

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์
ต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา และระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร
The Effects of a Motivation Enhancing Program with LINE Application
on Adherence Behaviors and CD4 white blood cell levels among
Newly HIV – Infected Patients in General Hospital, Samut Sakhon Province

ศศธร ศรีคำ^{1*}, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว², ทิพย์ขัมพร เกษโกมล³

Sasathorn Srikam^{1*}, Duangkamol Pinchaleaw², Thipkhumporn Keskomon³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: baz_mochi@live.com)

(Received: January 17, 2024; Revised: March 18, 2024; Accepted: March 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา และระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสเอชไอวีรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98 และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบที่ การทดสอบวิลคอกซ์สันและแมน-วิทนี ยู

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา และระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Graduated Student in Master of Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

Associate Professor, Police Nursing College

บุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ดส์รายใหม่ของโรงพยาบาล หรือนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมารับการรักษาล่าช้า

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการป้องกันโรค, แอปพลิเคชันไลน์, พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a motivational program coupled with a LINE application on cooperation behavior towards treatment and CD4 cell levels among newly diagnosed HIV patients. The study was conducted at a general hospital in Samut Sakhon Province, utilizing a purposive sample of 30 individuals diagnosed with HIV who were receiving antiretroviral therapy at the hospital's HIV clinic. The sample was divided into an experimental group and a comparative group, each consisting of 15 participants. The research instruments included: 1) a motivational program integrated with a LINE application developed based on the Health Belief Model with a content validity index of .98, and 2) a cooperation behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .84. Statistical analyses were performed using inferential statistics, including t-tests, Wilcoxon signed-rank tests, and Mann-Whitney U tests.

Results revealed that the experimental group of newly diagnosed HIV patients exhibited significantly higher average scores for cooperation behavior and CD4 cell levels after participating in the program compared to before, as well as in comparison to the comparative group, with statistical significance at the .001 level.

The findings suggest that healthcare professionals should consider implementing motivational programs integrated with LINE applications as a practical approach for managing newly diagnosed HIV patients in hospital settings, particularly those who exhibit poor treatment cooperation or present late for treatment.

Keywords: Protection motivation, LINE application, Adherence behavior,
Newly HIV – infected patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) เป็นการติดเชื้อที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (CD4) ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อเอชไอวีเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะจับกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ และทีเซลล์ (T cell) เชื้อจะเข้าไปอยู่ในต่อมน้ำเหลือง และเข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นเชื้อจะกระจายไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย โดยทั่วไปปริมาณของเชื้อในเลือดมักจะสูงมาก และสูงที่สุดในเวลา 3 สัปดาห์ หากไม่เข้ารับการรักษากายในระยะเวลา 6 เดือน ปริมาณของเชื้อจะเพิ่มสูงมาก และมีการกระจายเข้าสู่อวัยวะอื่น ๆ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น (Bureau of epidemiology, Ministry of Public Health, 2022) สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีความชุก ร้อยละ 1.0 อุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 0.10 คนต่อพันประชากร และอัตราการตายจากการติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ เท่ากับ 0.17 คนต่อพันประชากร และใน ปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่ามีแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ 14.74, 16.47 และ 24.40 ตามลำดับ

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาสะสม ทั้งสิ้น 1,303 ราย ในปี พ.ศ. 2563–2565 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 60, 63 และ 70 ราย ตามลำดับ เมื่อศึกษาข้อมูลระยะเวลาในการเริ่มรับยาต้านไวรัสครั้งแรก พบว่า มารับยาต้านไวรัสช้ามากกว่า 14 วัน หรือไม่มารับยาต้านไวรัส ร้อยละ 28.33, 31.75 และ 35.71 ตามลำดับ (National Health Security Office (NHSO), 2022) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 15 ราย พบว่า สาเหตุที่รับการรักษาช้า คือ กลัวคนอื่นรู้ และยังไม่อยากเปิดเผยตนเอง เนื่องจากคิดว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ และยังไม่ปรับตัวกับโรคไม่ได้ จำนวน 13 ราย ไม่มีผู้ดูแล/คนให้คำปรึกษา จำนวน 11 ราย และพบว่าเมื่อลิ้มรับประทานยาแล้ว ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างใด บางรายใช้วิธีรับประทานยาทันทีเมื่อนึกได้ หรือดยาเมื่อมัน และเมื่อเกิดอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน จะใช้วิธีการหยุดรับประทานยาเอง จึงทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ทราบว่าส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมีการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคเอดส์ และโรคฉวยโอกาสได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ

ปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังไม่มียาวัคซีนป้องกัน (Chaiyasit et al., 2013; Rakrunghtha, 2014) แต่สามารถควบคุมปริมาณของเชื้อได้ โดยการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเอชไอวี เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้น้อย และนานที่สุด (น้อยกว่า 50 copies/ml) อีกทั้ง ต้องรักษาให้ระดับซีดีโฟร์กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด โดยควรเริ่มรักษาภายในวันเดียวกับวันที่ได้รับการวินิจฉัย หรือควรเริ่มยาต้านเอชไอวีให้เร็วที่สุด ภายในเวลา 14 วัน สิ่งสำคัญในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ต่อการใช้จ่ายตามคำสั่งของแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา (World Health Organization, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความร่วมมือในการใช้จ่าย ต้องใช้จ่ายอย่าง

ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ถูกวิธี ถูกโรค และรับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง มีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้เหมาะสม และถูกต้อง (Rakrungha, 2014) 2) การมาตรวจติดตามนัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามอาการ และผลการรักษาเป็นระยะ ๆ โดยเจาะเลือด รับประทาน ยา แพทย์อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อแต่ละราย การเลื่อนนัด เมื่อยาหมด หรือไม่สามารถมาตามวันนัดได้ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อมาตรวจติดตามนัด ครึ่งถัดไป (Phakdee, 2014) และ 3) การดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อลดความรุนแรงของการติดเชื้อ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2018) การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (Koisaranupab et al., 2022) การออกกำลังกาย (Pongkatgran & Tipwareerom, 2018) การพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ (Department of Disease Control, 2017) การงดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รวมทั้ง การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Dalodom et al., 2018) จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกัน แข็งแรง ทำให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ดี ช่วยควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาทั้ง 3 ด้านจึงมีความสำคัญ ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จะทำให้การรักษาล้มเหลว ส่งผลให้ระดับยา ในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนาสิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรม หลีกเลียงภัยคุกคามหรือการป้องกันตนเองจากอันตราย หรือจากโรคภัยไข้เจ็บใด ๆ นั้น บุคคลจะต้องเกิดการ รับรู้และมีความเชื่อใน 4 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived probability) การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้าง แรงจูงใจ จะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และมีวินัยใน การรับประทานยาต้านไวรัส และจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nanthachan et al., 2015) รวมทั้ง การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลบันทึกโทรศัพท์มือถือ หรือแอปพลิเคชันไลน์ ในการส่งข้อความ หรือการแจ้งเตือนเป็นรายวัน/ สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ป่วยเอดส์ให้ความร่วมมือ ในการรักษา มีพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติถึง 1.48 เท่า (Kanters et al., 2017) และทำให้ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น (Suntharapot & Sribundit, 2022)

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และ ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มุ่งเน้นพฤติกรรมเพียงด้านเดียว เช่นการ พัฒนาทักษะการใช้ยาต้านไวรัส (Nanthachan et al., 2015) หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการ รับประทานยา (Tantawut et al., 2016) หรือพฤติกรรมออกกำลังกาย (Pongkatgran et al., 2018) ซึ่งยังขาดการให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ พัฒนาสู่การเป็นโรคเอดส์ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการจัดการกับความเครียด อีกทั้ง

ยังขาดช่องทางการติดต่อที่หลากหลายระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถติดต่อ หรือซักถามปัญหา อุปสรรค และข้อสงสัยที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983) และแอปพลิเคชันไลน์ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทั้งด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจตามนัด และด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความตระหนัก และมีการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง มีความเชื่อในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาส เพื่อเป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดียิ่งอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อผลระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ที่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และค่าเฉลี่ยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และค่าเฉลี่ยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และค่าเฉลี่ยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และค่าเฉลี่ยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983) และแอปพลิเคชันไลน์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจตามนัด และด้านการส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อผลระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ที่เพิ่มขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดย
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย
กิจกรรม ดังนี้

1. สร้างการรับรู้ความรุนแรงของเอดส์และการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคเอดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยการให้ความรู้
เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของการเกิดเอดส์และโรคฉวย
โอกาส และการรักษา วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ของ
ตนเอง
2. สร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ
ผลดีของการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสทันที ผลเสียของ
การได้รับการรักษาล่าช้า และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น
โดยการบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอตัวแบบด้านบวก
3. สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้ความรู้
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่อง และบันทึกลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
4. สร้างเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ใน
การสื่อสาร ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ให้ข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้น
เตือน สอบถามปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และร่วมกัน
แก้ไขปัญหา

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

- การใช้ยา
- การมาตรวจตามนัด
- การดูแลสุขภาพทั่วไป

จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม
ความร่วมมือในการรักษา และระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research:
two group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนตุลาคม 2566
รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีรายใหม่ ได้รับการ
วินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรก จากการตรวจเลือดพบแอนติเจนหรือแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และมารับ
บริการ ณ คลินิกรับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
รายใหม่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรก จากการตรวจเลือดพบแอนติเจนหรือแอนติบอดีต่อเชื้อ
เอชไอวี และมารับบริการ ณ คลินิกรับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าความคลาดเคลื่อน .05 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าอิทธิพล 1.11 (Suntharapot, 2022) ได้จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน โดยจับคู่ (matched pair) ตามอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน และมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่มีภาวะหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และไม่พบอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ 2) มีโทรศัพท์มือถือชนิดในระบบปฏิบัติการไอโอเอส (iOS) หรือแอนดรอยด์ (Android) ที่สามารถเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตได้ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ตรวจพบว่ามีการรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1983) ประกอบด้วย การสร้างรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อน/โรคฉวยโอกาส การสร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ จัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Veerakul, 2011) จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมความร่วมมือ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ การมาตรวจตามนัด จำนวน 6 ข้อ และการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ให้คะแนนระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับไปจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงลบจะมีการให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนเฉลี่ย และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Somya et al., 2020)

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49	หมายถึง ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49	หมายถึง ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด

1.3 สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล หมายเลขที่ลงทะเบียนของผู้ป่วยนอก (hospital number: HN) รหัสประจำตัวผู้ติดเชื้อ (National Aids Program: NAP) ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 2) แบบบันทึกผลทางตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เป็นตารางสำหรับเติมข้อความ ประกอบด้วย วันที่นัดเจาะเลือด และผลการตรวจหาระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ และ 3) แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว เป็นตารางสำหรับบันทึก ประเภทอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย และวันที่นัดรับยาครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.0 , .95 และ .98 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 สำหรับการส่งตรวจระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ทำการเจาะเลือดโดยเจ้าหน้าที่ของห้องเจาะเลือดของโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล โดยเครื่องตรวจ ที่มีการสอบเทียบตามมาตรฐาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ.2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะก่อนการทดลอง ประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกรับยาต้านไวรัส และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนของการวิจัย เตรียมสถานที่สำหรับการวิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเตรียมผู้ช่วยวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมปกติของคลินิกรับยาต้านไวรัส

- ระยะดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาส โดยการให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบด้านลบ การวิเคราะห์และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ของตนเอง และแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าแอปพลิเคชันไลน์ “กลุ่มตะวันส่องใจ”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหลังได้รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 2 สัปดาห์ และสำรวจปัญหา อุปสรรค วิเคราะห์การปฏิบัติตัวของตนเองจากสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การบรรยายผลดีของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี และชมวิดิทัศน์ตัวแบบด้านบวก และพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อ

สัปดาห์ที่ 2, 4 – 11 กิจกรรมสร้างเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน ตามเวลาที่แพทย์กำหนด การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี การกระตุ้นเตือนให้มารับการตรวจตามนัด และย้ำเตือนการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา

การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป การซักถามปัญหา และอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ อีกทั้งการร่วมกันแก้ไขปัญหา และการให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างผ่านข้อความและสติ๊กเกอร์

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ติดตามเยี่ยมหลังได้รับยาต้านไวรัสทางไลน์ โดยสอบถามอาการหลังรับประทานยาต้านไวรัสครบ 1 เดือน และ 2 เดือน

- ระยะประเมินผลการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) โดยการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (posttest) และตรวจระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (CD4) และแจ้งผลให้ทราบเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ขึ้นอยู่กับความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจ้งให้ทราบว่า เป็นวันสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และปิดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวมและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่ 009/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 เพศหญิง ร้อยละ 40.00 และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายร้อยละ 53.33 เพศหญิงร้อยละ 46.67 โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 34.73 ปี และ 34.86 ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,933.33 บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 มีรายได้เฉลี่ย 16,433.33 บาท ข้อมูลสุขภาพ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 93.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองทุกคนเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส คือ ยา Acriptega และ ยา Teevir ภายใน 14 วัน หลังทราบผลการติดเชื้อแล้ว เฉลี่ยอยู่ที่ 8.07 วัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสภายใน 14 วัน ร้อยละ 86.67 ที่เหลือเริ่มรับประทาน มากกว่า 14 วัน และมีเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 9.20 วัน ($SD = 4.11$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	60.00	8	53.33
หญิง	6	40.00	7	46.67
อายุ (ปี)	$M = 34.73; SD = 8.17$		$M = 34.86; SD = 10.56$	
18 – 29	4	26.67	6	40.00
30 – 44	8	53.33	6	40.00
45 – 59	3	20.00	3	20.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	3	20.00	7	46.67
มัธยมศึกษา	7	46.67	2	13.33
อนุปริญญา ปวช. ปวส.	2	13.33	3	20.00
ปริญญาตรี	3	20.00	3	20.00
อาชีพ				
รับจ้าง	7	46.67	6	40.00
ค้าขาย	4	26.67	4	26.63
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	13.33
พนักงานเอกชน	3	20.00	3	20.00
เกษตรกร	1	6.67	-	-

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$M = 13,933.33; SD = 4,267.26$		$M = 16,433.33; SD = 6,689.19$	
น้อยกว่า 10,000	4	26.67	4	26.67
10,001 - 15,000	8	53.33	5	33.33
15,001 - 20,000	2	13.33	1	6.67
20,001 - 25,000	1	6.67	4	26.67
มากกว่า 25,001	-	-	1	6.67
ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส	$M = 8.07; SD = 3.59$		$M = 9.20; SD = 4.11$	
ชนิดของยาต้านไวรัส				
Aciptega	13	86.67	12	80.00
Teevir	2	13.33	3	20.00

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=15)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม(n=15)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ทดลอง	3.31	.33	ปานกลาง	4.33	.35	มาก	12.70**	.001
เปรียบเทียบ	3.23	.41	ปานกลาง	3.64	.49	มาก	3.25*	.006

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=15)			t	p - value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.31	.33	ปานกลาง	3.23	.41	ปานกลาง	.61	.549
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.33	.35	มาก	3.64	.49	มาก	4.43**	.001

** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 4 และ 5

ตาราง 4 ค่ามัธยฐาน และผลการเปรียบเทียบเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=15)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=15)			Z	p-value
	Median	IQR	Mean Rank	Median	IQR	Mean Rank		
ทดลอง	275.00	358.00	15.83	448.00	230.00	15.17	3.41**	.001
เปรียบเทียบ	272.00	247.00	19.80	328.00	213.00	11.20	3.40**	.001

** $p < .01$

ตาราง 5 ค่ามัธยฐาน และผลการเปรียบเทียบเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=15)			U	p-value
	Median	IQR	Mean Rank	Median	IQR	Mean Rank		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	275.00	358.00	15.83	272.00	247.00	15.17	.21	.838
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	448.00	230.00	19.80	328.00	213.00	11.20	2.68*	.007

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์นี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger, 1983) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์และโรคฉวยโอกาส เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ร่วมกับการกระตุ้นโดยส่งข้อความ วิดีทัศน์ เกี่ยวกับอันตรายของโรคเอดส์ผ่านทางไลน์ “กลุ่มตะวันส่องใจ” ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการให้ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้น จะทำให้ได้ผลดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง ซึ่งสอดคล้อง MacKay (1989) ที่กล่าวว่า การใช้สื่อในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต จะทำให้เกิดความกลัว ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ อีกทั้ง การสร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของการรักษาทันทีที่ทราบว่าได้ติดเชื้อ ผลเสียของการได้รับการรักษาล่าช้า และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และการนำเสนอตัวแบบด้านบวกจากวิดิทัศน์ ช่วยทำให้รับรู้ว่าตนเองก็สามารถที่จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ลดการพัฒนาสู่การเป็นโรคเอดส์ และโรคฉวยโอกาสได้ จากการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสที่ตรงเวลาลงในสมุดบันทึก พฤติกรรมสุขภาพที่แจ่มใส ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยจะให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย ซึ่งความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ (Roger, 1983)

การได้เสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองในด้านการรับประทานยาต้านไวรัส การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด จากการสอบถามทางไลน์ กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานยา และการมารับการตรวจตามนัด และให้กำลังใจผ่านทางข้อความ และสติ๊กเกอร์ อีกทั้งมีการสอบถามปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตัว หรือไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจกลุ่มทดลองผ่านทางไลน์ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Finitis et al. (2014) พบว่า การส่งข้อความเตือนการรับประทานยาที่ตรงกับเวลารับประทานยาของกลุ่มทดลองทำให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ต้านไวรัสเอดส์ได้มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Somya et al. (2020) ที่

พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. การเปรียบเทียบจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์โดยทั่วไปจะเพิ่มขึ้นหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันทีที่ทราบผลการติดเชื้อ และมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส จะทำให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-8 สัปดาห์ และอาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ใกล้เคียงหรือเท่ากับคนปกติได้ ในระยะเวลาประมาณ 6 เดือน (Nanthachan et al., 2015) อาจเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฉวยโอกาส การสร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (1983) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังได้รับได้รับการกระตุ้นเตือนการออกกำลังกาย และการรับประทานยาต้านไวรัสทุกวันผ่านทางไลน์ โดยผู้วิจัยส่งข้อความเตือนตรงกับเวลาที่ต้องรับประทานยา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษา และออกกำลังกายตามที่กำหนด แสดงถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pongkatgran et al. (2018) พบว่า การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ให้แข็งแรงทำให้ ผนังเส้นเลือดทั่วร่างกายได้รับการออกกำลังกาย อีกทั้ง เป็นการป้องกันเส้นเลือดเปราะแข็ง อุดตันหรือ แตกง่าย ส่งผลต่อระดับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Tantawut et al. (2016) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการกินยาถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับค่าจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Suntharapot (2022) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และมีระดับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครเท่านั้น รวมทั้งข้อจำกัดในด้านระยะเวลา ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมารับการรักษาล่าช้า เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฉวยโอกาสที่ถูกต้อง รวมทั้ง สร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์การปฏิบัติและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี อันจะนำไปสู่การเพิ่มระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์

2. นำโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งแจกคู่มือการใช้โปรแกรม และสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว และต่อเนื่อง 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิก อื่น ๆ เช่น การควบคุมระดับของไวรัส (viral load)

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of epidemiology, Ministry of Public Health. (2022). *Summary of the situation of AIDS patients and HIV infection in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chaiyasit, Y., Thong-on, R., Dumrongpakapakorn, P., Donprapeng, B., Boonkong, D., & Somkumlung, P. (2013). The strategies to improve antiretroviral drug adherence: A literature review. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(3), 13–24. (in Thai)
- Dalodom, K., Phachuen, O., & Bunsuya, C. (2018). Social support, depression, mental health power, and self-care behavior of people living with HIV who come to receive services at a clinic. *Quality of Life and Law Journal*, 14(2), 12–26. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2017). *Guidelines for testing, treatment, and prevention of HIV infection in Thailand*. National Office of Buddhism. (in Thai)
- Finitsis, D. J., Pellowski, J. A., & Johnson, B. T. (2014). Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy (ART): A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 9(2), Article 88166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088166>
- Fisher, J. D., Amico, K. R., & Fisher, W. A. (2008). The information-motivation-behavioral skills model of antiretroviral adherence and its applications. *Current HIV/AIDS Reports*, 5(4), 193–203.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2018). *UNAIDS DATA 2018*.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf

Kanters, S., Park, J. J., Chan, K., Socias, M. E., Ford, N., Forrest, J. I., Thorlund, K., Nachega, J. B., & Mills, E. J. (2017). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet HIV*, 4(1), 31-40. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30206-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30206-5)

Koisaranupab, N., Sridan, W., & Samrannet, W. (2022). The role of nurses in promoting the health of people living with HIV/AIDS according to Pender's health promotion model. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(2), 14–31. (in Thai)

MacKay, B. C. (1989). *AIDS and protection motivation theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms*. New Mexico State University.

Nanthachan, N., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2015). Effect of information provision, motivation, and skill development on antiretroviral adherence among youths living with HIV. *Nursing Journal CMU*, 42(3), 72–83. (in Thai)

National Health Security Office (NHSO). (2022). *National HIV/AIDS Services Information System or National AIDS Program: NAP*. <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>

Phakdee, K. (2014). HIV infection and AIDS and current treatment guidelines. *Variety for Health@Rama*, 17, 4–6. (in Thai)

Pongkatgran, A., & Tipwareerom, W. (2018). Effects of self-efficacy program of using hermit exercise towards exercise habits and immune system level (CD4) in AIDS patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 58-71 (in Thai)

Rakrunga, K. (2014). *Guidelines for testing, treatment, and prevention of HIV infection in Thailand*. Agricultural Cooperatives Association of Thailand. (in Thai)

Rogers, R. W. A. (1983). *Protection Motivation Theory*. Health Education Research Theory and Practice. *The Journal of Psychology*, 9(11), 93–114.

Somya, M., Kitsripisarn, S., & Bannaasan, B. (2020). The effects of a motivation enhancing program on adherence behaviors to the treatment regimens and sputum exam among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 32(1), 24-36. (in Thai)

Suntharapot, S., & Sribundit, N. (2022). Effectiveness of text messaging via application Line on adherence to antiretroviral drug among HIV and Aids patients in Khaoyoi Hospital Phetchaburi. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 17(2), 83-99. (in Thai)

- Tantawut, S., Tinapa, W., & Chaousirikul, C. (2016). Effects of a program on correction and persistence of antiretroviral treatment to improve adherence and drug safety in HIV/AIDs patients at Uthumpornphisai Hospital, Sisaket Province, Thailand. *Journal of Health Science*, 25(4), 696-703. (in Thai)
- Veerakul, K. (2011). *Factors affecting the compliance of HIV/AIDS patients with antiretroviral therapy at Thung Tako Hospital in Chumphon Province*. [Unpublished master thesis]. Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>