

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทายต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่อง และสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

พนมกร ชาญเวช⁽¹⁾ และรุจิรา ดวงสงค์⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 25 มิถุนายน 2555
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์ : 20 สิงหาคม 2555

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ : นักศึกษาระดับปริญญาตรี
สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(E-mail address: yingtom_07@hotmail.com)
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพชุมชน คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทายต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่ม ตัวแบบบุคคล แจกคู่มือการดูแลสุขภาพและเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และความเคร่งครัดในการรับประทาย มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001(95%CI=2.13-3.92, 3.41-4.96, 3.92-5.63, 2.03-3.28, 2.51-3.86, 2.39-3.35, 2.31-3.49, 2.08-4.44, 8.78-14.40 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ยาทันไวรัสเอชไอวี, แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค, การสนับสนุนทางสังคม

Original Article

Effects of Behavioral Modification Program for Taking Antiretroviral Drugs Adherence among HIV Infected Young Patients Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

Panomgorn Chanvech⁽¹⁾ and Rujira Duangsong⁽²⁾

Received Date : June 25, 2012
Accepted Date : August 20, 2012

⁽¹⁾ Corresponding author : Master
student of Faculty of Public Health,
Khon Kaen University
(E-mail address:
yingtom_07@hotmail.com)

⁽²⁾ Assistant Professor, Department of
Health Education, Faculty of Public
Health, Khon Kaen University

Abstract

This study used a quasi-experimental design to assess the effectiveness of a 10-week health education program which was applied by protection motivation theory and social support for implementation. The program was designed to enhance adherence to prescribed antiretroviral drug regimens among young HIV patients at Khon Kaen Hospital. The participants were 64 patients, who were divided into an experimental group and a comparative group, each group with 32 subjects. The experimental group attended a health education program which included lectures, group discussions, modeling, provision of a handbook and home visits. Questionnaires were used to collect data, which were analyzed using descriptive statistics such as frequencies, percentages, means and standard deviations. Paired and independent t-tests were used for comparing group means, and statistical significance was set at $p < 0.05$. At the end of education program, the experimental group showed statistically significant improvements in the mean scores for knowledge about AIDS, perceived severity of failing to take drugs regularly, perceived susceptibility to not taking antiretroviral drugs regularly, self-efficacy expectancy about adherence to taking antiretroviral drugs, response efficacy of adherence to taking antiretroviral drugs, level of social support, intention to take antiretroviral drugs, and self-reported practice in adherence to taking antiretroviral drugs. In addition, the mean scores on all these outcome variables for the experimental group at posttest were significantly better than those for the comparison group at $p < 0.001$.

Keyword: Antiretroviral Drugs, Protection Motivation Theory,
Social Support Theory

บทนำ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ปัจจุบันมีเด็กที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 2.5 ล้านคน (United Nations AIDS [UNAIDS] and World Health Organization [WHO], 2011) มีจำนวนผู้ป่วยเด็กในสัดส่วนประมาณร้อยละ 3.3 ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมด (สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและแข็งแรงมากขึ้น ดังนั้นยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงนับว่าเป็นหัวใจสำคัญในการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (กรมควบคุมโรค, 2550) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขอนแก่นมีปัญหาที่พบบ่อยก็คือ มีความไม่เคร่งครัดในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence<95%) ร้อยละ 56 ส่งผลให้การรักษากการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ผล (คลินิกโรคติดเชื้อเด็กโรงพยาบาลขอนแก่น, 2554) จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมิแนวคิดที่ว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นผลจากการประเมินการคุกคามของโรค คือตนเองเชื่อว่าสามารถป้องกันโรคและผลของการปฏิบัติของตนสามารถป้องกันโรคได้ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมป้องกันโรค (Roger,1983) และจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีว่า การดูแลด้วยความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้รับการสนับสนุนเห็นคุณค่าของสนับสนุน (House, 2004) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย การสร้างการประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ และการสร้างการประเมินเผชิญปัญหา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการรับประทานยา นอกจากนี้ใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนให้เด็กติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ติดเชื้อเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ได้รับการรักษาตาม National Guideline on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment: Thailand 2010 คลินิกโรคติดเชื้อเด็ก โรงพยาบาลขอนแก่นในกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลชัยภูมิในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มีระดับ Adherence<95% รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนาน 2 ปีขึ้นไป อายุระหว่าง 10-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดกุล, 2547)

$$n / group = \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดให้

z_{α} = กำหนดช่วงเชื่อมั่น 95%

z_{β} = กำหนดอำนาจในการทดสอบ=90%

μ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลองหลังการทดลอง=1.54

μ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง=1.31

σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance)

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากรที่ดี และมีการนำผู้ที่ยุหายจากการติดตามมาร่วมวิเคราะห์ โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

II = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 23 คน

R = สัดส่วนตกสำรวจหรือสูญหาย ร้อยละ 15

ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน จากนั้นจึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากกลุ่มเด็กติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน รวมจำนวนทั้งหมด 64 คน

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลักของครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย คำถามเป็นลักษณะเลือกคำตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 11 คะแนน

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

- (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์
- (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อน
- (3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
- (4) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน

ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน

และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาดังนี้ทำการเก็บข้อมูลช่วงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2555 และมีขั้นตอนการดำเนินงาน 10 สัปดาห์ ดังนี้

(1) ก่อนทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสัมภาษณ์

(2) สัปดาห์ที่ 1-4 ในกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 4 ครั้ง

2.1) สัปดาห์ที่ 1 สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แนวทางการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2) สัปดาห์ที่ 2 สร้างความคาดหวัง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยกิจกรรมระบำซิด4 อธิบายความรุนแรงของการดื้อยา การป้องกันการดื้อยา นำเสนอตัวแบบด้านบวกแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2.3) สัปดาห์ที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้กิจกรรมกราฟชีวิต อธิบายการทำงานของซิด4 และการติดเชื้อฉวยโอกาส ผลของการรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.4) สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นให้เด็กติดเชื้อต้นตัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อน การติดเชื้อฉวยโอกาส โดยกิจกรรมสายธารชีวิต การฝึกทักษะการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ วางแผนในการดูแลตนเองในการเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

(3) สัปดาห์ที่ 5-10 ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยสนับสนุนความรู้ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาต้านไวรัส โดยครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ในคลินิก

โรคติดเชื้อที่เด็กไว้วางใจ เยี่ยมเป็นรายบุคคลด้วยความ
สมัครใจ เยี่ยมดูญาติมิตร เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทา
ยาด้านไวรัส ให้การปรึกษา ให้กำลังใจ

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการจัดกิจกรรมใด ๆ
เพิ่มเติมจากการปฏิบัติปกติมีการตอบแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง
ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 10 ของการ
วิจัย หลังจากตอบแบบสัมภาษณ์ได้รับคู่มือการดูแลสุขภาพ
ตนเอง นำไปปฏิบัติให้ถูกต้องโดยรับประทายาด้านไวรัส
เอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ
เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มใช้
สถิติ Paired-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independentt-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ
75) มีอายุระหว่าง 10-13 ปี (ร้อยละ 46.9, $\bar{X}$ =14,
S.D.=1.93) อาศัยอยู่กับญาติพี่น้องและมีญาติพี่น้องดูแล
ตอนเจ็บป่วย (ร้อยละ 53.1) ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยยา
ต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับ 73 เดือน (ร้อยละ
40.6, $\bar{X}$ =61.50, S.D.=23.89) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.3) มีอายุระหว่าง 10-13 ปี
(ร้อยละ 43.8, 14.34, S.D.=2.49) อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
และมีญาติพี่น้องดูแลตอนเจ็บป่วย (ร้อยละ 68.8)
ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือ
เท่ากับ 73เดือน (ร้อยละ 43.8, $\bar{X}$ =64.71, S.D.=22.07)

ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลัง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ
โรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การปฏิบัติตัว
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจและความ
เคร่งครัดในการรับประทายา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ พบว่า สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การปฏิบัติตัว
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจและความ
เคร่งครัดในการรับประทายา ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2)

บทสรุปและอภิปรายผล

เด็กติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในกลุ่มทดลอง มีการ
เปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้
ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การปฏิบัติตัว
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจและความ
เคร่งครัดในการรับประทายาด้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าก่อน
การทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (p -value< 0.001) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลง
ความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับโปรแกรมการปรับ
พฤติกรรม และได้ใช้กลวิธีทางสุขศึกษาด้วยการถ่ายทอด
ความรู้ด้านสุขภาพให้เห็นภาพความเป็นจริง การทำกิจกรรม
กลุ่ม อภิปรายความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการโรคเอดส์
การเสนอตัวแบบด้านบวก มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย รวมทั้ง
แจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เด็กติดเชื้อกลุ่มทดลอง
มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน
ทัศนคติและพฤติกรรมเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ
Bloom (1975) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ
ประพนธ์ บุญชัย (2553) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง
มีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส การรับรู้
โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาและอาการ
ข้างเคียงของการดื้อยา รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตาม
คำแนะนำ การปฏิบัติตัวและความสม่ำเสมอในการ
รับประทายาด้านไวรัสทั้งด้านการกินยาครบทุกมื้อและ
ตรงเวลาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)
การเยี่ยมบ้านทำให้เด็กรู้สึกได้รับความรัก ให้กำลังใจ
ให้การปรึกษา กระตุ้นเตือนการรับประทายาทำให้เด็กติด
เชื้อรับประทายาด้านไวรัสได้ถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี พูลทาจกร (2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านที่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูงได้แก่ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำและด้านความรักความผูกพัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวันเพ็ญ พูลเพิ่ม (2550) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

- (1) การสนับสนุนทางสังคม การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยสหสาขาวิชาชีพ ให้คำนึงถึงวิถีชีวิตของชุมชนด้วย
- (2) ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2550). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น. (2554). สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ปี 2554. ขอนแก่น: คลินิก.
- ประพันธ์ บุญชัย. (2553). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันเพ็ญ พูลเพิ่ม. (2550). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยการสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค. (2550). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2549/2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อัญชลี พูลทาจกร. (2552). การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. U.S.A.: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education objectives, Hand Book : Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- House, J. S. (2004). *Work Stress and Social Support*. California: Addison Wesley.
- Mackay, B.C. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condom*. Michigan: New Mexico State Univ.
- Roger, R.W. (1986). *Protection motivation theory health education research theory and practice*. [n.p.].

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
กลุ่มทดลอง n=32							
ความรู้	7.81	2.48	10.84	0.36	3.03	2.13-3.92	<.001
การรับรู้ความรุนแรง	15.25	2.54	19.43	1.13	2.15	3.41-4.96	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	13.71	2.12	18.50	1.19	2.56	3.92-5.63	<.001
การรับรู้ความสามารถ	15.90	2.08	18.56	1.38	2.66	2.03-3.28	<.001
ความคาดหวังในประสิทธิผล	15.90	1.98	19.09	1.05	3.19	2.51-3.86	<.001
การปฏิบัติตัว	11.93	1.38	14.81	0.39	2.87	2.39-3.35	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	19.15	2.57	22.06	1.52	2.91	2.31-3.49	<.001
ความตั้งใจ	19.78	2.41	23.40	0.75	3.26	2.08-4.44	<.001
ความเคร่งครัดในการกินยา	87.25	9.05	98.84	1.85	11.59	8.78-14.40	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ n=32							
ความรู้	8.31	1.71	9.12	1.43	0.81	0.44-1.18	<.001
การรับรู้ความรุนแรง	16.37	2.05	16.46	1.81	1.03	-0.27-0.46	0.61
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.40	1.89	14.96	1.61	0.88	0.24-0.87	.001
การรับรู้ความสามารถ	16.12	1.87	16.51	1.52	0.03	-0.30-0.36	0.85
ความคาดหวังในประสิทธิผล	16.15	1.54	16.53	1.54	0.37	-0.11-0.86	0.12
การปฏิบัติตัว	12.06	1.29	12.62	1.38	0.56	0.19-0.92	.004
การสนับสนุนทางสังคม	19.93	2.10	20.59	1.73	0.65	0.29-1.01	.001
ความตั้งใจ	19.53	2.36	20.46	2.03	0.94	0.56-1.31	<.001
ความเคร่งครัดในการกินยา	85.43	13.26	86.84	13.10	1.41	0.00-2.80	0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		mean diff	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ก่อนการทดลอง							
ความรู้	7.81	2.48	8.31	1.71	-0.50	-0.56-0.56	0.35
การรับรู้ความรุนแรง	15.25	2.54	16.37	2.05	-1.12	-2.28-0.03	0.05
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	13.71	2.12	14.40	1.89	-0.68	-1.69-0.36	0.17
ความคาดหวังในความสามารถ	15.90	2.08	16.12	1.87	-0.21	-1.21-0.77	0.66
ความคาดหวังในประสิทธิผล	15.90	1.98	16.15	1.54	-0.25	-1.14-0.64	0.57
การปฏิบัติตัว	11.93	1.38	12.06	1.29	-0.12	-0.79-0.54	0.71
การสนับสนุนทางสังคม	19.15	2.57	19.93	2.10	-0.78	-1.95-0.39	0.19
ความตั้งใจ	19.78	2.41	19.53	2.36	0.25	-0.94-1.44	0.67
ความเคร่งครัดในการกินยา	87.25	9.05	85.43	13.26	1.81	-3.86-7.48	0.52
หลังการทดลอง							
ความรู้	10.84	0.36	9.12	1.43	1.71	1.19-2.24	<.001
การรับรู้ความรุนแรง	19.43	1.13	16.46	1.81	2.96	2.21-3.72	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	18.50	1.19	14.96	1.61	3.53	2.82-4.24	<.001
ความคาดหวังในความสามารถ	18.56	1.38	16.15	1.52	2.40	1.67-3.13	<.001
ความคาดหวังในประสิทธิผล	19.09	1.05	16.53	1.54	2.56	1.90-3.22	<.001
การปฏิบัติตัว	14.84	0.39	12.62	1.38	2.18	1.67-2.69	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	22.06	1.52	20.59	1.73	1.46	0.65-2.28	.001
ความตั้งใจ	23.40	0.75	20.46	2.03	2.93	2.17-3.70	<.001
ความเคร่งครัดในการกินยา	98.84	1.85	86.84	13.10	12.00	7.32-16.67	<.001