

ผลการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2559
Volume 39 No.2 (April-June) 2016

Effects of empowerment practice guideline
on self-care behavior and quality of life among people
living with HIV/AIDS

พรนิภา หาญละคร พย.ม.** เกสร เทลาอรรค พย.ม.***
สุดกอบ นมลเสิศ วท.ม.**** ธนิดา นันทาสะน กบ.*****
Pornnipa Harnlakorn M.N.S.** Kesorn Lao-Unka M.S.N.***
Sudthanom Kamollerd M.Sc.**** Thanida Nuntasaeen M.Pharm.*****

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 40 คน จับคู่เพศ สถานะภาพสมรสและระยะโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 – 31 สิงหาคม 2557 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ
กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
independent t-test ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่า
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อติดตามที่ 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ใช้แนว
ปฏิบัติ ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคุณภาพชีวิต ($p > 0.05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effects of empowerment practice guideline
on self-care behavior and quality of life for people living with HIV/AIDS (PLHAs.) in Srinagarind
Hospital. A sample of 40 was purposively selected, a matched-pair technique using the gender, marital
status and stage of disease were used to divided the sample into the experimental and control groups with an
equal size. Data were collected during October 1, 2013– August 31, 2014. The control group received

*This study was supported by the Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

**M.N.S. in Psychiatric and Mental Health Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

***M.S.N. in Family Nursing, Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

****M.Sc. Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

*****M.Pharm. in Clinical Pharmacy, Srinagarind Hospital Faculty of Medicine, KhonKaen University.

regular nursing care and experimental group received regular nursing care plus empowerment practice guideline. Data were analyzed using independent t-test. Results revealed that at immediate post-intervention, participants who received empowerment practice guideline showed significantly higher scores in self-care behavior and quality of life than those in the control group ($p < 0.05$), and continue significantly increased in self-care behavior at 6-month follow-up ($p < 0.05$), but did not continue significantly in quality of life scores ($p > 0.05$).

keywords: empowerment practice guideline, self-care behavior, quality of life, people living with HIV/AIDS

บทนำ

ปัจจุบันโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและของโลก ถึงแม้ว่าการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าจนสามารถควบคุมโรคได้ในระดับหนึ่ง แต่สถานการณ์เอดส์ล่าสุดยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก จากการประมาณการทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 35.3 ล้านคน เสียชีวิตแล้ว 25 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย จากการประมาณการสิ้นปี 2557 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 1,175,084 คน ยังมีชีวิตอยู่ 431,475 คน เสียชีวิตสะสม 718,775 คน^{2,3}

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบรุนแรงซับซ้อนมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ^{4,5} เพราะเป็นโรคติดต่อที่ในอดีตถือว่าเป็นโรคติดต่อรุนแรง ถ้ามีอาการแล้วจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การติดเชื้อเอดส์เป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์โศกแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญปัญหาต่างๆ มากมาย ได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิญญาณ⁶⁻⁸ ถึงแม้ปัจจุบันโรคเอดส์จะกลายเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เพราะยาต้านไวรัสเอดส์มีประสิทธิภาพดีมาก ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีอัตราการเสียชีวิตลดลง มีชีวิตยืนยาวนานมากกว่า 10 ปี⁹⁻¹² ก็ตามแต่ปัญหาและผลกระทบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยังไม่หมดไป ผลกระทบทางร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยมีโรคแทรกซ้อน ต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยจะวิตกกังวลอย่างมาก หลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งกลัวคนอื่นรู้กลัวคนรังเกียจ⁶⁻⁸ จึงทำให้ไม่กล้าบอกผลเลือดกับใคร มีการแสวงหาความรู้เอง อาจได้รับข้อมูลทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง หลายรายมีการปรับตัวไม่เหมาะสม จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง บางรายไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการรักษาเพราะกลัวคนในสังคมทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ปลดปล่อยเวลาผ่านไปนานจนมีอาการ หรือเข้าสู่ระยะโรคเอดส์แล้วจึงมาพบแพทย์ บางรายที่เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วกินยาไม่สม่ำเสมอ ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ในการที่จะรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นจะต้องมีการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคฉวยโอกาสกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังที่โอเรม¹³ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่คงไว้เพื่อชีวิต สุขภาพและการเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน บางรายไม่สามารถทำงานได้ จึงต้องสูญเสียรายได้ หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคมคือกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี กลัวคนรังเกียจ จึงต้องไปรับยานอกเขตพื้นที่บัตรประกันสุขภาพ ต้องจ่ายเงินซื้อยาเองในกรณีที่มิโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บางรายอาจไม่มีเงินซื้อยา ทำให้กินยาไม่

สม่ำเสมอ หรือขาดยา ทำให้มีโรคแทรกซ้อน ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผลกระทบเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิต^{6,7}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2012 เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม¹⁴ จากงานวิจัยทั้งหมด 23 เรื่อง มี 11 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยใช้การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁵ ประกอบด้วย งานวิจัยกึ่งทดลอง (ระดับ B) จำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยระดับ C (วิจัยเชิงปฏิบัติการ) 5 เรื่อง เป็นการศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจ 7 เรื่อง¹⁶⁻²² การศึกษาโดยใช้การจัดการตนเองต่อการกินยาสม่ำเสมอ 1 เรื่อง²³ และการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อเพื่อหารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 เรื่อง²⁴⁻²⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและรับเชื้อเพิ่มลดลง การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพดีขึ้น รู้สึกว่ามีคุณค่าเพิ่มขึ้น²⁰⁻²⁴ ช่วยให้ความรุนแรงทั้งในด้านร่างกายและในคู่สมรสลดลง สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น¹⁶ จากการศึกษาของ Jirapaet¹⁷ และจุฬารัตน์ สุริยาไทย²² พบว่าผลการเสริมพลังอำนาจช่วยให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และการสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมพลังอำนาจ โดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบเข้าใจและยอมรับปัญหา ชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหา และสนับสนุนให้มีการคงไว้ซึ่งวิธีแก้ไขปัญหานั้น

มีประสิทธิภาพผลจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจขึ้นตามขั้นตอนของชุด

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูล ณ สิ้นเดือนกันยายน ปี 2557²⁷ มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สะสมมารับบริการ 2,400 ราย ส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวถูกต้อง แต่มีจำนวนถึงร้อยละ 23 ขาดความรู้ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งในด้านการกินยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตลดลงจากผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ แนวทางการพยาบาลที่นำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีแนวทางหลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษา การแนะนำ การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการพยาบาลเหล่านี้มาใช้สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ยังมีส่วนที่ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามการที่ได้รับคำปรึกษา ไม่มาติดตามการรักษาตามนัด จากการทบทวนและวรรณกรรมพบว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นรูปแบบของการพยาบาลหนึ่งที่นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง²⁰⁻²⁴ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁷ ดังนั้น เพื่อให้ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 31 สิงหาคม 2557

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ระยะไม่มีอาการ ระยะมีอาการ หรือระยะโรคเอดส์ 3) เข้าใจภาษาไทย อ่านหนังสือออก และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จับคู่ เพศ สถานะภาพสมรสและ ระยะโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ ระยะโรค อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ ระยะ

เวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ ธนกร สนธิอินทร์⁸ มีลักษณะเป็น ข้อคำถามให้เลือกตอบตามสภาพความเป็นจริง แบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา มี 8 ข้อ และ 2) การส่งเสริมสุขภาพ มี 31 ข้อ เช่น การรับประทาน อาหาร การพักผ่อนการออกกำลังกาย การรับประทาน ยา การมาตรวจตามนัด ฯลฯ รวมทั้งหมดจำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,3,4-6 ของหมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษา และ 1,4,8-16,18,19,20,22,24,26,27,29,30 ของหมวดการส่งเสริมสุขภาพ คำถามด้านลบ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,7,8 ของหมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาและ ข้อ 2,3,5,6,7,13,17,21,23,25,28 และ 31 ของหมวดการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า 4 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ การให้คะแนนของ ข้อความทางบวกพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ ส่วนข้อความที่มีความหมายด้านลบ จะให้คะแนนกลับกัน คะแนนทั้งหมดของแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระหว่าง 39-156 คะแนน แบ่งช่วง คะแนนเป็น 39-74, 75-110, และ 111-156 คะแนน แปลผลดังนี้คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ ปานกลาง และสูง เรียงตามลำดับ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผ่าน การตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (แพทย์ ชำนาญการพิเศษด้านโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดเชื้ออื่น ๆ 1 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดเชื้ออื่น ๆ 1 คน อาจารย์พยาบาล ด้านโรคติดเชื้อ 1 คน พยาบาลชำนาญการด้าน เวชกรรมสังคม 1 คนและพยาบาลชำนาญการ 1 คน) และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้ เท่ากับ 0.85 และในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาได้นำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและดัดแปลงข้อความ เพื่อใช้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดย วัลภา ครุฑแก้ว²⁹ โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ของเฟอร์ราลส์ และคณะ³⁰ มีจำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-8, 2) ความผาสุกด้านจิตใจ มี 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-26, 3) ความผาสุกด้านสังคม มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 27-34, และ 4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ มี 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 35-41 ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อ คำถามด้านลบ 23 ข้อ ในแต่ละข้อแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert scale) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้ คะแนนของข้อความทางบวกพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ส่วนข้อความที่มีความหมาย ด้านลบ จะให้คะแนนกลับกัน คะแนนทั้งหมดของแบบ วัดคุณภาพชีวิต ระหว่าง 41-205 คะแนน แบ่งช่วง คะแนนเป็น 41-99, 100-154, และ 155-205 คะแนน แปลผลดังนี้คือ คุณภาพชีวิตต่ำ ปานกลาง และ สูง เรียงตามลำดับ

การหาค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แล้วนำมา หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

4. แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างแนวปฏิบัติโดยใช้วิธีของชูคัพ³¹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา ด้านคลินิก (evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทาง คลินิก (evidence-supported phase) ระยะที่ 3 การ พัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกและนำไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) และระยะที่ 4 ระยะนำ

แนวปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงแล้วมาใช้ในหน่วยงาน (evidence-based phase) จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา ได้นำแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นมา นำ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (พยาบาลหน่วยโรคเอดส์ 1 แพทย์เชี่ยวชาญทางโรคเอดส์ 1 และอาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญโรคเอดส์ 1 คน) ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลอง ใช้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รายกลุ่ม 8 คน เพื่อศึกษา ถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผลจากการประเมิน หลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าผู้ติดเชื้อมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นและปฏิบัติถูกต้อง การศึกษา ครั้งนี้เป็น การนำแนวปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงแล้วมาใช้ใน หน่วยงานเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ทางโรงพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่คลินิกโรคติดเชื้อห้องตรวจ อายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน และจับ คู่ด้วยเพศ ระยะโรคและ สถานภาพสมรส แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน จากนั้น จับฉลากเลือกที่จะศึกษาในกลุ่มใดก่อน ในที่นี้จับฉลาก ได้กลุ่มควบคุมก่อนจึงศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการ ปนเปื้อนของข้อมูล

3. ชี้แจงรูปแบบของโครงการวิจัย และ วัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการ ทำวิจัยโดย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยวาจา และพิกษสิทธิ์ของผู้ป่วยโดยแจ้งให้ผู้ป่วยมั่นใจว่า คำตอบและการพูดคุยในการร่วมกลุ่มจะเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

4. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและ

คุณภาพชีวิต ชี้แจงวิธีการทำให้ทำรายบุคคลหรือรายกลุ่มช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจ ในห้องที่เป็นสัดส่วน เมื่อเสร็จเก็บรวบรวมกลับคืน

5. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 12 สัปดาห์ (การดูแลตามปกติ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ความรู้โรคเอดส์ การปฏิบัติตัว การรักษา การตอบข้อซักถามเฉพาะผู้ป่วยที่ซักถามหรือสงสัย โดยแพทย์ ผู้ตรวจ พยาบาล และการแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์) ทำการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ทันทีหลังได้รับการพยาบาลตามปกติครบ 12 สัปดาห์ และประเมินอีกครั้ง ณ ที่ 6 เดือน เป็นอันเสร็จสิ้นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับได้รับแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มและมีผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มร่วม เวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง 60-90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ ทั้งหมด 6 ครั้ง

การดำเนินแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพ ให้รู้จักคุ้นเคยกัน ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ เวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรม และให้สมาชิกเล่าประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) การสำรวจปัญหา ทำการสำรวจปัญหาของสมาชิกโดยให้เล่าก่อน ตัดเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตอย่างไร ปัจจุบันชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างไร ปัญหาและผลกระทบ วิธีการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เข้าใจปัญหา กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันและให้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาของแต่ละคน ตรวจสอบความเข้าใจกับปัญหาของแต่ละคน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) การร่วมกันหาทางเลือกในการแก้ปัญหา กระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละคน และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคือเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งทั้ง 20 คนได้เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหามาของตนเองดังนี้ โดย 4 คนเลือกที่รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น อีก 5 คน เลือกที่จะระบายความไม่สบายใจกับเพื่อนหรือคนที่ตนเองสนิทและไวใจ อีก 4 คนเลือกที่จะแก้ปัญหาโดยขอคำปรึกษาและทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวมากขึ้น และอีก 7 คน เลือกที่จะฝึกคิดบวกและฝึกสมาธิ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหามาของตนเอง จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพิ่มเติม ให้สมาชิกอภิปรายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 9) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงแนวทางการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติตัวและผลที่เกิดขึ้น เล่าปัญหาและอุปสรรคในวิธีการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหาคือให้คงไว้ ผู้นำกลุ่มก็ชื่นชมและ รวมทั้งให้เพื่อน ๆ ได้ชื่นชมด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 11) การยุติกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แจ้งให้สมาชิกทราบว่าครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ทำมาทั้งหมด ให้สมาชิกบอกประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม และให้แต่ละคนเล่าถึงแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ปิดกลุ่มโดยขอบคุณสมาชิกทุกคน

หลังจากดำเนินแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ ครั้งที่ 6 เสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรม

การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตทันที และประเมินติดตามอีกครั้ง ณ ที่ 6 เดือน เป็นอันเสร็จสิ้นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรม HE561349 มีการพิทักษ์สิทธิ์โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยแสดงความยินยอมด้วยการลงนามด้วยวาจา และให้ความมั่นใจกับอาสาสมัครว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล จะนำเสนอโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ) ในข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Fisher's exact test 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตหลังได้รับแนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และติดตามที่ 6 เดือน ใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

การใช้แนวปฏิบัติฯ สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเข้าร่วมการศึกษารวมเสร็จครบ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย 41.5 ปี SD 7.50 (กลุ่มทดลอง 40.85 ปี SD 7.88 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 42.25±7.24) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 (กลุ่มทดลองร้อยละ 30 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 35) ผู้ติดเชื้อมีระยะไม่ปรากฏอาการร้อยละ 87.5 (กลุ่มทดลองร้อยละ 47.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.5 (กลุ่มทดลองร้อยละ 22.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 20) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวัดค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มเสร็จทันที พบว่ากลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff = -6.3, 95% CI - 10.74 to -1.85, $p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ภายหลังการศึกษาทันที (N=40)

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95 %CI	t	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มควบคุม	128.6	5.1	130.7	8.8	-6.3	-10.74 -1.85	-2.8	0.006
กลุ่มทดลอง	130.4	8.3	137.1	4.3				

เมื่อวัดค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มเสร็จทันที พบว่ากลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติฯ มีค่า

เฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff = -12, 95% CI -23.54 to -.45, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการศึกษาทันที (N=40)

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95 % CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มควบคุม	148.8	17	150.7	23	-12	-23.54-.45	-2.10	0.04
กลุ่มทดลอง	143.9	19.5	162.7	11.0				

เมื่อติดตามประเมินที่ 6 เดือน พบว่ามีเพียงพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff=-5.41, 95% CI -9.62 to -1.19, $p<0.05$) (ตารางที่ 3) แต่ไม่มีความ

แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนคุณภาพชีวิต (mean diff=-2.83, 95% CI -14.02 to 8.36, $p>0.05$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อติดตามที่ 6 เดือน (N=40)

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95 % CI	t	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มควบคุม	128.6	5.1	130.4	8.2	-5.4	-9.62-1.19	-2.59	0.013
กลุ่มทดลอง	126.5	8.1	135.8	4.5				

การอภิปรายผล

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการร้อยละ 87.5 (กลุ่มทดลองร้อยละ 47.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40) ทั้งนี้เพราะว่า ผู้ป่วยในระยะไม่ปรากฏอาการยังแข็งแรงดีอยู่จึงสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมแนวปฏิบัติแบบกลุ่มได้ครบ 6 ครั้ง แต่ถ้าเป็นระยะปรากฏอาการหรือระยะโรคเอดส์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สุขภาพยังไม่แข็งแรงอ่อนเพลีย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ต้องเดินทางมาร่วมแนวปฏิบัติ ทุก 2 สัปดาห์และกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อม ไม่

สะดวกที่ต้องเดินทางมาร่วมกิจกรรมบ่อยๆ เพราะการที่ต้องร่วมกิจกรรมนานถึง 60-90 นาที อาจทำให้เหนื่อย ร่วมกิจกรรมได้ไม่เต็มเวลา หรือไม่มีสมาธิที่จะร่วมพูดคุย อภิปรายร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ครบตามที่กำหนดไว้อย่างไรก็ตามที่เหลือร้อยละ 12.5 เป็นผู้ติดเชื้อระยะปรากฏอาการซึ่งอาการไม่รุนแรง และควบคุมได้แล้วจึงสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมแนวปฏิบัติได้ครบ 6 ครั้ง

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1. คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ โดยแนวปฏิบัติ ที่สร้างขึ้นมาทำให้พยาบาลมีความรู้ มีทักษะ และมั่นใจในการเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งสามารถปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมด้วยตนเองจึงทำให้วิธีแก้ปัญหาของแต่ละคนมีความยั่งยืน และตัวผู้ป่วยเองเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง 2) ผลของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้เมื่อประเมินทันทีหลังได้รับแนวปฏิบัติครบ 6 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น คือรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมาติดตามการรักษาม่าเสมอ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตัวด้านการรักษาสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อติดตามประเมินที่ 6 เดือน พบว่าในกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติฯ ยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเอง คือการรับประทานยาต้านไวรัสครบถ้วนมาติดตามการรักษาม่าเสมอ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจที่สร้างขึ้นมาโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การค้นพบปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง 2) การพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 3) การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหา ตลอดจนการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว ซึ่งกระบวนการเสริมพลังอำนาจ เน้นให้สมาชิกแต่ละคนค้นหาศักยภาพของตนเอง โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลทางเลือกให้ตัดสินใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมในส่วนที่สมาชิกไม่มีความรู้ และได้รับกำลังใจจากเพื่อน ๆ ในกลุ่มทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาได้เหมาะสม รวมทั้งมีคู่มือการปฏิบัติตัวมอบให้ด้วย ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติตาม จึงทำให้คงไว้ซึ่งผลของแนวปฏิบัติฯ ในระยะยาว ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร ไช่หิน²⁰ ที่ศึกษาผลการเสริมพลัง

อำนาจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 46 คน ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและรับเชื้อเพิ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาฯ ช่วยเมือง²¹ และวันเพ็ญ พูนเพิ่ม²⁴ ที่ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบผลลัพธ์ในการทำงานเดียวกันคือช่วยให้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและรับเชื้อเพิ่มลดลง การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพดีขึ้น รู้สึกว่ามีคุณค่าเพิ่มขึ้น²⁰⁻²⁴

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อ 2. คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติฯ โดยผลการวิจัยพบว่าเมื่อประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการศึกษาทันที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแนวปฏิบัติฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยมิติด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือ สุขภาพกายแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวล มีวิธีการจัดการความเครียดเหมาะสม ใช้ชีวิตและคบหากับเพื่อน ๆ ตามปกติ มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยไปวัด ฟังเทศน์ ตามปกติ โดยรวมแล้วมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirapaet¹⁷ ที่ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม 6 ครั้ง มีระดับของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุนารัตน์ สุริยาไทย²² ที่ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

การเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โฟนิกซ์ (Phoenix)¹⁸ ที่พบว่า ผลการเสริมพลังอำนาจทางออนไลน์แบบกลุ่มในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้น ทั้งความผูกพันทางด้านอารมณ์และสังคมเป็นส่วนย่อยของคุณภาพชีวิต การเสริมพลังอำนาจทางออนไลน์ช่วยให้สมาชิกผู้ร่วมกิจกรรมได้รับการสนับสนุนทางสังคม รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้ช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ทำให้จัดการปัญหาได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้น

เมื่อติดตามประเมินคุณภาพชีวิตที่ 6 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าคุณภาพชีวิตมีหลายมิติและเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน³⁰ แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจที่ออกแบบขึ้นมาอาจไม่สามารถตอบสนองได้ครอบคลุมทุกมิติ จึงทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งผลของแนวปฏิบัติฯ เมื่อประเมินผลในระยะยาว

จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้เมื่อประเมินในระยะสั้น แต่ไม่สามารถคงผลในระยะยาว การแยกวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ อาจช่วยให้ทราบผลของแนวปฏิบัติฯ ว่ามีผลต่อมิติของคุณภาพชีวิตด้านใดบ้าง เพื่อที่จะนำผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ มาวางแผนพัฒนาต่อให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้รับการที่ดีที่สุด รวมทั้งขยายวงกว้างไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่แผนกผู้ป่วยนอก และตามหอผู้ป่วยต่างๆ ควรมีการนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลได้เข้าร่วมอบรมการฝึกปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อที่พยาบาลจะได้นำแนวปฏิบัติฯ มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจต่อตัวแปรอื่น เช่น การรับรู้พลังอำนาจ การลดพฤติกรรมเสี่ยง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. 2013 [cited 2014 Dec 10]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
2. Family Health International, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. The Asian Epidemic Model (AEM) projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025. 2008 [cited 2014 Aug 12]. Available from: http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/The_Asian_Epidemic_Model_Projections_for_HIVAIDS_in_Thailand_2005_2025.pdf.

3. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Ratanasuwan W, Tantisiriwat W. Essentials of HIV/AIDS treatment and prevention 2014 Thailand. Bureau of AIDS, TB and STIs. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The agricultural co-operative federation of Thailand, Limited; 2014. (in Thai)
4. Saengchart B, Hanuchareankul S, Rujakorakarn D, Yusawasd P, Yoddamnernadik B. Self care cultural in people living with HIV/AIDS: a study in northeast region of Thailand. *Res Nurs* 1999; 3(3): 227- 48. (in Thai)
5. Peaugtes S. AIDS with supportive treatment. *The Journal of the Thai Red Cross College of Nursing* 1999; 4(2): 124-9.(in Thai)
6. Boonyaleepun S. AIDS and holistic nursing. Khon Kaen: Klangnana Press; 2002. (in Thai)
7. Ripich S. The client on the human immunodeficiency virus spectrum. In: johnson BS, editor, *Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing* 3rd ed., Philadelphia: Lippincott; 1993.
8. Durham JD. The changing HIV/AIDS epidemic: emerging psychosocial challenges for nurse. *Nurs Clin North Am* 1994; 29(1): 9-19.
9. Kiertiburanakul S. HIV/AIDS treatment at out patient department. Bangkok: Beyond Enterpise; 2014. (in Thai)
10. Jongwutiwes U, Sungkanuparph S, Kiertiburanakul S. Comparison of clinical features and survival between cryptococcosis in human immunodeficiency virus (HIV) – positive and – negative patients. *Jpn J Infect Dis* 2008; 61: 111-5.
11. Jongwutiwes U, Kiertiburanakul S, Sungkanuparph S. Impact of antiretroviral therapy on the relapse of cryptococcosis and survival of HIV-infected patients with cryptococcal infection. *Curr HIV Res* 2007; 5: 355-60.
12. Kiertiburanakul S, Luengroongroj P, Sungkanuparph S. Clinical characteristics of HIV-infected patients who survive after the diagnosis of HIV infection for more than 10 years in a resource-limited setting. *J Inf Assoc Physicians AIDs Care(Chic)* 2012; 11: 361-5.
13. Orem, DE. *Nursing: concepts of practice* 5th ed., St. Louis: Mosby; 1995.
14. Gibson CH. A study of empowerment in mother of chronically children. Unpublished doctoral dissertation, Boston College; 1993.
15. The committee of evidence-based medicine & clinical practice guidelines. The instruction for clinical practice guideline. *J MED ASSOC THAI* 2001; 18(6): 36-47. (in Thai)
16. Kim, et al. Understanding the impact of microfinance-based intervention on women. *of Public Health* 2007; 97(10): 1794-802.
17. Jirapaet V. Effects of an empowerment program on coping quality of life and the maternal role adaptation of Thai HIV-infected mother. *JANAC* 2000; 11 (2): 34-45.
18. Phoenix KH, Couson NS. Empowering processes in online support groups among people living with HIV/AIDS: a comparative analysis of ‘lurkers’ and ‘posters’. *COMPUT HUM BEHAV* 2010; 26(5): 1183-93.
19. Swendeman DA, Ishika BB, Sankari DB, Smarajit JB, Rotheram BJ. An empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV

- and sexually transmitted diseases. *Soc Sci Med* 2009; 69: 1157– 66.
20. Kaihin R, Kasatpibal N, Chitreechuer J. Effects of empowerment on reduction risk behaviors among youth living with HIV/AIDS. *ThaiJO* 2012; 39(3): 38–50. (in Thai)
 21. Chuaymuang J, Songwattana P, Saesea W. Effect of empowerment program on health care behavior among people with HIV/AIDS taking anti-retroviral drug. *Thai AIDS Journal* 2009; 21(2): 100–117. (in Thai)
 22. Suriyathai J. Effect of group empowerment on self-care agency among chronic obstructive pulmonary disease. A thesis report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Nursing Science in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University; 2004. (in Thai)
 23. Smitha SR, Rubleina JC, Marcusc C, Tina Penick Brockd TP, Chesneye MA. A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *PEC* 2003; 50: 187–99.
 24. Phoonperm W. Development of health behavior among people with HIV/AIDS taking anti-retro viral drug by empowerment and social support. A thesis report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Public Health in Health Education and Health Promotion, Graduate School, Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
 25. Choksawadphinyo K. Empowerment-based model for enhancing self-care of persons living with HIV/AIDS. A dissertation report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Doctoral Degree in Public Health, Graduate School, Khon Kaen University; 2005.
 26. Pinpankong N. Empowerment of people living with HIV/AIDS by office of Disease Prevention and Control, 10. A thesis report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Education in Health Promotion, Graduate School, Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
 27. Rattanamanee S., Harnlakorn P. Annual HIV/AIDS statistic. AIDS Unit, Nursing Section. Srinagarind Hospital; Khon Kaen University, Thailand; 2013. (in Thai)
 28. Sanit-in T. Self-care behavior of AIDS patients in participating antiretroviral drug in community hospital of Ubon Ratchathani. A thesis report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Public Health in Health Promotion, Graduate School, Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2009. (in Thai)
 29. Krutkaew W. Strength patient and quality of life of people living with HIV/AIDS. A thesis report submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Nursing science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Graduate School, Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
 30. Ferrall BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, and Kulasekaram P. Quality of life in long-term cancer survivor. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(6): 915–22.
 31. Soukup SM, Beason CF, editors. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. Philadelphia: Saunders; 2002.