	466	485	317
18	334	855	370	528
19	368	371	373	323
20	407	529	367	365
21	221	318	237	481
22	407	446	454	404

ภาคผนวก ง เอกสารประกอบกรวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท


เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๗

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๖ บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์ รหัสประจำตัว ๖๙๐๖๑๓๖๙๙๘ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังต่อไปนี้

- | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------|
| ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | โอบะ | ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |
| ๒. นายแพทย์รัฐภูมิ | ชามซุนท | กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |
| ๓. ดร.อัมราภรณ์ | ภูระงษ์ | กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๕


(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ สุทธิพันธ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๑๓๖/๒๕๖๖

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๖๑๘ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”
ภาษาอังกฤษ “EFFECT OF SELF – MANAGEMENT PROGRAM ON SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS, VIRAL LOAD AND CD4 AMONG HIV – INFECTED PERSONS”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 291/2023
IRB No. P3-0069/2566



AF 12/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 5296

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้ร่วมวิจัย : นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบคณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานสรุปผลการวิจัยหากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application (Intervention Study) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
2. IF 02 Conflict of interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กรกฎาคม 2566
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่ม Try out ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 กันยายน 2566
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
5. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
6. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
7. IF 05 CV Principal Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กรกฎาคม 2566
8. IF 05 CV Co-Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กรกฎาคม 2566
9. IF 05 CV Assistant Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 กรกฎาคม 2566
10. IF 06 Budget เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
11. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2566
12. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 กันยายน 2566
13. แบบคัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 กันยายน 2566
14. ตารางการนัดหมายการทำวิจัย (ตัวอย่าง) เวอร์ชัน-1.0 วันที่ 06 กันยายน 2566
15. สตรีปการสนทนาทางโทรศัพท์กับอาสาสมัคร เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 06 กันยายน 2566

ลงนาม 
(นายแพทย์สมบุรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

วันที่รับรอง : 25 กันยายน 2566

วันหมดอายุ : 25 กันยายน 2567


ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย **จริงรายแรก**ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

โรงพยาบาลพรหมพิราม
เลขรับ 2189
วันที่ 21 ธ.ค. 2566
เวลา 09:05



ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๓๐๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....1.....ฉบับ

ด้วย นายภานุพงศ์ จันทโรจน์ รหัสประจำตัว ๖๔๐๖๑๖๑๘ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

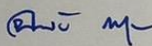
ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดทราบ
- มอบ ท่านไปรษณีย์



เพื่อดำเนินการต่อไป

สุดใจ
21 ธ.ค. 66

(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย นาอุดม)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
- ห้องอยู่เก็บข้อมูล, งานประกันคุณภาพ
- แจ้งดูผลการตอบกลับ (จาก ผอ. ก) ทาง
+ อีเมลกลับ
๗-๓๓ ๖.๐๐

(นายประเชษฐ์ ทองจันทร์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายทศสิทธิ์ รัชชชอง)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม
พ.บ. ต.11/พ.บ. ๑/๗

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย
โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๘
โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นายภานุพงศ์ จันทโรจน์
โทร ๐๘๗ - ๓๕๗๗๖๖๓

นางรวงศมา บุณา
พ.บ. ๑/๗
หัวหน้ากลุ่มงานประกันคุณภาพ



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยสุรินทร์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ภาณุพงศ์ จันทโรจน์
วัน เดือน ปี เกิด	8 พฤษภาคม 2539
ที่อยู่ปัจจุบัน	479 หมู่ 1 ตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 65150
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 65150
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ประสบการณ์การทำงาน	โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 65150
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2562 พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

