

# ผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย, พย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 26 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลอุดรธานี โดยสุ่มแบบเจาะจง กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี กลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแผนการให้ข้อมูลและแบบสอบถามวัดการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง ซึ่งได้นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติบรรยาย การทดสอบสมมติฐาน Mann-Whitney U-Test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองเท่ากับ 114.19 (S.D. = 7.76) และหลังทดลองเท่ากับ 140.50 (S.D. = 2.21) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 128.15 (mean rank = 14.88) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 140.50 (mean rank = 38.12) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 70.08 (mean rank = 17.63) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 77.27 (mean rank = 35.37)

ดังนั้นการให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกคน การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดมีเพศสัมพันธ์ ขณะมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจำชื่อ สี ขนาดของยาต้านไวรัส ควรมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงแล้วก็ตามแต่ยังมีความจำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** เอชไอวี/เอดส์ การให้ข้อมูลแบบสั้น พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

\* โรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

# The Effects of Short Message and Counseling on Prevention with Positive To Promote Health Behaviors of HIV/AIDs Patients in Udon Thani Hospital

Prapaporn Kijwattanachai, B.N.S.\*

## Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research is to study the effects of short message and counseling on prevention with positive to promote health behaviors of HIV/AIDs patients in Udon Thani hospital. The samples are divided into experimental and control groups, each consisting of 26 people. The subjects were purposively selected from HIV/AIDS patients receiving services from NAPHA Clinic, Udon Thani hospital. The experimental group will receive short message and counseling on HIV prevention, while the control group will receive standard services. The research tools consist of information provision plans and health behavior and perception questionnaires, done before and after the experiment. The reliability of the questionnaires, measured by Cronbach's Alpha Coefficient, is 0.83. We use descriptive statistics for data analysis. The hypothesis testing was done by Man-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test.

The research findings indicate that the experimental group, after receiving short message and counseling on prevention to promote the health of HIV/AIDS patients, showed a statistically significant increase in average health belief perception scores compared to before the experiment ( $p=0.00$ ). The mean score for health belief perception before the experiment was 114.19 (S.D. = 7.76), and after the experiment, it was 140.50 (S.D. = 2.21). Additionally, the average score for health belief perception regarding the prevention of HIV transmission and acquisition after the experiment was significantly higher in the experimental group compared to the control group ( $p=0.00$ ). The average score for control group was 128.15 (mean rank = 14.88) while it was 140.50 (mean rank = 38.12) for experimental group. Finally, the average health behavior score for control group was also significantly higher in the Experimental group ( $p=0.00$ ). The average health behavior score was 70.78 (mean rank = 17.63) for control group and 77.27 (mean rank = 35.37) for experimental group.

Therefore, it is essential to consistently provide information regarding prevention for health promotion, particularly included condom use during sexual intercourse, abstain from alcohol, abstain from sex while having sexually transmitted diseases, the information regarding name and color of antiviral medicine. Even though HIV/AIDS patients currently have high level of awareness of health belief regarding prevention and transmission of HIV and also generally have good health behaviors, it is still important to consistently aware them to take care of their health for more awarenesses, better health behaviors, and better life quality.

**Keyword:** HIV/AIDs, Short message , Prevention with Positive to Promote Health Behaviors.

---

\* Udon Thani Hospital, Mueang Udon Thani District, Udon Thani Province

## บทนำ

การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อรายแรก ในปี พ.ศ. 2527 และมีการระบาดอย่างรวดเร็วในช่วงแรก ๆ หลังจากนั้นพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของเอชไอวี การติดเชื้อส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มคู่นอนของผู้ร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวี และคู่นอนของกลุ่มประชากรหลักจากรายงานสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย สิ้นปี พ.ศ. 2564 คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน/ปี (เฉลี่ย 18 คน/วัน) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 9,300 ราย/ปี (เฉลี่ย 26 ราย/วัน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 520,000 คน โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการป้องกันระหว่างคู่นอนที่มีภรรยาซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน จึงมีการดำเนินงานรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสามีภรรยา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นและป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อระหว่างคู่นอนเพศสัมพันธ์ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2565 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของสำนักกระบาดวิทยา ยังพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์น้อยและอัตราการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่นอนเพียงร้อยละ 78.54 (<http://aidsboe.moph.go.th/aids.system/aids.Surveillance.system>)<sup>1</sup> อีกหนึ่งปัญหาที่เริ่มมีแนวโน้มของการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นในปัจจุบัน พบมากในกลุ่มความหลากหลายทางเพศ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) หรือเกย์ สาวประเภทสอง (Transgender: TG) ชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งในระหว่างเพศเดียวกันและกับผู้หญิง (Bisexual) และส่วนใหญ่มองหาความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มความหลากหลายทางเพศค่อนข้างยาก เพราะไม่กล้าเปิดเผยตนเอง การเข้าถึงยากทำให้ขาดความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองให้ปลอดภัย (คณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A)<sup>4</sup>

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาเอดส์ยังไม่หยุดนิ่งหรือลดลงแต่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและกลุ่มเป้าหมายผู้ติดเชื้อขยายกว้างขึ้น ปัจจุบันกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือ กลุ่มสามีภรรยา หรือคู่นอนเพศสัมพันธ์และกลุ่มคู่นอนที่มีผลเลือดต่าง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ขายยาเสพติดและกลุ่มเยาวชน โดยปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุดคือ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ถึงแม้ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพสูงสุดซึ่งสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดต่ำ เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันต้านทานซีดีสี่ ลดความก้าวหน้าของการดำเนินโรค รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างเหมาะสมร่วมกับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

นภาคคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี มีพันธกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แบบครบวงจร จากรายงานสถิติ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่รับยาต้านไวรัสสะสมจนถึงปัจจุบัน 9,698 ราย และยังคงมีผู้ที่รับยาต้านไวรัสในปัจจุบัน จำนวน 4,679 ราย (DQI AIDS: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) และมีผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก นภาคคลินิก เฉลี่ยวันละ 100 - 120 รายต่อวัน (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2565) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และเริ่มยาต้านไวรัสใหม่จะยังไม่ค่อยเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่นอนเป็นไปด้วยความยากลำบากเนื่องจากการปิดบังผลเลือดกับคู่นอน เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เอดส์ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดีแต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่

อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อยังไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการกลับของผู้ให้บริการเท่าเดิมอาจจะทำให้การให้คำปรึกษาไม่ครอบคลุม อย่างไรก็ตามบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้รูปแบบหรือโปรแกรมการสอนที่มีแบบแผนจำนวนมากที่ใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาความรู้และทักษะ รวมถึงการติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามบริบทในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความเปราะบางในหลายประเด็น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การเปิดเผยผลเลือดที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลอุดรธานี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนสูงขึ้น
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนสูงขึ้น

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาผ่านชุดความรู้และภาพพลิกเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Treatment Literacy Flip chart to Promote Treatment Adherence and Healthy Life for People Living with HIV)

- การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในด้าน
  - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
  - การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- พฤติกรรมสุขภาพด้าน
  - ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
  - ด้านการป้องกันและการถ่ายทอดเชื้อ

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยออกแบบวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับบริการปกติตามเดิม และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 4,365 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่คลินิกในช่วงเวลาเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงมกราคม 2567 จำนวน 52 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก

### เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า

1. เพศชายหรือหญิง และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสมานานไม่เกิน 12 เดือน และมีการนัดเพื่อพบแพทย์ 1-3 เดือน
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ

### เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดออก

1. มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ
2. มีปัญหาทางจิตเวช

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการศึกษานี้อ้างอิงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน 30 คู่ และกลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 30 คู่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาที่ลง Intervention ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ, 2566) ที่ค่า

ความเชื่อมั่น 95% และอำนาจการทดสอบ Power ( $1 - \beta$ , err.prob) เท่ากับ 0.80 การประมาณค่าขนาดอิทธิพล = 0.5 กำหนด Df = 1 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย จึงแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 26 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 26 คน

การสุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 2 กลุ่ม ใช้วิธี “block randomization” โดยให้มีอัตรา allocation 1:1 และมีการป้องกัน bias โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ในภาคคลินิกทำหน้าที่กำหนดลำดับการ allocation ของอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมวิจัยโดยมีการกำหนดกลุ่มไว้ล่วงหน้าและใส่ซองปิดผนึกเรียงลำดับไว้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เปิดซองปิดผนึกนั้น ๆ เพื่อจัดกลุ่มตามที่เจ้าหน้าที่จัดทำไว้ หมายความว่าทั้งผู้ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบล่วงหน้าว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจะอยู่ในกลุ่มใด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาผ่านชุดความรู้และภาพพลิกเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่องและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Treatment Literacy Flip chart to Promote Treatment Adherence and Healthy Life for People Living with HIV) กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

2. เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษา ได้แก่ ภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูล ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น อุปกรณ์สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย

3. แบบสอบถามเรื่องการให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคอร์ท (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารตำรา วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ 2 ท่าน แบบสอบถามการรับรู้ความด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาได้ IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ทุกข้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในหน่วยงานที่มีเกณฑ์คุณสมบัติลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา คอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา คอนบราค เท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติบรรยาย การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี รหัสโครงการ UDH REC No.88/2566 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2566

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.8 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 61.5 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 34 ปี ระหว่างอายุ 35-55 ปี พบมากที่สุด รองลงมาคือ อายุระหว่าง 15-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 46.2 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 35-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 38.5 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 88.5 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 61.5 ในกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่พบว่าการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 73.1 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 65.4 ในกลุ่มทดลอง รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 26.9 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 34.6 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาการติดเชื้อภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.9 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 61.5 ในกลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือคือติดเชื้อภายใน 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.1 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 38.5 ในกลุ่มทดลอง

ส่วนเหตุผลของการมาตรวจหาเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่มคือ มีอาการสงสัยว่าอาจติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดถึงร้อยละ 42.3 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 53.8 ในกลุ่มทดลองตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 61.5 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 84.6 ในกลุ่มทดลอง และในคนที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาครบทุกคนในทั้งสองกลุ่ม ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีใครใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลย ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ยังดื่มมานานครั้ง/เป็นครั้งคราว รองลงมาคือ ไม่ดื่มเลยคิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 42.3 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองสัดส่วนของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์และดื่มมานาน ๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราวใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 42.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม
	n=26	n=26	(N=50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>อายุ (ปี)</b>			
15 - 34 ปี	12 (46.2)	14 (53.8)	26 (50.0)
35 - 55 ปี	14 (53.8)	10 (38.5)	24 (46.2)
56 ปี ขึ้นไป	0 (0)	2 (7.7)	2 (3.8)
<b>เพศ</b>			
ชาย	21 (80.8)	16 (61.5)	37 (71.2)
หญิง	5 (19.2)	10 (38.5)	15 (28.8)
<b>สถานภาพ</b>			
โสด	23 (88.5)	16 (61.5)	39 (75.0)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	3 (11.5)	3 (11.5)	6 (11.5)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0 (0)	7 (26.9)	7 (13.5)
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	19 (73.1)	17 (65.4)	36 (69.2)
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (26.9)	9 (34.6)	16 (30.8)
<b>ปี พ.ศ. ที่ตรวจพบการติดเชื้อ</b>			
2565	6 (23.1)	10 (38.5)	16 (30.8)
2566	20 (76.9)	16 (61.5)	36 (69.2)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม
	n=26	n=26	(N=50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เหตุผลที่ตรวจหาเชื้อเอชไอวี</b>			
คูเพศสัมพันธ์ติดเชื้อเอชไอวี	1 (3.8)	6 (23.1)	7 (13.5)
มีอาการสงสัยว่าอาจติดเชื้อเอชไอวี	11 (42.3)	14 (53.8)	25 (48.1)
ทำประกันสุขภาพ	1 (3.8)	1 (3.8)	2 (3.8)
ต้องการทราบผลการตรวจเลือด	9 (34.6)	3 (11.5)	12 (23.1)
เข้ารับการรักษารอคิดต่อทางเพศสัมพันธ์	3 (11.5)	0 (0)	3 (5.8)
มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน	7 (26.9)	4 (15.4)	11 (21.2)
มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	1 (3.8)	1 (3.8)	4 (7.7)
อื่น ๆ เช่น เข้ารับการผ่าตัด ติดเชื้อวัณโรค	3 (11.5)	1 (3.8)	4 (7.7)
<b>ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>			
เคยเป็น	10 (38.5)	4 (15.4)	14 (26.9)
ไม่เคยเป็น	16 (61.5)	22 (84.6)	38 (73.1)
<b>การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>			
ไม่ได้รับการรักษา	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ได้รับการรักษา	10 (71.42)	4 (28.58)	14 (100)
<b>การใช้สารเสพติดชนิดฉีดยา</b>			
ใช่	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ไม่ใช่	26 (100)	26 (100)	52 (100)
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>			
ไม่ดื่มเลย	7 (26.9)	12 (46.2)	19 (36.5)
นานๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว	16 (61.5)	11 (42.3)	27 (51.9)
ดื่มเป็นประจำ	3 (11.5)	3 (11.5)	6 (11.5)

### ผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean = 67.88, SD = 6.03) และ (mean = 64.69, SD = 5.52) และมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงในกลุ่มควบคุมและระดับปานกลางในกลุ่มทดลอง (Mean = 46.31, SD = 4.17) และ (Mean = 50.27, SD = 4.96) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง (Mean = 77.54, SD = 1.55 และ Mean = 62.9, SD = 2.11 ในกลุ่มทดลอง) และ (Mean = 71.88, SD = 5.69 และ Mean = 56.27, SD = 5.42 ในกลุ่มควบคุม) ดังตารางที่ 2,3

เมื่อพิจารณารายด้านทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ	z	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี				-4.384	0.000
ก่อนการทดลอง	67.88	6.03	สูง		
หลังการทดลอง	77.54	1.55	สูง		
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี				-4.467 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	46.31	4.17	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	62.96	2.11	สูง		
คะแนนเฉลี่ย โดยรวม 2 ด้าน				-4.460 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	114.19	7.76	สูง		
หลังการทดลอง	140.50	2.21	สูง		

กำหนดนัยสำคัญ p-value <0.05, สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Rank Test

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ	z	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี				-4.460 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	64.69	5.52	สูง		
หลังการทดลอง	71.88	5.69	สูง		
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี				-3.542 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	50.27	4.96	สูง		
หลังการทดลอง	56.27	5.42	สูง		
คะแนนเฉลี่ย โดยรวม 2 ด้าน				-4.231 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	114.96	8.42	สูง		
หลังการทดลอง	128.15	9.32	สูง		

กำหนดนัยสำคัญ p-value <0.05, สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Rank Test

### ผลพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=28.96, SD=3.06) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงหลังการทดลอง (Mean=35.46, SD=2.10) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้ออยู่ในระดับสูง (Mean=35.46, SD=2.10) และ (Mean=41.81, SD=1.41) ตามลำดับ หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือ การฉีกรักษาเชื้อ สืบและขนาดของยาและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำและชั่วคราว การมาพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเช่นเป็นหวัดหรือวัณโรคปอด ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวันและ

ท่านดูและความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง (Mean=31.81, SD=2.84) และ (Mean=32.73, SD=3.12) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการถ่ายทอดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังทดลอง (Mean=35.69, SD=4.97) และ (Mean=37.35, SD=4.55) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อหลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงสุดคือ เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายพบว่าไม่สามารถกดเชื้อไวรัสได้ ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยการกินยาต้านไวรัสตรงเวลาและสม่ำเสมอรองลงมาคือท่านรับประทานยาต้านไวรัสทุกวันตามแพทย์สั่ง ดังตารางที่ 4,5

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	Mean	S.D.	ระดับ	z	p-value
<b>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>				-4.382	0.000
ก่อนการทดลอง	28.96	3.06	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	35.46	2.10	สูง		
<b>ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ</b>				-4.439 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	32.00	3.71	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	41.81	1.41	สูง		
<b>คะแนนเฉลี่ย โดยรวม 2 ด้าน</b>				-4.461 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	60.69	4.62	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	77.27	3.01	สูง		

กำหนดนัยสำคัญ p-value <0.05, สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Rank Test

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	Mean	S.D.	ระดับ	z	p-value
<b>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>				-1.485 <sup>b</sup>	0.138
ก่อนการทดลอง	31.81	2.84	สูง		
หลังการทดลอง	32.73	3.12	สูง		
<b>ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ</b>				-2.644 <sup>b</sup>	0.000
ก่อนการทดลอง	35.69	4.97	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	37.35	4.55	ปานกลาง		
<b>คะแนนเฉลี่ย โดยรวม 2 ด้าน</b>				-3.025 <sup>b</sup>	0.002
ก่อนการทดลอง	67.50	6.60	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	70.08	6.77	สูง		

กำหนดนัยสำคัญ p-value <0.05, สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Rank Test

#### ผลทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 114.19 (SD=7.76) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 114.96 (SD=8.42) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 140.50 (mean rank=38.12) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 128.15 (mean rank=128.15) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้คะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้บริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	Mean rank	Z	p
<b>ก่อนทดลอง</b>				-2.75	0.783
กลุ่มควบคุม	114.96	8.42	27.08		
กลุ่มทดลอง	114.19	7.76	25.92		
<b>หลังทดลอง</b>				-5.571	0.000
กลุ่มควบคุม	128.15	9.32	14.88		
กลุ่มทดลอง	140.50	2.21	38.12		

กำหนดนัยสำคัญ p-value  $< 0.05$ , สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 60.69 (mean rank = 18.71) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.50 (mean rank= 34.29) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองเท่ากับ 77.27 (mean rank = 35.37) และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 70.08 (mean rank = 17.63) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	Mean	S.D.	Mean rank	Z	p
<b>ก่อนทดลอง</b>				-3.715	0.000
กลุ่มควบคุม	67.50	6.60	34.29		
กลุ่มทดลอง	60.69	4.62	18.71		
<b>หลังทดลอง</b>				-4.235	0.000
กลุ่มควบคุม	70.08	6.77	17.63		
กลุ่มทดลอง	77.27	3.01	35.37		

กำหนดนัยสำคัญ p-value <0.05, สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

### สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์พบว่า มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มที่ได้รับการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์และ สุวรรณ บุญสีพรรณ<sup>16</sup> ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน ระดับดีมากและเสนอแนะว่าบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีแผนเชิงรุกโดยให้ความสำคัญในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ขณะ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ด้านการมีสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพด้าน การมีกิจกรรมและการออกกำลังกายลดพฤติกรรมเสี่ยงตลอดจนลดการแพร่เชื้อเอชไอวี โดยการใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์และสอดคล้องกับ สิริลักษณ์ นานาวชิต<sup>14</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สถานะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ รับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน ไวรัส จากผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลและ แนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็นต้องประเมินการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในทุกครั้งที่ผู้รับบริการมารับบริการเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ข้อมูล ที่ถูกต้องและนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ที่มีเพศสัมพันธ์กับทุกคนไม่ว่าจะเป็นคู่นอนประจำ คู่นอนชั่วคราวและคู่อื่นๆที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน เพื่อป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อเพิ่ม การสังเกตอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัว ขณะมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการดื้อยาต้านไวรัส รวมถึงการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงกรณีที่มีไขมันในกระแสเลือดสูง

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อป้องกันการขาดยาต้านไวรัส ซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการดื้อยาได้

### ข้อเสนอแนะ

การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผลจากการวิจัยข้อมูลที่จำเป็น ต้องส่งเสริมได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกคน การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดมีเพศสัมพันธ์ขณะมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ การปรึกษาแพทย์หรือ พยาบาลเมื่อมีอาการข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัส การจำชื่อ สี ขนาดของยาต้านไวรัส ความเสี่ยงต่อ การดื้อยาต้านไวรัส รวมถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเป็นต้น ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงแล้วก็ตามแต่ยังมีความจำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเองเพื่อเพิ่มการรับรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับข้อมูลแบบสั้นและการ ให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเช่นระดับ CD4, HIV viral load รวมถึงอัตราการขาดนัดและดื้อยาเมื่อครบ 12 เดือน

1.2 ควรศึกษาวิจัยเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อครบ 12 และ 24 เดือนเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการนี้เพื่อพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องเหมาะสมกับ สถานการณ์อยู่ตลอดเวลา

1.3 ควรศึกษาวิจัยการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยอาสาสมัคร ศูนย์องค์รวมในคลินิกภายใต้การให้คำปรึกษาของพยาบาลในคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพและพัฒนา รูปแบบบริการโดยมีอาสาสมัครร่วมด้วยเพื่อให้สามารถให้บริการให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง

1.4 ควรมีการศึกษาวิจัยในคลินิกบริการอื่น ๆ ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักระบาด สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://aidsboe.moph.go.th/aids.system/aids.Surveillance.system>
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์เอดส์ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dqiaids.ddc.moph.go.th>
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์: 2542
4. คณะเชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย (ออนไลน์). [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.aidthai.org/th/uploads/content/download/506bdee9cb546.pdf2554>.

5. คัธรียา สงแจ้ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2522
6. ชัญญา คุ่มครอง, วันทนา มณศรีวงศ์กุล, พูลสุข เจนพานิชย ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วารสารเกื้อการุณย์ 2561; 21:211-218
7. ดวงหทัย สุทธิชม ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ กรณีศึกษาในศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554
8. ทองดี ยานจอหอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2548
9. นันทินารี คงยืน การเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีคัดการณ์การเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4:349-358
10. มินดา บัวสาย ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กรับเลี้ยงติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555
11. ศูนย์ข้อมูลระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebreport/LoginServlet>
12. ศูนย์คอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลอุดรธานี รายงานสถิติผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2563-2565 อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี 2565
13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549
14. สิริลักษณ์ นานาวิชิต ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิก ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552
15. เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2549
16. เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์, สุวรรณ บุนยสิทธิ์พรณ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในโรงพยาบาลชุมชน วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556, 6 (3), 140-147
17. อำนาจ ไชยเทศ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552