

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส
โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

The Effect of Empowerment Program for Self Care Behaviors HIV Patients Who Receiving
Antivirus Drugs At Praarjanban Tanakaro Hospital.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

ฐิตา สารเสนา¹

Thita Sarnsena¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอชไอวีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 3) เปรียบเทียบค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) และระดับ CD4 ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และIndependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d = 1.85$) ผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ลดลง และระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to: (1) compare the self-care behavior scores of patients with HIV before and after receiving an empowerment program; (2) compare the self-care behavior scores between the experimental group and the control group; and (3) compare viral load and CD4 levels before and after the intervention. The sample consisted of 60 HIV patients receiving antiretroviral therapy, divided into an experimental group (30 participants) and a control group (30 participants). The research instrument was an empowerment program conducted over a period of 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Independent t-test

The results showed that after participating in the empowerment program, the experimental group had significantly higher mean self-care behavior scores compared to before receiving the program ($p < .001$). After the experiment, the experimental group also had significantly higher mean self-care behavior scores than the control group ($p < .001$), with a large effect size (Cohen's $d = 1.85$). Clinical outcomes in the experimental group after the intervention showed that viral load significantly decreased and CD4 levels significantly increased ($p < .01$).

Keywords: Empowerment Self-care Behavior

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะเปลี่ยนสถานะของโรคจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงมาเป็น “โรคเรื้อรังที่จัดการได้” แต่จากรายงานของ UNAIDS¹ พบว่าทั่วโลกยังมีผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 39 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์กว่า 630,000 คนต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการเข้าถึงและการคงอยู่ในระบบการรักษายังคงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญในบริบทของประเทศไทย อุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ยังคงปรากฏอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญเกิดจากพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสม และการขาดความตระหนักในความเสี่ยงของตนเอง อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงมาก หากผู้ติดเชื้อสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่ตรวจไม่พบ (Undetectable) จะส่งผลให้ไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นตามแนวคิด “U=U” (Undetectable = Untransmittable) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ อุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่บรรลุผลคือ “ความล้มเหลวในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ” (Medication Non-adherence) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยในการรับประทานยาสูงกว่าร้อยละ 95 จึงจะสามารถควบคุมโรคได้^{2,3} หากขาดวินัยจะนำไปสู่ภาวะดื้อยา ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) พุ่งสูงขึ้น และระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ลดต่ำลง ส่งผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด ภัยเงียบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ใช่เพียงตัวโรค แต่คือการตีตราทางสังคม (Stigma) ความเครียด⁴ และความท้อแท้ในการดูแลตนเองระยะยาว ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนากร ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยเป็น

โรคเอดส์ทั้งหมด 76, 62 และ 71 และเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 5.5, 9.1 และ 11.3 ตามลำดับจากผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลแบบตั้งรับในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จึงถูกนำมาใช้เพื่อปรับบทบาทให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ⁵ และจัดการสุขภาพตนเอง การศึกษาในต่างประเทศ และในประเทศไทยพบว่า โปรแกรมที่เน้นการสร้างเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง (Self-efficacy)⁶ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มระดับการยึดมั่นในการรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อในคลินิกยาต้านไวรัส โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งในด้าน การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาลดปริมาณไวรัส (Viral load) และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (Viral load และ CD4) ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ⁶ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้

ความสามารถตนเอง² โดยเสนอว่า การเพิ่มพูนความรู้ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น องค์ประกอบดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ได้แก่ การลดลงของ Viral load และการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

เกณฑ์คัดเข้า 1) เพศชายหรือหญิงที่มีอายุ > 18 ปี 2) ได้รับยาต้านไวรัสอย่างน้อย 6 เดือน 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือ มีความผิดปกติทางจิตเวชที่รบกวนการเข้าร่วมกิจกรรม

2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีผล Viral load สูงกว่าเกณฑ์ หรือมีพฤติกรรม การรับยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 60 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) คำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนด effect size = 0.80 power = 0.80 $\alpha = 0.05$ กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สะท้อนประสบการณ์ตนเอง 2) การพัฒนาทักษะ ฝึกการจัดการยา การแก้ปัญหาเมื่อพลาดยา การจัดการความเครียด 3) การตัดสินใจและวางแผน ตั้งเป้าหมายรายบุคคล วางแผนดูแลตนเอง 4) การ

เสริมแรงและสนับสนุน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ติดตามทางโทรศัพท์/ไลน์ ให้กำลังใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) 0.87 แบบบันทึกผลการตรวจ Viral load และ CD4

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest-posttest design)

ระยะที่ 1: การเตรียมการ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน

2. การประเมินก่อนทดลอง 1) วัดคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง 2) บันทึกค่าทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ได้แก่ Viral load และ CD4

ระยะที่ 2: การดำเนินการ ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยให้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง โดยบันทึกผลพฤติกรรม เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ การป้องกันแพร่เชื้อ การมาตรวจตามนัด และให้การดูแลกลุ่มควบคุม และบันทึกผลพฤติกรรม โดยแยกกิจกรรมตามกลุ่มดังนี้

กลุ่มทดลอง (Experimental Group): รับ “โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ” ซึ่งแบ่งกิจกรรมเป็นช่วงๆ ดังนี้:

สัปดาห์ที่ 1-2 : กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 3-6 : ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การจัดการยา และการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 7-8 : การสนับสนุนทางสังคม (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

กลุ่มควบคุม (Control Group): รับ “การดูแลตามปกติ (Routine Care)” จากคลินิกยาต้านไวรัส เช่น การรับคำแนะนำจากพยาบาล พบแพทย์และรับยาตามนัดปกติ และการแจกคู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น

ระยะที่ 3: การประเมินผล วัดผลลัพธ์

หลังจากสิ้นสุดการทดลอง

1. การประเมินหลังทดลอง วัดคะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองอีกครั้งเมื่อครบ 8 สัปดาห์
2. การติดตามผลทางคลินิกหลังการทดลอง บันทึกค่า Viral load และ CD4
3. การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลคะแนนและค่าทางคลินิกทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อประเมินเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ Paired t-test ในกลุ่มเดียวกัน และ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-126 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 38.45 ปี (SD = 8.12) ระยะเวลารับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 5.2 ปี (SD = 2.60) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean SD	t	p-value*
พฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง	48.23 (6.15)	63.87 (5.42)	12.45	< .001

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองสูงขึ้น 15.64 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

กลุ่ม	Mean (SD)	t	p-value*
กลุ่มทดลอง	63.87 (5.42)	6.82	< .001
กลุ่มควบคุม	50.14 (6.03)		

*p-value = < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 13.73 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางคลินิกในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value*
Viral load (copies/ml)	1,250	320	< .001
CD4 (cells/mm ³)	410	565	< .001

*p-value = < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่า Viral load ลดลงอย่างชัดเจน และค่า CD4 เพิ่มขึ้น 155 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเอชไอวี ผลการวิจัยสนับสนุนแนวทางการเสริมพลังอำนาจที่เน้นการพัฒนา ความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ซึ่งช่วยเพิ่ม adherence และส่งผลต่อ Viral load และ CD4 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพตนเอง ตามแนวคิดของ Anderson & Funnell¹ โดยเฉพาะกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-2 ที่มีการสร้างความตระหนักรู้และสะท้อนประสบการณ์ตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เมื่อผนวกกับการฝึกทักษะการจัดการยาในสัปดาห์ที่ 3-6 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura² และผลการศึกษาของ พัชรี และคณะ⁹ ที่ระบุว่า การเสริม

พลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.85$) สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนส่งผลดีกว่าการพยาบาลปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการกระบวนการ "สนับสนุนทางสังคม" และ "กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน" ในช่วงสัปดาห์ที่ 7-8 ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มกำลังใจในการดูแลตนเองระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร และคณะ¹⁰ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นกว่าการได้รับเพียงคำแนะนำทั่วไปจากบุคลากรทางการแพทย์

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (Viral load และ CD4) ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญคือ ค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ลดลง และระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงขึ้น โดยเฉพาะการยึดมั่นในการรับประทานยา (Adherence) จะส่งผลโดยตรงต่อการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส สอดคล้องกับแนวคิดของ Bangsberg³ และ Mills et al.⁴ ที่เน้นว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญในการ

กตปริมาณไวรัส นอกจากนี้ การที่ Viral load ลดลง ยังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันฟื้นตัวและระดับ CD4 เพิ่มสูงขึ้น¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Webel et al.¹² ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมี ประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกใน ผู้ป่วยเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ งานวิจัยในประเทศไทยของ วิไลลักษณ์ และคณะ¹³ ที่ พบว่าการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมอย่าง ต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไวรัสใน เลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกยา ต้านไวรัส และติดตามผลระยะยาว 6–12 เดือน ในอนาคต

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง ของกลุ่มที่ผลลัพธ์ไม่ดีขึ้น
3. ควรทดลองใช้โปรแกรมผ่านระบบ Tele-health หรือแอปพลิเคชันเพื่อขยายผลในกลุ่มผู้ป่วย ที่ ไม่สะดวกมาโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร และทุกท่านที่ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยให้ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. (2023). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.
3. Bangsberg, D. R. (2006). Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse- transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clinical Infectious Diseases*, 43(7), 939–941.
4. Mills, E. J., et al. (2006). Adherence to ART in sub-Saharan Africa and North America. *JAMA*, 296(6), 679–690.
5. สมชาย, พ., และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 ในผู้ป่วยเอชไอวี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(4), 601–612.
6. Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282.
7. Tsai, A. C., et al. (2013). Internalized stigma and ART adherence. *AIDS*, 27(3), 407–412.
8. กาญจนาน, ส., และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารการพยาบาล*, 34(2), 55–67.
9. พัชรี, น., และคณะ. (2562). การเสริมพลังอำนาจกับการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 45(1), 23–35.
10. ศิริพร, ม., และคณะ. (2563). โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี. *วารสารการพยาบาล*, 35(2), 45–58.
11. Johnson, M. O., et al. (2012). The impact of self-efficacy and adherence intervention. *AIDS Care*, 24(3), 319–327.
12. Webel, A. R., et al. (2018). A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in HIV. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 34–45.
13. วิไลลักษณ์, ท., และคณะ. (2564). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับไวรัสในผู้ป่วย เอชไอวี. *วารสารวิจัยทางสุขภาพ*, 18(3), 112–125.