

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Effects of a Protection Motivation Theory Program on Antiretroviral Medication
Adherence Among HIV Patients Who Missed Appointments
at Detudom Crown Prince Hospital

ปณัฏฐ์รัก เฟื่องโพธิ์ทอง*

Pancharak Fuangphothong*

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี *

Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province*

(Received: December 31, 2024; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยการทดลองกลุ่มเดียวครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงเพื่อเพิ่มแรงจูงใจการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์ในรอบ 1 ปี จำนวน 42 คน ได้มาโดยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เข้าร่วมทำกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อน-หลังด้วยแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาจำนวน 4 ด้าน โดยสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากนั้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 นัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้งและในสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลโปรแกรมจากแบบสอบถามเดิม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานด้วยวิธี Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี หลังทดลอง (ร้อยละ 90.48) สูงกว่าก่อนทดลอง (ร้อยละ 28.57) และแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีภาพรวมหลังทดลอง ($M=2.29$, $SD=0.23$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=1.59$, $SD=0.33$) และพบว่าการรับรู้ผลลัพธ์ในปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื้อยาสูงที่สุดคือ หลังทดลอง ($M=2.33$, $SD=0.26$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=1.57$, $SD=0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สรุปได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษาได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยขาดนัดการรักษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pancharak2519@gmail.com เบอร์โทร: 099-142-4928)

Abstract

This single-group experimental research aimed to investigate the effects of a Protection Motivation Theory program on antiretroviral medication adherence and motivation among HIV patients who missed appointments. The samples consisted of 42 HIV patients who had missed appointments for more than one week in the past year, selected by purposive sampling. Participants engaged in activities on two occasions, 4 weeks apart. Data were collected before and after the intervention using questionnaires measuring antiretroviral medication adherence and motivation to take HIV antiretroviral medications for preventing drug resistance, measured across 4 dimensions. In week 1, questionnaire data were collected before patients participated in the program. In week 4, patients participated in the program again, and in week 8, the program was evaluated using the same questionnaires. Statistics used for analysis included mean, standard deviation, and hypothesis testing using Paired Sample t-test.

The results showed that the proportion of consistent antiretroviral medication adherence after the experiment (90.48%) was higher than before the experiment (28.57%). Overall motivation to take HIV antiretroviral medication after the experiment ($M=2.29$, $SD=0.23$) was higher than before the experiment ($M=1.59$, $SD=0.33$). The highest improvement was in the perception of outcomes from practices to prevent drug resistance: after the experiment ($M=2.33$, $SD=0.26$) compared to before the experiment ($M=1.57$, $SD=0.33$), with statistical significance ($p<0.05$). In conclusion, the application of Protection Motivation Theory can promote consistency in taking antiretroviral medications and increase motivation to take antiretroviral medications among HIV patients who missed appointments.

Keywords: Protection Motivation Theory Program, HIV Antiretroviral Medication Adherence, HIV Patient, Patients Missing Appointments

บทนำ

โรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติในหลายด้าน รวมทั้งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านบุคลากร สถานที่และงบประมาณ การรักษาพยาบาล สถานการณ์ในปัจจุบันประชากรที่ติดเชื้อ HIV อยู่ประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก (HIV.gov, 2024) สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี 2565 คาดการณ์ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีชีวิต 560,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133คน ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 110,000คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน ช่องทางการติดเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายรักชาย 6,313 คน(68%) คู่ผลเลือดต่าง 1,798 คน (19%) คู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส 694คน(7%) ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาไม่สะอาดร่วมกัน 348คน(4%) เพศสัมพันธ์ชื้อขายบริการ 116คน (สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาระยะยาว เพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวี ในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด และนานที่สุดซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น มีจำนวน ซีดีโฟร์ เพิ่มขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ ในการรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี ให้ต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการดื้อยานั้น ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ถูกต้อง (ทั้งแง่กฎวิธี ครบทุกเม็ด และทุกมื้อตรงเวลา) และรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (Good Adherence) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาจะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้ น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทาน ตามแผนการรักษา ก็จะทำให้ยาต้านไวรัส ที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงได้ต่ำในระดับที่ต้องการผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ “ดังนั้น ความถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอเนื่องการรับประทานยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะยาว” (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ,2566)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (อ้างถึงในจริยา ปันตวงกูร, 2557) เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงภัยคุกคามหรือการป้องกันตนเองจากอันตรายหรือจากโรคภัยไข้เจ็บใดๆนั้น บุคคลจะต้องเกิดการรับรู้และมีความเชื่อใน 4 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม(Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Preceive probability) การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (Response Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) แรงจูงใจ (Motivation) คือ สิ่งซึ่งควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ อันเกิดจากความต้องการ (Needs) พลังกดดัน (Drives) หรือ ความปรารถนา (Desires) ที่จะพยายามดิ้นรนเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจจะเกิดมาตามธรรมชาติหรือจากการเรียนรู้ก็ได้ แรงจูงใจเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ เอง ภายใน ได้แก่ ความรู้สึกต้องการ หรือขาดอะไรบางอย่าง จึงเป็นพลังชักจูง หรือกระตุ้นให้มนุษย์ประกอบกิจกรรมเพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหรือต้องการนั้น ส่วนภายนอกได้แก่ สิ่งใดก็ตามที่มาเร้าเร้า นำช่องทาง และมาเสริมสร้างความปรารถนาในการประกอบกิจกรรมในตัวมนุษย์ ซึ่งแรงจูงใจนี้อาจเกิดจากสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก แต่เพียงอย่างเดียว หรือทั้งสองอย่างพร้อมกันได้ อาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งเกิดจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งความต้องการเป็นสิ่งเร้าภายในที่สำคัญกับการเกิดพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าอื่น ๆ เช่น การยอมรับของสังคม สภาพบรรยากาศที่เป็นมิตร การบังคับขู่เข็ญ การให้รางวัลหรือกำลังใจหรือการทำให้เกิดความพอใจ ล้วนเป็นเหตุจูงใจให้เกิดแรงจูงใจได้ ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ในพฤติกรรม และความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 350 เตียง มีการให้บริการคลินิกโรคติดต่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัส ในปี 2565-2567 ยอดสะสมจำนวน 620, 650และ 688คน ตามลำดับจะเห็นว่าเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลภาพรวมในคลินิกพบ มีผู้ป่วยที่ขาดนัด/ไม่มาตามนัด ในปี 2565-2567 จำนวน 65 คน , 53คน และ 42 คน (คิดเป็นร้อยละ10.48 8.15 และ 6.10) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ขาดนัด/ไม่มาตามนัด ยังมีอยู่ ซึ่ง

เป้าหมายคือให้อัตราคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องที่ร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือการหยุดยา ยังคงอยู่และส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเสียชีวิตและดื้อยาได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงให้กับผู้ป่วยในระบบรักษา ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยยังขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอตรงเวลาและครบจำนวนเม็ดยา จากแบบติดตามการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาซึ่งพบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการโดยภาพรวมน้อยกว่าร้อยละ 95 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การมีท่าทางที่พร้อมให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดี และเต็มใจในการชี้แนะ แนะนำ รวมทั้งคอยกระตุ้น และให้กำลังใจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และเชื่อถือ วางใจ เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเอชไอวีรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (กัญญา พฤษสิข, 2564)

จากปัญหาการขาดนัดในผู้ป่วยทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Roger, 1983) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี ทั้งด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจติดตามนัด และด้านส่งเสริมสุขภาพทั่วไป แนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเอชไอวีรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนัก เกิดความกลัว ในการดื้อยา ในการรักษาที่ล้มเหลว แล้วจะก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส และร่างกายที่ทรุดโทรมตามมา เพื่อสร้างการรับรู้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับยาที่สม่ำเสมอ รวมทั้งการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ การให้คำปรึกษาเพื่อแนะนำและส่งเสริมความมั่นใจในการที่จะสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีของตนเองได้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความสม่ำเสมอ ครบถ้วนทั้งในเรื่องการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ตรงเวลาและครบจำนวนเม็ดในระยะเวลา ทั้งนี้ผลวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ขยายผลในผู้ป่วยเอชไอวีที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ให้สามารถรับยาประทานยาที่สม่ำเสมอมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว สุขภาพแข็งแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป ยิ่งกว่านั้นจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนในการบริการของระบบสาธารณสุขในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีและเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

ค่าสัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ป่วยเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา หลังการได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

1. สร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการติดยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรค
2. สร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการรับประทายาสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดยาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สม่ำเสมอและตรงเวลาและข้อเสียของการไม่รับประทายาหรือรับประทายาไม่สม่ำเสมอ นำเสนอบุคคลต้นแบบทั้งด้านบวกและลบ
3. สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะรับประทายาได้อย่างสม่ำเสมอโดยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ตัวแปรตาม

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี
2. แรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยา
 - ด้านการรับรู้ความรุนแรง
 - ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค
 - ด้านการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว
 - ด้านการรับรู้ความสามารถของ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบ รูปแบบ One Group Pretest Posttest Design เพื่อศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเปรียบเทียบสัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อน และหลังเข้ารับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้วิจัยทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2567 เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์ในรอบ 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมา ตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป
2. มีประวัติขาดนัดการรักษา เกินกว่า 1 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปี
3. ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์/ไม่เป็นมารดาหลังคลอด
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด ไม่มีความผิดปกติทางจิตโดยได้รับวินิจฉัยจากแพทย์
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในครั้งที่ 1 และ 8 มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินการรับประทานยาโดยวิธีนับเม็ดยา ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยวิธีการนับเม็ดยา และคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตามสูตร (ประพันธ์ ภานุภาค, 2553)

$$\% \text{Adherence} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}}$$

ระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในช่วงร้อยละ 0-100 การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson (2000) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า Adherence $\geq 95\%$ ส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า Adherence $< 95\%$

แบบประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดทัศนคติ โดยประยุกต์ระดับคะแนนมาจาก Likert 's scale อ้างถึงในสุกัญญา คำพา (2555 : 66) ซึ่งมีมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 5 ระดับ โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นฐานของผู้ป่วยเอชไอวี คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน

ผลคะแนนของการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อยู่ในช่วง 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best ,1977 อ้างถึงในสุกัญญา คำพา (2555) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนน}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ข้อคำถามด้านแรงจูงใจของผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้ค่า IOC 0.97 ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขอตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยจากโรงพยาบาลถึงผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งหนังสือภายในเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมขออนุญาตใช้พื้นที่วิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรม พร้อมดำเนินการตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด
2. กิจกรรมการให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรค ยาต้านไวรัสเอชไอวี ภูมิคุ้มกันโรคและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงความรุนแรงของการกินยาไม่ต่อเนื่องจะก่อให้เกิดการดื้อยาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เสริมแรงให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการดื้อยา โดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรงในการดื้อยา (กระบวนการให้ความรู้)
3. จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อวิเคราะห์และสะท้อนปัญหา (กระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ Threat Appraisal มีการรับรู้ 2 ลักษณะคือการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยา)

3.1 มีการประเมินตนเองโดยการประเมินตนเองจากประเด็น ปัญหาที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ประเมินด้านการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดย

- แจ้งผลการรักษาที่ผ่านมา นำเสนอสถานการณ์ของโรคเกี่ยวกับการดื้อยา โรคฉวยโอกาสที่พบในผู้ป่วยที่มีการรักษาที่ล้มเหลว

- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากกลุ่มและผู้วิจัยร่วมกับหาแนวทางและประเด็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่ม

3.2 การประเมินตนเองโดย การเข้ากระบวนการกลุ่ม (การประเมินการเผชิญปัญหา Coping Response มีการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการรับประทายยา)

มีการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำและความคาดหวังในความสามารถของตนเองโดยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าตนเองสามารถทำได้ สามารถดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ เรื่องการรับประทายยาได้ แม้จะมีอุปสรรค และทุกอย่างสามารถแก้ไขให้เกิดความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของเราได้ โดยกระบวนการสะท้อนปัญหาร่วมกันเพื่อช่วยกันในการแก้ไขอุปสรรคจากการรับประทายยาและในการหลีกเลี่ยงอันตรายจากการรับประทายยาไม่สม่ำเสมอ โดยกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการรับรู้ประโยชน์ โทษ ความรุนแรงและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์

3.3 นำเสนอบุคคลต้นแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ (กิจกรรมการสร้างความรู้)

โดยด้านบวกคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีสุขภาพที่แข็งแรง และด้านลบคือผู้ป่วยที่มีสุขภาพอ่อนแอมีภาวะแทรกซ้อน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการรับประทายยา และการดูแลตนเองเพื่อเป็นข้อมูล และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเอชไอวี และเพิ่มความตระหนักรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4. เกสเซอร์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้จากการรับประทายยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

5. เกสเซอร์ทำการทบทวนการส่งใช้ยา จัดเตรียมยาเป็นชุดให้แก่ผู้ป่วย กรณีได้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า 1 ตัว ทบทวน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 4 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อติดตามผลการดำเนินงานและนำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยมีรูปแบบกิจกรรมดังนี้ (กระบวนการเสริมเพื่อเพิ่มความตระหนักและเกิดความยั่งยืน)

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้ตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนวิเคราะห์ตนเองและสรุปปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาอีกครั้งและค้นหาคุณลักษณะของตนเอง ข้อดีและข้อเสียของตนเอง ที่จะปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ รวมถึงปัญหาและสาเหตุของการรับประทายยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 2 ให้คำปรึกษารายกลุ่มย่อย ในรายที่มีปัญหา อีกครั้งเพื่อช่วยกันค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความมั่นใจในการรับประทายยาและการดูแลตนเอง โดยให้เพื่อนในกลุ่มเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันและมีการสร้างพันธสัญญาทางใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการคงไว้ซึ่งการรับประทายยาที่สม่ำเสมอ และการดูแลตนเอง โดยเป็นสักขีพยานซึ่งกันและกัน พร้อมให้เพื่อนในกลุ่มคอยกระตุ้นเตือนกันในการรับประทายยาและมาตรวจติดตามนัด

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามเดิมในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อประเมินแรงจูงใจในการรับประทายยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยการนับเม็ดยา

3. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้ Pair sample t-test วิเคราะห์สัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติ McNemar test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างดี โดยเคารพในสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำเอกสารการให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยและได้อธิบายขั้นตอนในการวิจัยและการเข้าร่วมการวิจัย โดยการขอความยินยอมจากผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ก่อนทำการเก็บข้อมูลหรือแบบสอบถามทั้งด้วยวาจา และเอกสาร รวมทั้งการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทราบการเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ การใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงเป็นรหัสเฉพาะและยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ SSJ.UB 2567-191 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ถึง 3 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.90) มีอายุ เฉลี่ย 40.83 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.40) อาชีพปัจจุบัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 61.90) ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 19.14 เดือน ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบันเฉลี่ย 133.52 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร สูตรยาที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสูตร 1) TLD (Tenofovir300/lamivudine300/emtricitabine200) 2) Dolutegravir(50) + Lamivudine(150) + Rilpivirine(25) 3) Abacavir(300) + lamivudine(150) + Dolutegravir(50) 4) Lamivudine(150)+Abacavir(300)+KALETRA (ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขาดนัดการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=42)
	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	26 (61.90)
หญิง	16 (38.10)
อายุ (ปี)	
25-35	7 (16.67)
36-46	22 (52.38)
47-57	13 (30.95)
Mean $\pm$ S.D.	40.83 $\pm$ 7.12
สถานภาพสมรส	
โสด	17 (40.50)
คู่	18 (42.90)
หย่า/แยก	7 (16.70)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	26 (61.90)
มัธยมศึกษาตอนต้น	10 (23.80)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (14.30)
อาชีพปัจจุบัน	7 (16.70)
รับจ้าง	5 (11.90)
รับจ้าง	4 (9.50)
แม่บ้าน	26 (61.90)
ค้าขาย	
เกษตรกรรม	34 (81.00)
สิทธิในการรักษาพยาบาล	5 (11.90)
บัตรทอง 30 บาท	3 (7.10)
ประกันสังคม	
เบิกได้	

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดนัดการรักษา
ก่อนการเข้าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=42) จำนวน (ร้อยละ)
สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน	
3TC(150)+ABC(300)+KALETRA	2 (4.76)
TENO M+RILPIVARINE+KALETRA	2 (4.76)
TENO M+RILPIVARINE	2 (4.76)
ABC(300)+3TC(150)+DTG(50)	4 (9.52)
DTG(50)+3TC(150)+ RILPIVARINE	5 (11.91)
AZT(300)+TDF(300)+ KALETRA	1 (2.39)
สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน	
3TC(150)+ABC(300)+ KALETRA	4 (9.52)
TLD(300/300/50)	18 (42.86)
TAF-LD(25/300/50)	2 (4.76)
TEEVIR (300/300/600)	2 (4.76)
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน)	
10 – 15	11(26.19)
16 – 21	19(45.24)
22 – 27	8(19.05)
28 – 33	3(7.14)
34 – 39	1(2.38)
Mean ± S.D.	19.14 ± 5.60
ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบัน (cell/mm ³)	
<100	22(52.38)
101 – 200	9(21.43)
201 – 300	11(26.19)
Mean ± S.D.	133.52 ± 88.89

2. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

ในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับต่ำ (<95%) คิดเป็น ร้อยละ 71.43 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับสูง (≥95%) คิดเป็นร้อยละ 90.43 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อน-หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	กลุ่มทดลอง		χ^2	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับสูง (≥95%)	12 (28.57)	38 (90.48)	24.04	<0.001*
ระดับต่ำ (<95%)	30 (71.43)	4 (9.52)		

หมายเหตุ : วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวมเท่ากับ 1.59 คะแนน (ระดับต่ำ) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวมเท่ากับ 2.29 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแรงจูงใจรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (3) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (4) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

แรงจูงใจ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	S.D	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
แรงจูงใจในภาพรวม	1.59	0.33	ต่ำ	2.29	0.23	ปานกลาง	-19.81	<0.001*
แรงจูงใจรายด้าน								
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	1.61	0.35	ต่ำ	2.32	0.28	ปานกลาง	-17.80	<0.001*
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค	1.59	0.37	ต่ำ	2.23	0.29	ปานกลาง	-14.58	<0.001*
ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว	1.57	0.33	ต่ำ	2.33	0.26	ปานกลาง	-17.95	<0.001*
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.60	0.33	ต่ำ	2.27	0.26	ปานกลาง	-14.80	<0.001*

หมายเหตุ : วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาจะเห็นว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการติดยา พบว่า สัดส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี และแรงจูงใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดยาสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ศศธร ศรีคำ และคณะ, 2567) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger, 1983) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์และความรุนแรงของการติดยา การเกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาตัวจากกความรุนแรงที่เกิดจากการรับประทายาไม่สม่ำเสมอ และไม่มาตรวจติดตามเพื่อรับการรักษา เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ร่วมกับการให้เพื่อช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนกันในกลุ่มเพื่อการรับประทายา และมาตรวจติดตามการรักษา โดย กลุ่มเพื่อนทานตะวัน ซึ่งเป็นกลุ่มเพื่อนช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยแรงจูงใจในการป้องกันโรคนั้น จะทำให้ได้ผลดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง ซึ่งสอดคล้อง MacKay (1992) ที่กล่าวว่า การใช้สื่อในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จะทำให้เกิดความกลัว ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ อีกทั้งการสร้างเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของการรักษาที่สม่ำเสมอ ผลเสียของการไม่รับการรักษาที่สม่ำเสมอ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และการนำเสนอต้นแบบด้านบวก ช่วยทำให้รับรู้

ว่าตนเองก็สามารถที่จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีและการดื้อยา ลดการพัฒนาการเข้าสู่ภาวะเอดส์ และโรคฉวยโอกาสได้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาที่ตรงเวลา ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการรับประทานยาและมาตรวจติดตามนัด โดยผู้วิจัยจะให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชย ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีพบว่าหลังการทดลอง ด้านแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาของผู้ป่วยเอชไอวี พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาในภาพรวมเท่ากับ 1.59 คะแนน (ระดับต่ำ) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาในภาพรวมเท่ากับ 2.29 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาในภาพรวม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแรงจูงใจรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (3) ด้านการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตัว (4) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัยพบว่าการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื้อยามีคะแนนสูงที่สุดคือ หลังทดลอง ($M = 2.33$, $SD = 0.26$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 1.57$, $SD = 0.33$) จะเห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการดื้อยา ทั้งในเรื่องของการรับประทานยาที่ตรงเวลาและสม่ำเสมอสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ชาตวันคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ (ชัยฤติ ตีระลา และคณะ, 2667) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มเดียว จำนวนผู้ป่วย 30 คน ใช้โปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองภาพรวมและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ด้านปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการดูแลป้องกันผลข้างเคียงและด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ พนมกร ชาญเวช และรุจิรา ดวงสงค์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และความเคร่งครัดในการรับประทานยา มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการป้องกันโรคสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวและร่วมมือในการรักษาและทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลการใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ให้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดนัดตรวจติดตาม และผู้ป่วยรายใหม่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฉวยโอกาสที่ถูกต้อง รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี อันนำไปสู่การมาตรวจติดตามนัด
2. นำโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจติดตามนัด ไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป เพื่อศึกษาผลทางคลินิกอื่นๆ เช่น ระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการทำงานของตับและไต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญา พงษ์สืบ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารโรคเอดส์*, 33, 139-150.
- รียา ปิ่นทวัฏกุล. (2557). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่2). วิทยาการพิมพ์: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชัยกฤติ ดิวะลา และพิภูจิธนา บุญชู. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ. *ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2567, จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=242>
- นัชฎาพร นันทะจันทร์, นางเยาว์ เกตุภีบาล และนงศ์คราญ วิเศษกุล. (2558). ผลของการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลสาร*, 42(3), 72-83.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย
- พนมกร ชาญเวช และรุจิรา ดวงสงค์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาด้าน ไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 6,(1), 21-39
- ศศธร ศรีคำ, ดวงมล ปิ่นฉลิย และทิพย์คำพร เกษโกมล. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ในผู้ป่วยรายใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 7(1), 33-49.

สุกัญญา คำผา. (2555). การบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุตชุม จังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. คณะเภสัชศาสตร์.

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2566). *คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน
2567, จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>. HIV.gov. (2024). *Global HIV/AIDS
Overview*. Retrived September 10, 2024 from [https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-
global-aids/global-hiv-aids-overview](https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/global-hiv-aids-overview).

Mackay, Bruce Campbell. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects
of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms*. New Mexici State University.

Paterson DL, Swindells S, Mohr J. (2000). *Adherence to proteasinhbitor therapy and
outcomes In patients with HIV infection*. Retrived September 7, 2024 from
[https://www.acpjjournal.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-134-7-200104030-
0020?journalCode=aim](https://www.acpjjournal.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-134-7-200104030-0020?journalCode=aim). Roger, R. W. A (1983). *Protection Motivation Theory*. Health Education
Research Theory and Practice. The Journal of Psychology, 9(11), 93-114.