

ผลของโปรแกรมการสนทนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว
ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของ
มหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เคียวอิศเรศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาคชูป)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เคียวอิศเรศ)


.....กรรมการ
(ดร. เขมารดี มาสิงบุญ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๑ เดือน กยพ พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงรวมทั้งประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.มณีนรัตน์ ภาครูป และกรรมการควบคุมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยเหลือวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำและประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตึก เกษัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านประจำคลินิกนภา และแกนนำผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ที่ให้ข้อมูลตลอดจนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ และครอบครัว ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง บุตร และเพื่อนร่วมรุ่น คณะพยาบาลที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแก่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว

53920044: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
 คำสำคัญ: การสนทนาบำบัด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส
 ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว: ผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
 เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (THE
 EFFECTS OF THERAPEUTIC CONVERSATION PROGRAM FOR HIV/ AIDS AND
 FAMILY'S ON HEALTH BEHAVIORS AMONG HIV/ AIDS RECEIVING ANTI-HIV
 DRUGS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D., วรณี เดียววิเศษ, Ph.D.,
 102 หน้า, ปี พ.ศ. 2560.

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย
 จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 ที่มีประสิทธิภาพสูงและมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ สามารถ
 ดำรงชีวิตได้ปกติและมีอายุยืนยาว แต่มีบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวี/ เอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำ ร่างกายอ่อนแอเป็นผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย การวิจัย
 ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสนทนา
 บำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
 เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน
 50 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับ
 โปรแกรมการสนทนาบำบัด 4 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ
 เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ
 ค่าที

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัด
 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัวมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ผลการวิจัยนี้ แสดงว่าโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
 และครอบครัว สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
 ที่ได้รับยาต้านไวรัสให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม

53920044: MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: THERAPEUTIC CONVERSATION PROGRAM, HEALTH BEHAVIORS AMONG HIV/ AIDS RECEIVING ANTI-HIV DRUGS

THRIPARAPORN SUNGSIKAW: (THE EFFECTS OF THERAPEUTIC CONVERSATION PROGRAM FOR HIV/ AIDS AND FAMILY ON HEALTH BEHAVIORS AMONG HIV/ AIDS RECEIVING ANTI-HIV DRUGS) ADVISORY COMMITTEE: CHINTANA WACHARASIN, Ph.D., WANNEE DEOISRES, Ph.D 102 P. 2017.

AIDS is an important public health problem worldwide including Thailand. With advanced medical treatment, HIV/ AIDS persons who received highly effective anti-retroviral therapy together with appropriate health behaviors are able to live longer with normal life. Contrarily, those who have inappropriate health behaviors may lead to low immunity, weakness, and opportunistic infection easily.

The purpose of this quasi- experimental study was to examine the effect of Therapeutic Conversation Program for HIV/ AIDS and Family on health behaviors among HIV/ AIDS infected persons receiving anti-retroviral medication. Fifty HIV/ AIDS infected persons were equally divided into control group and experimental group using simple random sampling. The experimental group received four weekly sixty-minute sessions of Therapeutic Conversation Program for HIV/AIDS and Family while the control group received regular nursing care. Pretest and posttest data were collected using Health Behavior Record Form of HIV/ AIDS Infected Person. Frequency, mean, standard deviation, and *t*-test were computed for data analysis.

The results revealed that after the experiment, experimental group receiving the Therapeutic Conversation Program for HIV/ AIDS and Family had statistically and significantly higher mean difference scores of health behaviors than those who received regular nursing care at a significant level of .05.

Finding indicates that Therapeutic Conversation Program for HIV/ AIDS and Family can promote appropriate healthy behaviors of HIV/ AIDS infected persons receiving with anti-retroviral treatment.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ขอบเขตของงานวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์.....	9
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	16
แนวคิดระบบครอบครัวกับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์..	17
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์.....	21
รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
รูปแบบการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
ขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	36
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอคส์ ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	51
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	55
อภิปรายผล	55
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	57
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	67
ภาคผนวก ก.....	68
ภาคผนวก ข.....	69
ภาคผนวก ค.....	98
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	102

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	49
2	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 รูปแบบการทดลอง	30
3 โปรแกรมการสนทนาบ้ำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 36.9 ล้านราย ประเทศไทยปี 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสะสม 1,526,028 และคาดว่าปี 2558 จะมีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต 16,054 ราย จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 5,729 ราย และได้รับยาต้านไวรัส 3,923 ราย และอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 264 ราย เป็นอันดับ 2 ของจังหวัดบุรีรัมย์ (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2558) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเดิมภายใน 28 วัน ในปีพ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันเท่ากับ 12.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน คือ น้อยกว่าร้อยละ 3 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์, 2558)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการรักษาส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดได้น้อยกว่า 50 เซลล์ไมโครลิตร เป็นผลให้ลดอัตราการตายจากเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลดอัตราป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น (สุเมธ องค์กรบรรณคดี, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โล่ห์เลขา, 2557) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วันเพ็ญ วนาภรณ์, เขมารดี มาสิงบุญ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง (2553) และยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุมากกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ เหมาะสม คือ การรับยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง มีการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดวงใจ แซ่หยี่ และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ได้ศึกษาผลโปรแกรม

การจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังได้รับโปรแกรมฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบหลักโภชนาการและออกกำลังกายด้วยยี่ด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีภาวะสุขภาพดี มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส บางกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการออกกำลังกาย และการพักผ่อนไม่เหมาะสม (Kanittha, Nittaya, & Supachai, 2010) รับประทานยาต้านไวรัส ไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ถูกต้อง ไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณ บัญยะลิพรรณ, 2556) และมีพฤติกรรมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมหลังทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และผู้ติดเชื้อ ฯ เกิดการดื้อยาต้านไวรัส (สันตนิย์ สินารักษ์, 2556) ซึ่งจะมีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี ให้ลดต่ำลงได้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเป็นผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถทำงานได้ ผลกระทบที่ตามมา คือ การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม เกิดภาวะเครียด การรับรู้สึกทางประสาทสัมผัสสติปัญญาและการตอบสนองเปลี่ยนแปลง การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เปลี่ยนไปด้านบทบาทและสัมพันธภาพ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวจึงมีหน้าที่ช่วยในการดูแลสุขภาพและต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมา จากการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา และชิตารัตย์ สุวรรณ (2549) พบผลกระทบต่อครอบครัว คือ เกิดความเหนื่อยล้าและเครียด เกิดภาวะเศร้าโศกสูญเสียและวิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรค เกิดความสับสนวุ่นวาย เกิดภาวะสูญเสียความมีคุณค่ากับครอบครัว เกิดภาวะสูญเสียภาพลักษณ์ของครอบครัวเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัว ทำให้ส่งผลต่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป สุไศดาร์ แวตะ, กิตติกร นิลมานันต์ และประณีต ส่องวัฒนา (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุตติมระยะสุดท้าย พบว่าผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ดูแลได้รับ คือ ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายทรุดโทรม มีความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ สูญเสียรายได้มีหนี้สินและแยกตัวออกจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม คือ ปัจจัยผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล ไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และเรื่องยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ชรรณกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย และเขาวรัตน์

อินทอง (2553) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์และความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส การสื่อสารเป็นปัจจัย ที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมีความรู้ได้ การศึกษาของ อรดี โชติ, สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา และอารี ชิวเกษมสุขเสน (2558) พบปัจจัยการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการทบทวน กรณีศึกษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากการศึกษาของ Pongpat & Kammant (2011) พบปัจจัยจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การเกิดภาวะแลคติกอะซิโดซิส และกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างรุนแรงสัมพันธ์กับการได้รับยา ต้านไวรัสด้วยสตาเวดิน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบการศึกษาของ ภูริชญา บุรินทร์กุล, วารุณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (2550) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนอกจากจะได้ยาต้านไวรัสแล้วต้องมี พฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย เช่น การรับประทานยาตรงเวลาการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาด และปรุงสุกใหม่ ๆ บริโภคน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะการออกกำลังกายและพักผ่อน การดูแล ตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสิ่งอันตรายหลีกเลี่ยงการดื่ม ที่เป็นแอลกอฮอล์ และงดใช้สารเสพติดและไอวี สิทธิรัตน์ จันทระมะ โน และเจนระวี สว่างอารีรักษ์ (2554) ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเชื่อ ว่าโรคนี้นั้นโรคสังกรรมรังเกียจ รักษาไม่ได้ และเป็นเวรกรรม เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้จะส่งผลต่อ การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ Chokchai, Basamat, and Sutham (2012) ศึกษาหาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี อนงค์ อรุณรุ่ง, ชยภรณ์ ธนาภิรุณ, และนันทนา วงษ์อินทร์ (2558) ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ แรงสนับสนุนของครอบครัว และจิตตะวัน จิตระกุล (2555) ได้ศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ และส่งผลต่อความสามารถในการดูแล ตนเองให้ดีขึ้น คือ แรงสนับสนุนทางครอบครัวและ จิตตะวัน จิตระกุล (2555) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ

คือ ปัจจัยด้านความรู้และประสบการณ์ ปัจจัยสภาวะทางอารมณ์และสภาพจิตใจ และปัจจัย การสนับสนุนทางครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลสนับสนุน การรักษา และส่งเสริมผู้ติดเชื้อ ฯ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ครอบครัวเป็นระบบ ที่มีความเป็นองค์รวมของหน่วยย่อยจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวและมีบทบาท หน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อ สมาชิกคนอื่น ๆ ในระบบครอบครัว และระบบครอบครัวก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Wright & Leahy, 2013) จากการศึกษาของ นีรานุช สุริยะรังสี (2554) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการส่งเสริม บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตามความเชื่อของตนเอง (Wright & Bell, 2009) มีการศึกษาการปฏิบัติดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อ เช่น การศึกษาของ สุภศรัย สว่างวงศ์ (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ พบว่า การดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยของหญิงชายบริการมีวิธีปฏิบัติในการดูแลอาการเจ็บป่วยและการป้องกัน โรค ตามที่ตนมีความรู้และความเชื่อของตนเอง หากมีความเชื่อที่ไม่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ พิชญ์สินี ลลิตานุรักษ์ (2553) ศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความรุนแรงของโรค และปัญหาอุปสรรคของการรักษา ผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้เพิ่มขึ้นแล้วมีการปรับเปลี่ยน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น และตระหนักใส่ใจ ในการดูแลสุขภาพยิ่งขึ้น Wacharasin (2010) พบว่า การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สามารถส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยครอบครัว มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลรักษาเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษา พร้อมทั้งให้กำลังใจ และสนับสนุนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ Wantana, Ong-On, & Pichai (2012) ศึกษา

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและการใช้วิถีทัศน์เป็นสื่อการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทำให้เห็นว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองหรือการดูแลสมาชิกครอบครัวอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งหากบุคคลหรือครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่เอื้อหรือขัดขวางความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ บุคคลหรือครอบครัวก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลหรือครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ บุคคลหรือครอบครัวก็จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ซึ่งครอบครัวจัดได้ว่าเป็นระบบหนึ่งที่มีสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลา สมาชิกครอบครัวจะมีการรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการทางอารมณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในครอบครัว

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว บทบาทของครอบครัวจึงต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ทั้งการดูแลสุขภาพ และสนับสนุนการดูแลรักษาให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม และการสนทนาการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวได้เปิดเผยพูดคุยถึงปัญหาสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาบำบัด เพื่อครอบครัวจะได้ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

ผลต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

และครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

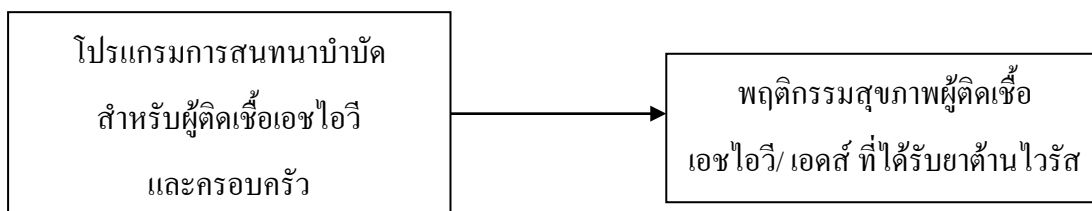
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) และการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model) ของ Wright and Bell (2009) ระบบครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อย และในระบบย่อยประกอบด้วยหน่วยย่อยบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว และระบบใหญ่ภายนอก เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าจะส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นด้วย และกระทบไปยังครอบครัวทั้งระบบ การที่ครอบครัวจะปรับตัวอย่างไรหรือจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับบริบทและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกครอบครัว

การพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการสนทนาบำบัดที่ประสานความเชี่ยวชาญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ สมาชิกของครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และพยาบาลเป็นการบอกเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและครอบครัวจะทำให้เปิดเผยความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้แก่ ความเชื่อพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงจากยาต้านไวรัส และการรักษาระยะยาว การสนทนาบำบัดระหว่างพยาบาลกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นการทำความเข้าใจความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จและความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

เป้าหมายหลักของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวเป็นการเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อ

ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ซึ่งจะมีผลทำให้ครอบครัวมีการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน และมีผล Viral load มากกว่า 50 Copies/ ml
2. ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง รวมถึงบุคคลที่ไม่ใช่ญาติ แต่สมาชิกในครอบครัวให้การยอมรับว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวและไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทนในการดูแลรักษา และอยู่บ้านเดียวกันมากกว่า 6 เดือน ที่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดการศึกษาครั้งนี้
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ หมายถึง การปฏิบัติการดูแล รักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ประกอบด้วย พฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์โดยดัดแปลงจากแบบสอบของ นีรนุช สุริยะรังสี (2554) และประณีต ส่วงวัฒนา, ประนอม หนูเพชร และพัชรียา ไชยลังกา (2554)
4. รูปแบบการพยาบาลปกติ หมายถึง การบริการทางการพยาบาลที่คลินิกนรีนวม ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ คือ การตรวจร่างกาย ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาต้านไวรัส ให้ความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อน โรคฉวยโอกาส มารับการรักษาตามนัด และมีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเยี่ยมบ้าน

5. โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาล การสนทนาระหว่างพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวที่เน้น การปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยประยุกต์ รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model) (Wright & Bell, 2009) รูปแบบการสนทนา บำบัด ๑ ทำ 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง และแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โปรแกรม ๑ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ 2) การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเรื่อง การให้ยาต้านไวรัส 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง 4) การแยกแยะ ความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อการเจ็บป่วยที่เอื้อต่อ การเปลี่ยนแปลง 5) การสะท้อนคิดและสรุปการประเด็นที่จะปฏิบัติต่อไป

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ต้องได้รับการรักษาให้ยาต้านไวรัสทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 6 เดือน มี Viral load มากกว่า 50 Copies/ ml ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 25 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย จำนวนทั้งหมด 50 ราย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปรวมครอบคลุมเนื้อหาในรายละเอียดต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. แนวคิดระบบครอบครัวกับการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย

แนวคิดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

Human Immunodeficiency Virus (HIV) หรือเชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสก่อโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคภูมิคุ้มกันเสื่อม เกิดขึ้นในผู้ที่มีประวัติภูมิคุ้มกันแข็งแรงมาก่อน เชื้อเอชไอวีแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ HIV-1 และ HIV-2 เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสใน Family retroviridae ซึ่งเป็น Family ใหญ่ประกอบขึ้นด้วยไวรัสมากมายหลายชนิด Retroviruses เชื้อเอชไอวีมีอนุภาคขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 110 นาโนเมตร เชื้อเอชไอวีเป็นสายพันธุกรรม RNA สายเดี่ยว มีเปลือกนอกเป็นปุ่ม gp 120 และแกน gp 41 เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะเพิ่มจำนวนใน CD4 + T lymphocytes และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วใน Lymphoid organ ก่อนจะแพร่เข้าสู่กระแสเลือด เป็น Acute infection กลไกการติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งภูมิคุ้มกันเสื่อม คือ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วใน Lymphoid organ และแพร่เข้าสู่กระแสเลือดเป็น Acute infection ในระยะ Acute infection ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันทั้ง Cellular และ Humoral immunity ต่อเชื้อเอชไอวี จำนวน CD4 + T cells มีจำนวนลดลงเหลือน้อยจากการถูกทำลายของเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสต่ำมาก จึงทำให้เกิดสถานะไม่สมดุลของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย นำไปสู่สภาพภูมิคุ้มกันเสื่อมและติดตามด้วยการติดเชื้อแทรกซ้อน

(พิไลพันธ์ พุชวิฒนะ, วรณิ กัญฐมาลากุล, ประเสริฐ เอื้อวรากุล, พีรพรรณ ตันอารี และอดิศักดิ์ วงศ์จรศิลป์, 2542) ลักษณะทางคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอคส์ (ประพันธ์ ภาณุภาพ, มนูญ ลิเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ชีร์รัตน์กุล, และสัจชัย ชาติสมบัติ, 2553) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage or carrier stage) หรือเรียกว่า ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ สุขภาพร่างกายแข็งแรง เหมือนคนปกติ อาจมีเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เช่น ไข้หวัด บางคนอยู่ในระยะนี้ 2-3 ปี ก่อนที่จะเข้าระยะต่อไปแต่บางคนอาจไม่มีอาการอยู่นานถึง 10-15 ปี หรือนานกว่านั้นก็ได้ (โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี) ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะนี้แม้ไม่มีอาการก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่น ๆ ได้

2. ระยะที่สัมพันธ์กับเอคส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC) ระยะนี้นอกจากผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังต้องมีอาการบางอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น ต่อม้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน) อูจาเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม (Herpes simplex) และวัณโรคที่ไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis)

3. ระยะเอคส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) หรือเรียกว่า “โรคเอคส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมาก จนถึงจุดวิกฤตที่ร่างกายไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ จากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเหลือน้อยหรือเกือบหมดไป ทำให้มีการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” แล้วแต่ว่าจะติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด อาการแสดงพบได้ในหลายระบบของร่างกาย เช่น ปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* เชื้อราทางเดินอาหารมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก สมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* มีอาการปวดศีรษะมาก คอแข็ง มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) พบมีก้อนโตตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะนี้ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก โดยทั่วไปจะมีชีวิตอยู่ได้ 1-2 ปี

สรุปผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอคส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus) เป็นไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอคส์ แบ่งได้ 2 ชนิด คือ HIV-1 และ HIV-2 ซึ่งมีมากกว่า 10 สายพันธุ์ย่อย (Subtypes) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะเพิ่มจำนวนใน CD4 + T lymphocytes ทำให้เกิดการตายของเซลล์ เชื้อจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วใน Lymphoid organ

และเข้าสู่กระแสเลือดเป็นระยะ Acute infection ร่างกายจะสูญเสีย CD4 + T cells ภูมิคุ้มกันทาน ในร่างกายลดลง ความสามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ต่ำมาก ทำให้เกิดสภาวะไม่สมดุลของ ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย นำไปสู่สภาพภูมิคุ้มกันเสื่อมเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนฉวยโอกาสส่งผล ต่อภาวะสุขภาพเกิดการเจ็บป่วย และมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ประพันธ์ ภาณุภาพ และคณะ (2553) เสนอว่า การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงควรมี การให้บริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuum care) โดยครอบคลุมถึงการดูแลทางด้านกายภาพและการพยาบาลการดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิการบริการ จากการทำงานทีมสหสาขา วิชาชีพของผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อครอบครัวและชุมชน

ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล, สิรินาถ กงนรเศรษฐ์, ศศิวิมล รัตนศิริ และสมนึก สัจมานุภาพ (2550) สรุปเป้าหมายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เอดส์ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ลดปริมาณไวรัสในเลือดให้ได้มากที่สุด คือ น้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร และลดให้ได้นานที่สุด เพื่อหยุดการดำเนินของโรคและป้องกันการติดเชื้อ
3. เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันทั้งในด้านปริมาณ (โดยนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่) และด้านคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)
4. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
5. สามารถใช้สูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคตที่มีผลข้างเคียงน้อยมาก และทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ ดูแลให้ผู้ป่วยมีปริมาณไวรัส HIV น้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตรและน้อยที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable viral load) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้เกิดอาการติดเชื้อ ไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการรักษาเข้าถึงบริการตามสิทธิ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตยืนยาว ที่สุดตามสภาวะโรค

แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

แนวทางการรักษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
แนวทางการรักษาแบบแพทย์แผนทางเลือกและแนวทางการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

1. แนวทางการรักษาแบบแพทย์แผนทางเลือก

ประเทศจีนมีการค้นหายาสมุนไพรที่ออกฤทธิ์ต้านเชื้อเอชไอวี มีการทดลองสมุนไพรจีนที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อเอชไอวีในหลอดทดลองและได้พบพืชมีฤทธิ์ต้านเชื้อเอชไอวี ได้แก่ พืชตระกูลต้นผีเสื้อ พืชตระกูลต้นขางหางเหล็ก ฟ้าทะลายโจร ผักเป็ดน้ำ (ฟิลิพันซ์ พุชวัตนะ และคณะ, 2542)

อำพันธ์ เรียงเสนาะ, ธรรมยา เศรษฐบุปผา และสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2550) ได้ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ คือ ผู้ป่วยเอดส์เชื่อว่าการรับประทานอาหารพื้นบ้าน เช่น มะระจีนก ผักคาวตอง ผักใบเขียว ถั่วต่าง ๆ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น เนื้อวัว เนื้อควาย กุ้ง ปลาไม่มีเกล็ด อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารหมักดอง บางกลุ่มชนเชื่อว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนสามารถปรับสมดุลของสารภายในร่างกายได้ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยได้ จากองค์ความรู้นี้ตรงกับแนวทางการดูแลในแผนปัจจุบันภาวะโภชนาการและระบบภูมิคุ้มกันมีส่วนสัมพันธ์กันภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยใช้สมุนไพรเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทานให้กับร่างกาย เช่น มะระ พืชคาวตอง กล้วยไม้ใบกระเทียม ฟ้าทะลายโจร เสดลพังพอน สะเอม สารระแหน สมุนไพรที่ผู้ป่วยเอดส์นำมาใช้ในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีโดยตรง กระตุ้นภูมิคุ้มกัน โรคและเป็นสมุนไพรที่ใช้รักษาหรือมีฤทธิ์ต่อเชื้อฉวยโอกาส

2. แนวทางการดูแลรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประณิต สงวัฒนา และคณะ (2554) มีแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางพื้นฐาน คือ

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่มีอาการควรได้รับการดูแลเชิงป้องกัน

การแพร่กระจายของเชื้อและส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจตามมาตรฐานเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยได้รับการประเมินระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ครั้งแรก เพื่อวางแผนการดูแลชีวิตที่เหมาะสม ให้ความรู้การปฏิบัติตน การปรับตัวและการยอมรับผลเลือดการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การดูแลด้านจิตใจอย่างเหมาะสม และได้รับการตรวจร่างกายเฝ้าระวังการติดเชื้อแทรกซ้อน

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ควรได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ การประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องยา การบริหารและการจัดการตนเองก่อนได้ยา การเลือกสูตรยาที่รักษา การสังเกตอาการข้างเคียงและติดตามการดื้อยา การดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัยในด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

ประพันธ์ ภาณุภาพ และคณะ (2553) การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการดูแลแบบองค์รวมมีแนวทางการดูแลทางการแพทย์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีการติดตามระยะของโรคโดยการตรวจระดับ CD4 มีการตรวจคัดกรองโรคร่วม เช่น ไวรัสตับอักเสบบี/ซี การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค CMV retinitis มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งทวารหนัก มีการส่งเสริมสุขภาพ

แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยปัจจุบันของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 มีเกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกๆระดับ CD4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณี $CD4 < 500 \text{ cells/mm}^3$ ในกรณี $CD4 > 500 \text{ cells/mm}^3$ จะพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้ ผู้ติดเชื้อที่จะเริ่มยาต้านไวรัสต้องเข้าใจประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ Adherence และยินดีที่จะเริ่มยาต้านไวรัส และมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี $CD4 > 500 \text{ cells/mm}^3$ มีสิทธิเลือกที่จะยังไม่รับยาถ้ายังไม่พร้อมหรือผู้ให้การดูแลรักษาควรพิจารณาเลื่อนการเริ่มยาไปก่อนหากพบมีปัญหาทางสภาพจิตใจหรือสังคมที่ไม่เหมาะต่อการกินยาต่อเนื่อง การเริ่มยาต้านไวรัสในกรณีผู้ติดเชื้อยังไม่มีอาการนี้ประโยชน์ต่อตัวผู้ติดเชื้อไม่ชัดเจนแต่มีประโยชน์ในด้านการสาธารณสุขคือลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี การดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกได้ทั้งในระยะเริ่มแรกของการรักษาและหลังการรักษาเป็นระยะเวลานาน และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเปลี่ยนสูตรยาหรือหยุดยา ผลข้างเคียงจากรักษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผลข้างเคียงที่อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening adverse effects) เกิดอาการได้ดังนี้ มีไข้ ซ้ำพจรเต้นเร็ว ปวดกล้ามเนื้อและข้ออักเสบ อาเจียนปวดท้อง ดีซ่าน มีไข้ โดยมีหรือไม่มีผื่น ร่วมด้วย เกิดอาการเริ่มแบบ Nonspecific gastrointestinal syndrome เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ 2) ผลข้างเคียงที่รุนแรง (Serious adverse effects) เกิดอาการดังนี้ มีผื่นลักษณะแบบ Diffuse Maculopapular rash บางรายมีอาการคันบางรายไม่มีอาการ อาจมีไข้ร่วมด้วย อาการอ่อนเพลียจากโลหิตจางซึ่งจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อแบคทีเรียจากภาวะ Neutropenia อาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดหรือดีซ่าน อาการปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานอาหาร Amylase

และ Lipases สูง 3) ผลข้างเคียงระยะยาว (long-term adverse effects) เกิด Lipohypertrophy มีอาการหน้าท้อง เต้านมใหญ่ขึ้น มีก้อนไขมัน ที่คอด้านหลัง (Dorsocervical fat pad หรือ Buffalo hump) เกิด Lipoatrophy มีอาการแก้มตอแบน ขนขาหยาบ เส้นเลือดดำที่แขนขาเห็นชัดขึ้น ก้น และสะโพกแฟบลง มีอาการขาของเท้าและนิ้วเท้า และเข้าสู่กระแสเลือดเป็นระยะ Acute infection ร่างกายจะสูญเสีย CD4+T cells ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสเป็นเวลานานมีชีวิตยืนยาวขึ้นส่งผลให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการรักษาในระยะยาวจึงควรให้ข้อมูลความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและครอบครัวได้ทราบ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2556)

ผลกระทบของโรคเอดส์

1. ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีผลกระทบทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ พฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตประจำวันทั้งทางตรงและทางอ้อม (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2554) ดังนี้

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเกิดการติดเชื้อเข้าร่างกาย จากพยาธิสภาพทำให้การควบคุมระดับความคุ้มกัน โรคเกิดการบกพร่อง เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนมีรูปร่างหน้าตา และผิวพรรณเปลี่ยนจากการรับยาต้านไวรัส มีผื่นคันตามตัวจากโรคแทรกซ้อน

1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้ติดเชื้อจะเกิดความวิตกกังวล คิดมากนอนไม่หลับ เนื่องจากกลัวคนอื่นหรือสังคมรู้ว่าตัวเองเกิดการติดเชื้อ แล้วเกิดการตีตราหรือรังเกียจจากสังคม

1.3 ผลกระทบต่อด้านพฤติกรรม สังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยบางกลุ่มคือ ผู้ติดเชื้อไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง เนื่องจากนายจ้างเลิกจ้าง จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ทำงานได้ลดลง ซึ่งมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยคือ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดังนั้นจึงต้องการผู้ดูแลส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นผู้ใกล้ชิด คือ ครอบครัว การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์จะเป็นการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทั้งที่บ้าน และการเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จึงทำให้ครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า และเครียดได้ เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวและเกิดปัญหาขึ้น ครอบครัวที่สามารถปรับความสมดุลได้ดี ก็พบปัญหาน้อย ส่วนครอบครัวที่ไม่สามารถปรับความสมดุลได้ดี ก็เกิดมีปัญหามาก และมีครอบครัวจำนวนมากที่ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้เหมาะสม ทำให้เกิดความสับสนวุ่นวายและเกิดความเครียด ส่งผลต่อบทบาทและหน้าที่

ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป ผลกระทบต่าง ๆ ที่สำคัญต่อครอบครัว คือ (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2548)

2.1. ภาวะเศร้าโศกสูญเสียที่อาจเกิดภาวะวิกฤตชีวิตได้ เช่น การสูญเสียความเป็นบุคคลสูญเสียความนับถือคิดว่าครอบครัวด้อยค่าทำให้ขาดสัมพันธภาพกับครอบครัวอื่น บางครอบครัวแยกตัวออกจากสังคม

2.2. ภาวะเครียดและวิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยหรือ การแพร่กระจายของโรคที่ความรุนแรงมากขึ้น

2.3. ภาวะสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีคุณค่ากับตัวเองและครอบครัวซึ่งบุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองหรือครอบครัวได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลหรือครอบครัวดำเนินอยู่จึงอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้บุคคลและครอบครัวจะรู้สึกเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก ภาวะสูญเสียมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่

2.3.1 ไม่สามารถควบคุมตนเองในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง การควบคุมอารมณ์ก้าวร้าวและความรุนแรง ทำให้รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ขาดที่พึ่ง

2.3.2 ขาดการแสวงหาความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ขาดข้อมูลในการรักษา เรื่องโรคและอาการของโรค การเปลี่ยนแปลงของตนเอง ขาดความเข้าใจในเรื่องชีวิต ดังนั้นจึงเกิดการตัดสินใจที่อาจไม่ถูกต้อง และมีความสงสัยหวาดระแวงผู้อื่น

2.3.3 เกิดความบกพร่องในสัมพันธภาพกับผู้อื่น เกิดการแยกตัว รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่ร่วมมือในการรักษา และบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตน

2.3.4 ใช้วิธีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ไปพึ่งพาสิ่งเสพติด ปล่อยชีวิตเป็นไปตามยถากรรม หลีกหนีสังคม แยกตัว คิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

2.4. เกิดภาวะสูญเสียภาพลักษณ์ เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวทำให้ครอบครัวรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ บางครอบครัวไม่ยอมคบหาสมาคมกับผู้อื่นทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลและขาดโอกาสในการได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก บางครอบครัวมีความทุกข์ทรมานมากในการเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2.5. เกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัว ขาดแรงจูงใจ มีความคิดในแง่ลบ หมดหวัง

2.6. เกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยในครอบครัวทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวส่งผลให้การฝ่าฟันอุปสรรคของครอบครัวลดลงและการช่วยคำจุนจิใจครอบครัวลดลง บางครอบครัวถึงกับหมดหวังและฆ่าตัวตาย

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดทางสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอ็ดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ทั้งทางกายและจิตใจที่ต้องเผชิญจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ที่มีภาวะสุขภาพที่ดีตามสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติและมีชีวิตอยู่ได้ยืนนานนั้น เพราะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ พิมพวัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน (2542) ได้สรุปจากการสังเคราะห์และวิเคราะห์งานวิจัยได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็น 4 ประเภท ดังนี้ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง 2) พฤติกรรมป้องกันสุขภาพเพื่อป้องกันหรือเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย 3) พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงเพื่อดำรงสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น เลิกมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 4) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรักษาเยียวยาอาการทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งที่เป็นการกระทำด้วยตนเองและ/ หรือพึ่งพาผู้อื่น

นิรนุช สุริยะรังสี (2554) สรุปพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถดูแลตนเองได้ดังนี้ 1) พฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ กลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ให้ได้ผลดีต้องรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 ขึ้น คือ ถ้ารับประทานวันละ 2 ครั้งใน 1 เดือนจะลืมรับประทานยามากกว่า 3 ครั้งไม่ได้ซึ่งความสม่ำเสมอ (Adherence) เป็นพฤติกรรมและเป็นความสามารถของผู้ป่วย 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยทั่วไปดังนี้ พฤติกรรมรับประทานอาหารเพียงพอและครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคและมีสุขภาพแข็งแรง พฤติกรรมออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมการหยุดเสพยาเสพติดหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ พฤติกรรมผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหวัดโอกาสพฤติกรรม

สุเมธ องค์กรบรรณคดี, ชีวพันธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โล่ห์เลขา และเอกจิตรา สุขกุล (2557) ได้จัดทำแนวการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ข้อมูลในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสได้เหมาะสมและถูกต้อง โดยการค้นหาคัดกรองโรค ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เพื่อให้ข้อมูลและติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การคัดกรองทางด้านสุขภาพจิต หรือด้านจิตใจเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าให้ได้เร็วโดยใช้แบบประเมิน Q2 และ Q9 เพื่อให้ข้อมูลการดูแลด้านความเครียด การคัดกรองด้านโภชนาการและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดเนื่องจากการกินยาต้านไวรัสบางชนิดโดยเฉพาะกลุ่ม PIs มีผลข้างเคียงระดับไขมัน ในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจึงมีความสำคัญ

สรุป พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ต้องดูแล ให้เหมาะสม คือ พฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์

แนวคิดระบบครอบครัวกับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ครอบครัวจัดได้ว่าเป็นระบบอย่างหนึ่ง โดยที่สมาชิกแต่ละคนเป็นหน่วยหนึ่งของ ครอบครัว ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัว เกิดการเจ็บป่วยขึ้นการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การช่วยเหลือและดูแลสมาชิกที่ป่วย ได้แก่ การให้กำลังใจ คอยดูแลหรือเตือนให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ การสนับสนุนส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับบุคคลหนึ่งใน ครอบครัวก็จะทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปด้วย และในที่สุดระบบ ครอบครัวโดยรวม ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2542)

ครอบครัวเป็นระบบที่มีความเป็นองค์รวมของหน่วยย่อยจากการมีปฏิสัมพันธ์ของ สมาชิกครอบครัวและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งในยาม ปกติและเจ็บป่วยเมื่อมีการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในระบบครอบครัวและระบบครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม (Wright & Leahey, 2013)

ครอบครัวเป็นระบบย่อยหนึ่งในสังคมใหญ่ที่มีลักษณะเฉพาะประกอบด้วย หน่วยของกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันเกี่ยวข้องกันและปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีบทบาทหน้าที่ และปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวให้บรรลุเป้าหมาย บทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพเป็นแบบแผน พฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออก เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยบทบาทของ ครอบครัวคือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นในครอบครัว สมาชิกของครอบครัว ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถคงไว้ซึ่งความสมดุล (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

สรุป ครอบครัวเป็นระบบย่อยหนึ่งในสังคมที่มีลักษณะเฉพาะประกอบด้วยหน่วยของกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันเกี่ยวข้องกันและปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บทบาทหน้าที่ในการดูแล ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวคือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น คือ การช่วยเหลือ และดูแลสมาชิกที่ป่วย ได้แก่ การให้กำลังใจ คอยดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ การสนับสนุนส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

บทบาทครอบครัวในการดูแลและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

จากแนวคิดระบบครอบครัวเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจึงมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือและดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพสมาชิกที่ป่วยด้วย ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทในการดูแล ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีพฤติกรรม สุขภาพเหมาะสม จากการศึกษาของ Wacharasin and Homchampa (2008) เสนอว่า ครอบครัว มีรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

1. การยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีครอบครัวเชื่อว่าการยอมรับจากครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการมีชีวิตอยู่มนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับโดยครอบครัว
2. ครอบครัวไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่กับผู้ติดเชื้อ/ เอดส์ได้ไม่รังเกียจ เข้าใจ ความรู้สึกและความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ เอดส์ สิ่งเหล่านี้เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่สำคัญมากด้านความรู้สึกกลัวถูกรังเกียจจากสังคม
3. การแสวงหาความรู้ เรียนรู้และการช่วยเหลือครอบครัวจะแสวงหาข้อมูล แหล่งช่วยเหลือและหาความรู้เพื่อใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จากหลายแหล่ง และหลากหลายวิธีเช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปรึกษากับแพทย์และพยาบาล พูดคุยกับเพื่อน ผู้ติดเชื้อ ๆ และการเข้าชมรมผู้ติดเชื้อเพื่อหาความรู้มาพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือดูแล ผู้ติดเชื้อ ๆ หรือผู้ป่วยเอดส์

4. การสนับสนุนให้กำลังใจครอบครัวเชื่อว่า ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีกำลังใจ ไม่เครียดจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานขึ้น โดยครอบครัวพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน และทำกิจกรรมด้วยกัน

5. การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งทางจิตใจและสังคมที่สำคัญ ซึ่งผู้ติดเชื้อ/ เอดส์ มีความต้องการมากโดยการพูดคุยให้กำลังใจ ความรู้ คำปรึกษา มีผลทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม

6. การปกปิดความลับ ครอบครัวเคารพในสิทธิและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยครอบครัวจะช่วยกันปกปิดเกี่ยวกับการติดเชื้อของสมาชิกครอบครัวไม่ให้คนอื่น ที่ผู้ติดเชื้อ/ เอดส์ ไม่ต้องการให้รู้แม้กระทั่งบุคคลนั้นจะเป็นบุคคลในครอบครัวก็ตามเหตุผล เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจถูกเหยียดหยามและพูดคุย ๑ กันไป นำไปสู่ ความเสื่อมเสียต่อวงศ์ตระกูลทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมของครอบครัว พ่อ แม่ ลูก หลาน สามี และภรรยา

7. การเผชิญความเครียดและการช่วยผ่อนคลายความเครียดครอบครัวเชื่อว่า ความเครียด มีผลต่อการลดภูมิคุ้มกันของโรคและครอบครัวพยายามป้องกัน ไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เกิดความเครียดด้วยการพูดปลอบใจ การไม่ใช้คำพูดที่กระทบกระเทือนหรือทำให้เสียใจหรือ คิดมากกังวล และครอบครัวช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยการสวดมนต์ แผ่เมตตา การทำสมาธิ การพาไปเที่ยว

8. การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพประกอบด้วยด้าน

8.1 ครอบครัวให้การดูแลเรื่องการให้ยาด้านไวรัสและยามาเชื้อช่วยหาข้อมูล การรักษาด้วยยาด้านไวรัส และการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัส การกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงเวลา

8.2 การดูแลเรื่องอาหารครอบครัวให้ความสำคัญกับการบำรุงร่างกายด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่รับประทานของแสลงครอบครัวเชื่อว่าอาหารจะช่วยเพิ่ม ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

8.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสครอบครัวเชื่อว่าผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย มีภูมิคุ้มกันต่ำจึงเน้นให้ผู้ติดเชื้อมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่นการไม่อยู่ในที่มีคน แออัดและที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกการงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่

8.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ครอบครัวจะเน้นการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ไปยังบุคคลอื่นคือการไม่มีเพศสัมพันธ์กับ คนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

8.5 การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน เช่น กระตุ้นให้ออกกำลังกายในที่อากาศบริสุทธิ์ การแนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ ไม่ให้ทำงานหนักหรือหักโหมมากเกินไป และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี

8.6 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ครอบครัวช่วยนำส่งโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ต้องการมากที่สุด

9. การไม่แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จะไม่พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับญาติหรือผู้ป่วยเตียงอื่น เนื่องจากความรู้สึกที่มีญาติป่วยด้วยโรคเอดส์จึงไม่อยากให้ใครรู้เรื่องความเจ็บป่วยของญาติตนเองซึ่งแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ

10. การบอกความจริงเกี่ยวกับโรค ครอบครัวต้องการให้แพทย์ผู้รักษายอมรับความจริงตั้งแต่แรกว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์เพื่อช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

11. การคงไว้ซึ่งคุณค่า เกียรติยศและศักดิ์ศรีของครอบครัวเมื่อครอบครัวเข้าใจความรู้สึกตนเอง ยอมรับความสามารถและเห็นคุณค่าของตนเอง ครอบครัวจึงต้องการรักษาศักดิ์ศรีเกียรติยศ

สรุป เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทร่วมในการดูแลรักษาและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม บทบาทของครอบครัวในการร่วมดูแลรักษาและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ครอบครัวต้องยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีของสมาชิกครอบครัวไม่รังเกียจซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ต้องการความรักความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับ โดยครอบครัว ครอบครัวต้องมีความรู้และเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ/ เอดส์ การสนับสนุนให้กำลังใจ คำปรึกษา ช่วยปกปิดเกี่ยวกับการติดเชื้อของสมาชิกครอบครัวไม่ให้คนอื่นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ไม่ต้องการให้ทราบสำคัญมาก ด้านความรู้สึกกลัวถูกรังเกียจจากสังคม ช่วยผ่อนคลายความเครียดอาจด้วยการสวดมนต์แผ่เมตตา การทำสมาธิและการพาไปเที่ยว พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ครอบครัวต้องดูแลรักษาและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมคือ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรม การออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

จากการทบทวนผลงานวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ แต่การศึกษานี้จะเสนอเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และการสนับสนุนของครอบครัว ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยนำที่เป็นพื้นฐานอยู่ภายในบุคคลและครอบครัว (Green & Kreuter, 1991) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดจากความรู้อย่างเข้าใจ หรือทักษะประสบการณ์หรือการศึกษา หากต้องการให้บุคคล ครอบครัวมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมจึงต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การจัดอบรม การสอนให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการส่งเสริมสนับสนุน ให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, วาสนา จันทร์สว่าง และชนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2554) มีงานวิจัยที่ศึกษาด้านความรู้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ (2556) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 9 เรื่อง พบว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวีอันดับแรก คือ การให้ความรู้ และจากการศึกษาของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โรคเอดส์ โดยศึกษาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์สูงมีความรู้เรื่องเอดส์ในระดับต่ำและในกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยมีความรู้ค่อนข้างสูง และการศึกษาของ พิชญ์สินี ลลิตานุรักษ์ (2554) ได้ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาและการป้องกัน โรคมีการตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

2. ความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพและความสมดุลของบุคคล ครอบครัว และเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงที่มีการประเมินผลลัพธ์ การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวครอบครัวอย่างเป็นระบบ ความเชื่อ (Beliefs) เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ถูกกำหนดโดยโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Biopsychosocial-spiritual structures) (Wright & Bell, 2009) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การเกิดโรค การเยียวยา และการรักษา

ความสามารถในการจัดการควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา/จิตวิญญาณ การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความเชื่อการตอบสนองต่อความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating beliefs) เป็นความเชื่อที่เพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ความเชื่อนี้มีผลให้สมาชิกดูแลกันด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเกิดการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining beliefs) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่เกิดขึ้นหากครอบครัวเชื่อว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่ฐานะของครอบครัว หรือความไม่เข้าใจกันของสมาชิกครอบครัวทำให้ครอบครัวละเลยไม่สนใจหาทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วย ทำให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ยังคงอยู่เช่นกัน (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) มีงานวิจัยหลายเรื่องที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยเป็นฐานคิด เช่น จากการศึกษาของ วิไล อารีรุ่งเรือง (2551) พบว่า รูปแบบการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และนารี คงกระจ่าง (2551) ได้ศึกษาการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวเหมาะสมมากขึ้น จากการศึกษาของ นิลุบล วินิจสาร (2554) ได้ทดสอบโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยเป็นฐานคิด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมนี้พฤติกรรมดูแลสุขภาพเท่าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และจากการศึกษาของ พัฒน์ สมคิด (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษาใช้รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยเป็นฐานคิด มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและความดันโลหิตลดลงนอกจากนี้การศึกษาของ วาสนา ชำนาญอักษร (2551) พบว่า รูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความทุกข์ ทรมานของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และยังช่วยให้ครอบครัวสนับสนุนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในการดูแลสุขภาพด้วย

3. ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว จากแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวตามสถานภาพของแต่ละคน และสมาชิกครอบครัว

แต่ละคนก็ได้ปฏิบัติต่อกันเพื่อให้ครอบครัวอยู่ได้อย่างสมดุลเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความสุข
เบียงเบน เจ็บป่วย จะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ครอบครัวต้องมีสมาชิกในครอบครัว
มาทำบทบาทผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยครอบครัวจึงจะอยู่อย่างสมดุลได้ สมาชิกที่เจ็บป่วยก็จะมีภาวะสุขภาพ
สมดุลเหมาะสมตามสภาวะโรคด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัว จากการศึกษาของ
ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2553) ได้ศึกษา พฤติกรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัส
เอชไอวี ที่มีชีวิตตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป หลังจากการรับยาต้านไวรัส พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อ
การดูแลปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถสร้างและได้รับกำลังใจได้ คือ ครอบครัว ญาติ
พี่น้อง เพื่อนในชมรมเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของ เรียม นมรักษ์ (2560) พบว่า ปัจจัย
พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลให้ผู้สูงอายุภาวะ
น้ำหนักเกิน ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสม
มากขึ้น การศึกษาของ อติยา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2551) ได้ศึกษาโปรแกรมการสนับสนุน
กลุ่มครอบครัวต่อการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาอาการทางลบของผู้ป่วย
จิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและอาการ
ทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย

รูปแบบความเชื่อของการเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) (Wright & Bell, 2009
อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) พัฒนามาจากการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัว
ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บป่วยทางจิต และการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจนเป็นรูปแบบ
ที่มีคุณภาพสามารถประยุกต์ใช้ได้กับครอบครัวที่มีลักษณะสังคมที่แตกต่างกันและได้รับ
การยอมรับอย่างแพร่หลายในนานาประเทศ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญ
ของความเชื่อที่เป็นหัวใจการดูแลสุขภาพและความสมดุลของบุคคลและครอบครัว และรูปแบบ
ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนี้มีวิธีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัว
อย่างเป็นระบบ ถือเป็นรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือ
ภาวะคุกคามชีวิต จุดเน้นการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ
ของครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การวินิจฉัย ความก้าวหน้าของโรค
ความสามารถในการดูแลรักษาของครอบครัว ศาสนา/ จิตวิญญาณ และบทบาทของผู้ดูแลสุขภาพ
ต่อปัญหา/ ความเจ็บป่วย

รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้
(Wright & Bell, 2009 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

1. การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a context for changing beliefs)
2. การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Assessing, Uncovering and distinguishing illness beliefs)
3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Intervening and challenging constraining beliefs)
4. การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness beliefs)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพยาบาลด้านครอบครัวโดยใช้โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว โดยประยุกต์จากแนวคิดความเชื่อการเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a context for changing beliefs) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี (Engagement) เริ่มโดยการแนะนำตนเองระหว่างผู้วิจัยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ ระยะเวลา ขอบเขตการสนทนา และสร้างสัมพันธภาพโดยใช้เครื่องมือ คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) โครงสร้างความผูกพันในครอบครัว (Family attachment) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนครอบครัว

2. การแยกแยะปัญหาหรือความเจ็บป่วย (Distinguishing the problems or illness concerns) การกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวถามคำถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบในแต่ละครั้ง (One question question)

3. การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing obstacles to change) ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและการแยกแยะปัญหาที่อาจพบว่ามีอุปสรรค เช่น มีบุคคลภายนอกครอบครัวเข้ามาขณะจัดทำโปรแกรม สมาชิกในครอบครัวมีภารกิจเร่งด่วน บุตร/ หลานในครอบครัวร้องขอแรงบวมน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และการแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Assessing, uncovering and distinguishing illness beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดที่เชื่อเชิญ

ให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical narratives) พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเริ่มจากการเชื่อเชิญให้เล่า การสะท้อนคิดเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัย ผู้คิดเชื่อ ฯ และครอบครัวร่วมกันค้นหาและแยกแยะ ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดของโรคหรือความเจ็บป่วย (Beliefs about etiology)

และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการค้นหาความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ อาจแตกต่างกันในแต่ละคนแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเองหรือเชื่อว่าความรับผิดชอบของคนอื่น หรือเชื่อว่าเป็นสาเหตุจากภายนอก

2. ดำเนินการสนทนากับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว

เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามในประเด็น ดังนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการและอาการแสดงของโรค การใช้ยาต้านไวรัส พฤติกรรม การออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นจากการรักษาและได้รับยาต้านไวรัส กรณีที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวกล่าวถึง การปฏิบัติเมื่อเกิดด้านบวก ผู้วิจัยให้แรงเสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย

3. ผู้วิจัย ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวสนทนาถึงความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ โดยกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวเล่าความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ เช่น คุณคิดว่าปัจจุบันผู้คิดเชื่อ ฯ มีการรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องเหมาะสมหรือยัง ปัจจุบันผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานอาหารเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือไม่ การป้องกันการแพร่กระจายของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ มีวิธีการจัดการอย่างไรบ้าง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการเล่าของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมาแยกแยะวางแผนการส่งเสริมและการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

4. เชิญเชิญผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวให้ถามคำถาม (Inviting family

members to ask questions) ในแต่ละครั้งที่ออกวิจัย เช่น มีคำถามที่คุณอยากถามผู้วิจัยที่ต้องการคำตอบในการดูแลสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมั้ยคะ

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Intervening and challenging constraining beliefs) เป็นการเชื่อเชิญให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว

สะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้คำชื่นชม (Offering commendations) กับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวในการสนทนาเพื่อเป็นการชี้จุดแข็งความสามารถของบุคคลและครอบครัว การให้คำชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำได้จริงมีฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึก ว่าไม่จริงใจ คำชื่นชมที่ให้ความเป็นภาษาที่ครอบครัวใช้ ผสมผสานกับความเชื่อของครอบครัว ในการให้ความมั่นใจความเชื่อมั่นหรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดีควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัวเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพิ่มการยอมรับของครอบครัว และชื่นชมเมื่อพบว่า ครอบครัวมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ควรให้คำชื่นชมครอบครัว เมื่อเสร็จสิ้นการพบกัน รวมถึงก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือคำแนะนำ

2. ผู้วิจัยสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้พูดคุยถึงความเชื่อ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในหัวข้อดังนี้ การใช้ยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาและได้รับยาต้านไวรัส โดยผู้วิจัยซักถามเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูล โดยใช้แนวคำถามเช่น การรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้องรับประทานอย่างไร และมีอะไรบ้างเป็นอุปสรรคในการรับประทานยาให้ถูกต้อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีวิธีการจัดการที่เหมาะสมอย่างไรและมีอะไรบ้างเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การออกกำลังกาย มีประโยชน์อย่างไรต่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ปัจจุบันมีการออกกำลังกายอย่างไรบ้างมีอะไรบ้างเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย

3. การแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม (Distinguishing incongruence between beliefs and behavior) ซึ่งให้เห็นถึงความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อของบุคคลกับสิ่งที่เขาปฏิบัติไม่ใช่เป็นการตำหนิ การกล่าวโทษ หรือเน้นผลกระทบที่เกิดจากการกระทำนั้นแต่เป็นการทำให้บุคคลตระหนักและยอมรับความไม่สัมพันธ์หรือความขัดแย้งกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้นซึ่งทำได้โดย 1) ค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และ 2) เน้นให้บุคคลเห็นถึงความไม่สัมพันธ์ของความเชื่อและพฤติกรรมการแสดงออก คิดหาเหตุผลคำอธิบายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวยอมรับสิ่งเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิบัติตรงกับความเชื่อ ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

4. การเสนอสิ่งสมมติที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Offering hypothetical facilitating belief) คำถามสมมติเป็นวิธีการถามทางอ้อมของการเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ข้อสมมติที่ใช้ถามมีอำนาจทำลายให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวเกิดความเชื่อใหม่และพิจารณาทางเลือกใหม่ หรือลองคิดหาหนทางใหม่ ๆ

5. การแยกปัญหา อากาการ และการแก้ปัญหาออกจากตัวบุคคล (Externalizing problems symptom and solutions) มุมมองนี้จะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกไม่ใช่ที่ตัวบุคคล แต่มีอิทธิพลจากภายนอก ดังนั้นจุดเน้นปัญหา คือ เน้นทางออกหรือวิธีการแก้ปัญห โดยการถามคำถามที่กระตุ้นสมาชิกครอบครัวมองเห็นปัญหา วิธีแก้ปัญห และวิเคราะห์อิทธิพลของปัญหา ความเจ็บป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว

6. การเสนอความคิดที่แตกต่าง (Offering differing opinions: split-opinion intervention) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายและแตกต่างกัน ซึ่งเป็นการปฏิบัติการเพื่อแยกแยะความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น โดยผู้วิจัย ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวร่วมกันเสนอความคิดเห็นและสนับสนุนหรือทำลายความเชื่อของติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว วิธีการนี้จะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลายในการเผชิญปัญหา เกิดการพัฒนาความคิด นำเอาความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ ทำให้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวคิดแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง

7. การใช้ผลการวิจัย (Using research findings) คือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวรับฟังความรู้ใหม่ ๆ อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนการดูแลและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

8. การใช้คำพูดและน้ำเสียงที่นุ่มนวลและมีพลังที่จะเชื่อเชิญให้เกิดการเยียวยา (Using words/voice to invite healing) การใช้คำพูดและน้ำเสียงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะมีผลทำให้ผู้ฟังรู้สึกดี ถ้าหากใช้คำพูดไม่เหมาะสมก็จะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสะท้อนคิดออกมาได้และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness beliefs) เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม และเพื่อให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัววางไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดั้น

1. การตั้งใจและพยายามที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Pursuing change) ทำให้สามารถแยกแยะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้คือ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาซึ่งบ่อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวยังไม่ได้ตระหนักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาทำขึ้น บ่อยครั้งที่ครอบครัวไม่สามารถบอกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ และเมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวได้พูดและสะท้อนคิดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวแยกแยะการเปลี่ยนแปลงได้

2. การมองหาการเปลี่ยนแปลง (Seeing change) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยการกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยถามเกี่ยวกับอิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างผู้คิดเชื่อเอชไอวี และครอบครัว ต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งอาจมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางบวกและทางลบ และในทางกลับกัน การเปลี่ยนแปลงก็มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว

3. การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring change) จากทฤษฎีระบบการเปลี่ยนแปลง ส่วนใดส่วนหนึ่งในระบบจะกระทบต่อส่วนอื่นในระบบด้วย หมายถึง เมื่อการเปลี่ยนแปลงถูกแยกแยะความแตกต่าง ก็จะต้องสำรวจความแตกต่างของระบบ และสำรวจจากมุมที่แตกต่างของระบบ และสำรวจจากมุมที่แตกต่างกันด้วย โดยกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวสำรวจหลังจากผู้คิดเชื่อ ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมีอะไรบ้าง ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เช่น ภาวะสุขภาพของผู้คิดเชื่อ ๆ ระบบการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่คุณดูแลผู้คิดเชื่อ ๆ หรือการออกไปประกอบอาชีพของสมาชิกครอบครัว เป็นต้น

4. การเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting observations of other's observations) เป็นการประเมินการรับรู้ความเชื่อหรือการปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งผ่านการสะท้อนคิดของอีกคนหนึ่ง

5. การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง (Exploring the effects of change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคง คือ การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกครอบครัว โดยการสำรวจและการสะท้อนคิดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วย

6. เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting explanations of change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะและยืนยันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งถ้าสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้เท่ากับว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่ต่อไป

7. กระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อและครอบครัวแยกแยะความแตกต่างของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Distinguishing facilitating beliefs) ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จเปิดโอกาส

ของทางเลือก ความคิดใหม่ ๆ สัมพันธภาพ และความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการ
แก้ปัญหา ในส่วนนี้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อที่เป็นอุปสรรคไปเป็นความเชื่อที่เอื้อต่อ
ความสำเร็จ

8. การฉลองการเปลี่ยนแปลง (Celebrating change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
ควรจะได้รับ การชื่นชม โดยการใช้คำพูดที่แสดงถึงการชื่นชม

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนคิดและสรุปประเด็นที่สำคัญในการใช้โปรแกรม ฯ เพื่อทบทวน
การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อและให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยให้ผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดความรู้สึกรู้สึกจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมสนทนากับ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว และผู้วิจัยสะท้อนคิดในการทำวิจัยโปรแกรมสนทนากับ
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวให้รับทราบ

จากการทบทวนวรรณกรรมเมื่อมีสมาชิกครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จะมีผลกระทบต่อ
ทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ คือ ด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตสังคม สังคมเศรษฐกิจ กระทั่งต่อ
ครอบครัวสมาชิกครอบครัวต้องมาดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ผลทำให้ทั้งผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเกิดภาวะเครียด สูญเสียคุณค่ากับตัวเองและครอบครัว สูญเสีย
ภาพลักษณ์ จากการทบทวนพบปัจจัยที่มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ
ไม่เหมาะสมคือ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์และเรื่องยาต้านไวรัส มีผลต่อพฤติกรรม
ความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปัจจัยการสื่อสารซึ่งจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถสื่อสารกับผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ เอดส์ ได้เหมาะสม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ คือ
แรงสนับสนุนครอบครัว เมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวก็จะปฏิบัติดูแลสุขภาพ
และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และปัจจัยด้านความเชื่อ บุคคลและครอบครัว
เชื่อว่าการมีสุขภาพดีนอกจากจะได้ยาต้านไวรัสแล้วต้องมีการพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย เช่น
การรับประทานยาตรงเวลาการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาดและปรุงสุกใหม่ ๆ บริโภค
น้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายและพักผ่อน การดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย และซึ่งหาก
บุคคลหรือครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรก็จะปฏิบัติอย่างนั้น
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนากับสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส
โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนากับครอบครัวจะได้ส่งเสริมสนับสนุน
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย ได้รับโปรแกรมการสนทนา บำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย เป็นกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดตามรูปแบบการวิจัย

O_1	x	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	หมายถึง	กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส
กลุ่มควบคุม	หมายถึง	กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ
O_1, O_3	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1
X	หมายถึง	โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัว

O ₂ ,O ₄ ไอวี/	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะหลังเสร็จสิ้น การดำเนินโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว
---	---------	--

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ที่มารับยาต้านไวรัส มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกมากกว่า 6 เดือน โรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ เพศหญิงและชายที่ได้รับยาต้านไวรัส 6 เดือนขึ้นไป ที่คลินิกโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคัดเข้าดังนี้

1. อายุ 20-60 ปี
2. มีระดับ Viral load มากกว่า 50 Copies/ ml ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้และไม่ปกปิดสถานภาพการติดเชื้อต่อครอบครัว
3. มีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง สามารถเข้าร่วม โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส และมีหน้าที่ให้ความดูแลให้ความช่วยเหลือที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. สามารถมองเห็น เข้าใจและสื่อสารไทยได้

5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

คุณสมบัติในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรม ฯ ต่อได้ เช่น ภาวะโรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติสคาริโน (Pneumocystis Carinii Pneumonia: PCP) โรคฉี่หนู โรคปอด โรคติดเชื้อราในทางเดินอาหาร โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโทคอกคัส (Cryptococcus) โรคมะเร็ง “คาโปซิ ซาร์โคมา” (Kaposi's sarcoma) มีอาการแสดงที่ผิวหนัง เป็นต้น
2. ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ที่ไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ และครอบครัวได้ครบ

ขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ Polit and Hungler (1987) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 โดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) เท่ากับ .86 เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ซึ่งได้จากการคำนวณผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม จากการศึกษาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของ วิไล อารีรุ่งเรือง (2551) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการดังนี้

1. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่คืนที่ ดังนี้
 - 1.1 คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพศหญิงและชายที่มารับการรักษาคด้วยยาต้านไวรัสในคลินิกนภา โรงพยาบาลสตึก จากเวชระเบียนและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลประจำคลินิก เพื่อคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.2 คัดเลือกและจัดทำลกรายชื่อหน่วยตัวอย่างตามคุณสมบัติที่มารับบริการ และเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มารับบริการประมาณ 20-30 รายต่อสัปดาห์ จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ วันอังคารที่ 1 และ 2 ของสัปดาห์แรกของเดือน เป็นกลุ่มทดลอง และวันอังคารสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของเดือน เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อช่วยลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Contaminated effect)
 - 1.3 นำลกรายชื่อหน่วยตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่มารับบริการสัปดาห์ที่ 1 ของทุกหน่วยประชากรมาใส่ในกล่องและดำเนินการจับลกราย จำนวน 12 ราย
 - 1.4 นำลกรายชื่อหน่วยตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่มารับบริการสัปดาห์ที่ 2 ของทุกหน่วยประชากรมาใส่ในกล่องและดำเนินการจับลกรายจำนวน 13 ราย รวมกลุ่มทดลองเท่ากับ 25 ราย
 - 1.5 นำลกรายชื่อหน่วยตัวอย่างของกลุ่มควบคุมที่มารับบริการสัปดาห์ที่ 3 ของทุกหน่วยประชากรมาใส่ในกล่องและดำเนินการจับลกราย จำนวน 12 ราย

1.6 นำผลการรายชื่อหน่วยตัวอย่างของกลุ่มควบคุมที่มารับบริการสัปดาห์ที่ 4 ของทุกหน่วยประชากรมาใส่ในกล่องและดำเนินการจับฉลาก จำนวน 13 ราย รวมกลุ่มควบคุม เท่ากับ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โครงสร้างพันธุกรรมครอบครัว (Family genogram)

2.2 โครงสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Attachment)

2.3 โครงสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (Ecomap)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่พักอาศัยอยู่ด้วยของบุคคล สถานะของผู้ป่วย ในครอบครัว อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ผลของระดับ Viral load ระยะเวลาที่ทราบว่า ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ (นิรนุช สุริยะรังสี, 2554) ซึ่งได้พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ของ คำริห์ ทริยะ (2549) สร้างจาก แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) และแบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ 2554) แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ประกอบด้วย การรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรม สุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์ จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ ประกอบด้วย คำถามด้านบวก 25 ข้อ และด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีอยู่ 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก

คะแนน 5 ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ ทุกวัน/ ทุกครั้ง
คะแนน 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 4-6 ครั้ง/ สัปดาห์
คะแนน 3 ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์
คะแนน 2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ เดือน
คะแนน 1 ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับกิจกรรม ที่กระทำเลย

คำถามด้านลบ

คะแนน 1 ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นข้อความนั้นตรงกับ กิจกรรมที่กระทำทุกวัน/ ทุกครั้ง
คะแนน 2 ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 4-6 ครั้ง/ สัปดาห์
คะแนน 3 ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์
คะแนน 4 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ เดือน
คะแนน 5 ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับกิจกรรม ที่กระทำเลย

การแปลผลคะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่าจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง
เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวผู้วิจัยได้ประยุกต์
จากแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009) และค้นคว้าจากตำราและเอกสารต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้องในเนื้อหาารูปแบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ประกอบด้วย ขั้นตอนย่อย ๆ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการสนทนากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรคการรักษาไปสู่การบอกเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ ๆ และครอบครัวดังนี้ 1) ความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลของครอบครัวและการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ดังนี้ พฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้ 1) การให้คำชื่นชมผสมผสานกับความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ที่ครอบครัวปฏิบัติได้ให้เกิดความมั่นใจ 2) การใช้คำถามหนึ่งคำถามที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต้องการคำตอบในการดูแลครั้งนั้น ๆ 3) การแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม 4) การเสนอสิ่งสมมติที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ 5) การแยกปัญหา อาการ และการแก้ปัญหา 8) การเสนอความคิดที่แตกต่างเป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายและแตกต่างกันเพื่อแยกแยะความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น 9) การใช้ผลการวิจัยเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นข้อมูลในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค 10) การเสนอหรือการเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ 11) การใช้คำพูดและน้ำเสียงที่นุ่มนวลและมีพลังที่จะเชื้อเชิญให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีขึ้น มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ

- 1) การสำรวจมองหาการเปลี่ยนแปลง
- 2) เชื้อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสำรวจการเปลี่ยนแปลง
- 3) สำรวจผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 4) เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 5) การแยกแยะความแตกต่างของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนคิดและสรุปการประเด็น คือ 1) ผู้วิจัยทบทวนบทบาทของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรม การออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ 2) สรุปการประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้กระทำร่วมกัน และสรุปประเด็นที่ต้องดำเนินต่อไป 3) ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว และพุดชักจูงให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป 4) ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดความรู้สึกรู้สึกจากการได้เข้าร่วม โปรแกรมสนับสนุนบำบัด และผู้วิจัยสะท้อนคิดในการทำวิจัย โปรแกรมสนับสนุนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวให้รับทราบ พร้อมทั้งกล่าวอำลาและบอกเวลานัดพบในวันต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

1.1 การหาความตรงด้านเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหาความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษามีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ดังนี้ ให้ความหมายและอธิบายให้ชัดเจนในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โรคระบบทางเดินหายใจ และการจัดการสุขภาพที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา พฤติกรรม

การรับประกันยาต้านไวรัส แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น

1.2 การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ครอบครัว แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .85

2. การพัฒนาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และพัฒนาศักยภาพผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยการนำโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวจำนวน 3 ครอบครัว และนำมาปรับโปรแกรมฯ ในการเยี่ยมครั้งที่ 2, 3 และ 4 เพิ่มการแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงผนวกไปกับขั้นตอนที่ 1 เพื่อติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อพฤติกรรมสุขภาพจากการเยี่ยมในครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส 06-06-2559 วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ดำเนินการศึกษาโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้วผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวและแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่ได้รับจากการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏอยู่แต่จะใช้รหัสแทนชื่อเพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัยในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ถอนตัวออกจากการวิจัยภายหลังไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นไบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้วผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการทดลองดังนี้

1.1 ติดต่อขออนุมัติหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้

1.2 ผู้วิจัยขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่รักษาที่คลินิกนภา จากแผนกเวชระเบียนและทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.3 การเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากความเกรงใจในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ของการวิจัยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยจัดอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำความเข้าใจ กระบวนการวิจัยครั้งนี้ ฝึกการใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และจริยธรรมวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับและคำตอบทุกอย่าง หรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยและนำมาใช้เฉพาะ การศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 30-45 นาที) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลพบผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ครั้งแรกที่คลินิกนภา กล่าวทักทายแนะนำตัวเอง พุดคุยและซักถามเกี่ยวกับ อาการทั่วไปและชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้ทำ Pre-test แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ นัดหมายครั้งต่อไป 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 30-45 นาที) ผู้วิจัยพบผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เพื่อดำเนินการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทำแบบประเมิน Post-test ตามแบบประเมินเดิม กล่าวขอบคุณครอบครัวที่ให้ความร่วมมือและปิดสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 30-45 นาที) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลพบผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่คลินิกนภา โรงพยาบาลสตึก ตามรายชื่อที่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การเก็บข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลดำเนินการทำ Pre-test แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื้อ

เอชไอวี/ เอดส์ ในผู้ป่วยและครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย นักคิดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ในสัปดาห์นั้น โดยตกลงวัน เวลา ที่สามารถลงโปรแกรมวิจัยได้ และผู้วิจัยจัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่อยู่หมู่บ้านเดียวกันและหมู่บ้านใกล้เคียงกันในวันเดียวกัน ครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวที่บ้าน (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ

1. การสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเองพูดคุยและซักถาม และชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ให้รับทราบ โดยใช้เครื่องมือโครงสร้างครอบครัว โครงสร้างพันธุกรรมครอบครัว (Family genogram) โครงสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวและโครงสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (Ecomap) ในการสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการสนทนากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรค การรักษาและพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เพื่อค้นหาและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคการเจ็บป่วย การรักษา

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่องการให้ยาด้านไวรัส การจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาด้านไวรัส การป้องกันและการแพร่เชื้อ และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

3. เชื่อเชื่อยให้ครอบครัวสะท้อนคิด การอธิบายความเชื่อการเจ็บป่วย การได้รับยาด้านไวรัส การจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาด้านไวรัส การป้องกันและการแพร่เชื้อ และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการเชื่อเชื่อยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง

1. การให้คำชื่นชมผสมผสานกับความเชื่อของครอบครัว ให้เกิดความมั่นใจความเชื่อมั่นหรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้เหมาะสมแล้ว

2. การใช้คำถามการรักษาเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรือความเจ็บป่วย คือ ถามครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เชื้อเชิญครอบครัวให้ถามคำถามด้านสุขภาพหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบในการดูแล

3. การแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม เพื่อค้นหาความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว โดยค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม และให้ข้อมูลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในบางประเด็น

4. การสะท้อนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวโดยผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัว เมื่อเสร็จการสนทนากับครอบครัว เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวได้ฟัง รับรู้ ได้คิด เกี่ยวกับตนเอง เกิดความเข้าใจปัญหาหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อฯชัดเจนขึ้น

5. การเสนอความคิดที่แตกต่าง เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายและแตกต่างกัน เพื่อแยกแยะความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น โดยผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวร่วมกันเสนอความคิดเห็นหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และสนับสนุนหรือท้าทายความเชื่อของครอบครัวที่ถูกต้องเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเกิดการพัฒนาความคิดนำเอาความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวคิดแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง

6. การเสนอข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ก่อนเสนอข้อมูลต้องถามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ว่าสนใจที่จะฟังเรื่องราวที่จะเล่าหรือไม่ เพื่อไม่เป็นการบังคับให้ฟังและ เพื่อเชิญร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะเล่าด้วย ซึ่งเรื่องราวที่เล่าให้ฟังนี้จะทำให้มีทางเลือกที่เหมาะสมมากขึ้นดังนี้

6.1 เรื่องรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่า ร้อยละ 95 ขึ้น เช่น ถ้าวรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ใน 1 เดือนจะลืมรับประทานยามากกว่า 3 ครั้งไม่ได้

6.2 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสโดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น การไม่อยู่ในที่มีคนแออัดและที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การงดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากคนปกติไปสู่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ด้วยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยด้วยการแยกข้าวของเครื่องใช้เฉพาะคน การระวังไม่ให้มีบาดแผลและการดูแลเมื่อมีบาดแผล

6.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีครอบครัวมีบทบาท คือ แนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อ ไปยังบุคคลอื่น คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

6.4 เรื่องกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส เช่น เมื่อมีอาการเมื่อยล้า ปวดเมื่อยตามตัว หรือเหนื่อยอ่อนเพลีย ควรพักผ่อน หรือนวดเบา ๆ หรือเดินออกกำลังกาย ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ หรือรับประทานอาหารรสจืด อาหารอ่อน ๆ

7. ผู้วิจัยใช้คำพูดและน้ำเสียงที่นุ่มนวลและมีพลังเพื่อที่จะเชื่อเชิญให้ผู้ฟังรู้สึกดี หากใช้คำพูดไม่เหมาะสมก็จะไม่สามารถทำให้ครอบครัวสะท้อนคิดออกมาได้และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลการใช้ผลงานวิจัย ข้อมูลเชิงทฤษฎี ยกตัวอย่างผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ เปิดโอกาสให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว รับฟังความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค อาจเกิดการยอมรับ และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

ขั้นตอนที่ 5 ขึ้นสรุปและสะท้อนคิด

1. ผู้วิจัยทบทวนความเชื่อเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการรับยาต้านไวรัส การจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส การป้องกันและการแพร่เชื้อและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

2. สรุปการประเด็น โดยร่วมกันกับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวในประเด็นที่ต้องดำเนินต่อไป

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยพร้อมทั้งพูดชักจูงให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4. ให้ครอบครัวสะท้อนคิดความรู้สึกรู้สึกจากการได้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ และผู้วิจัยสะท้อนคิด พร้อมทั้งกล่าวอำลา และบอกเวลานัดพบในครั้งต่อไปในการเยี่ยมอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้เชื่อคิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวที่บ้าน (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ กล่าวทักทายผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวด้วยน้ำเสียงนุ่ม และชักชวนให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวได้เล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ปรับเปลี่ยนจากครั้งแรก

เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่เกิดขึ้นอย่างไร และเชื่อเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัววิเคราะห์ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพพร้อมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูล ที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อให้สำเร็จในด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. กระตุ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวให้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เรื่องรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และกล่าวชมเชย สนับสนุนให้ปฏิบัติการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต่อไป

2. ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเล่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และการดูแลของครอบครัวที่เห็นว่ายากที่สุด ซึ่งเป็นกระบวนการค้นหา และแยกแยะความเชื่อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นการเชื่อเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ สะท้อนคิดถึงผลที่เกิดขึ้น และเชื่อเชิญครอบครัวให้ถามคำถามด้านสุขภาพหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบในการดูแลสุขภาพ

2. ผู้วิจัยแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวเห็นถึงความไม่สัมพันธ์ของความเชื่อและพฤติกรรม เพื่อจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และส่งผลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

3. ผู้วิจัยแยกแยะปัญหา และการแก้ปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเล่าเรื่องปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อที่กำลังปรับเปลี่ยน และยังไม่ดำเนินการปรับเปลี่ยนร่วมกับผู้วิจัยวิเคราะห์ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ปัญหามนพื้นฐานของความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลการใช้ผลงานวิจัย ข้อมูลเชิงทฤษฎี ยกตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว รับฟังความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของการดูแลสุขภาพให้มีทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลเรื่องอาหารให้ได้รับประทานอาหารมีประโยชน์ เพื่อช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2. การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีบทบาทคือ กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้มีการออกกำลังกาย แนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ในกลางคืน 6-8 ชั่วโมง และไม่ทำงานหนักหรือหักโหมมากเกินไป

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสรุปและสะท้อนคิด

1. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวทบทวนบทบาทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. สรุปการประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวได้กระทำร่วมกัน และสรุปประเด็นที่ต้องดำเนินต่อไป

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว พร้อมทั้งพูดชักจูงให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

4. ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดความรู้สึกและผู้วิจัยสะท้อนคิด พร้อมทั้งกล่าวอำลาและบอกเวลานัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวที่บ้าน (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ

กล่าวทักทายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวด้วยน้ำเสียงนุ่ม และชักชวนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวได้เล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ปรับเปลี่ยนจากครั้งที่ 1 และ 2 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขึ้นอย่างไร มีผลอย่างไรบ้างต่อผู้ติดเชื้อ ๆ และครอบครัวจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัววิเคราะห์ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพพร้อมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อให้เกิดความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ กระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเห็นว่ายากที่สุด เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้คำชื่นชมผสมผสานกับความเชื่อของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เพื่อให้ความมั่นใจกับครอบครัวและผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม
2. ให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ที่ เห็นว่ายากที่สุด และเชิญครอบครัวให้ถามคำถามด้านสุขภาพหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์
3. ผู้วิจัยแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อพฤติกรรมสุขภาพโดยค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เน้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเห็นถึงความไม่สัมพันธ์ของความเชื่อและพฤติกรรม เพื่อจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และส่งผลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น
4. ผู้วิจัยแยกแยะปัญหา อาการ และการแก้ปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเล่าเรื่องปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อ ๆ ที่กำลังปรับเปลี่ยน และยังไม่ดำเนินการปรับเปลี่ยนร่วมกับผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาทางแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลการใช้ผลงานวิจัย ข้อมูลเชิงทฤษฎี ยกตัวอย่างผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวรับฟังความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ดังนี้

1. การดูแลเรื่องการผ่อนคลายความเครียด
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสรุปและสะท้อนคิด

1. ผู้วิจัยทบทวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
2. สรุปประเด็นที่ได้กระทำร่วมกันและต้องปฏิบัติต่อไป
3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว
4. ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิด และผู้วิจัยสะท้อนคิดพร้อมทั้ง

กล่าวอำลาและบอกเวลานัดพบในการเยี่ยมครั้งที่ 4 อีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวที่บ้าน (ใช้เวลา 30-45 นาที)

ขั้นตอนที่ 1

1. กล่าวทักทายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวด้วยน้ำเสียงนุ่ม และชักชวนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้เล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ปรับเปลี่ยนจากครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ 3 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ขึ้นอย่างไร และกล่าวชมเชยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

2. ผู้วิจัยเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัววิเคราะห์ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนและผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2

1. ผู้วิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวสะท้อนคิดการร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยสะท้อนคิดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว

2. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำ Post-test แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

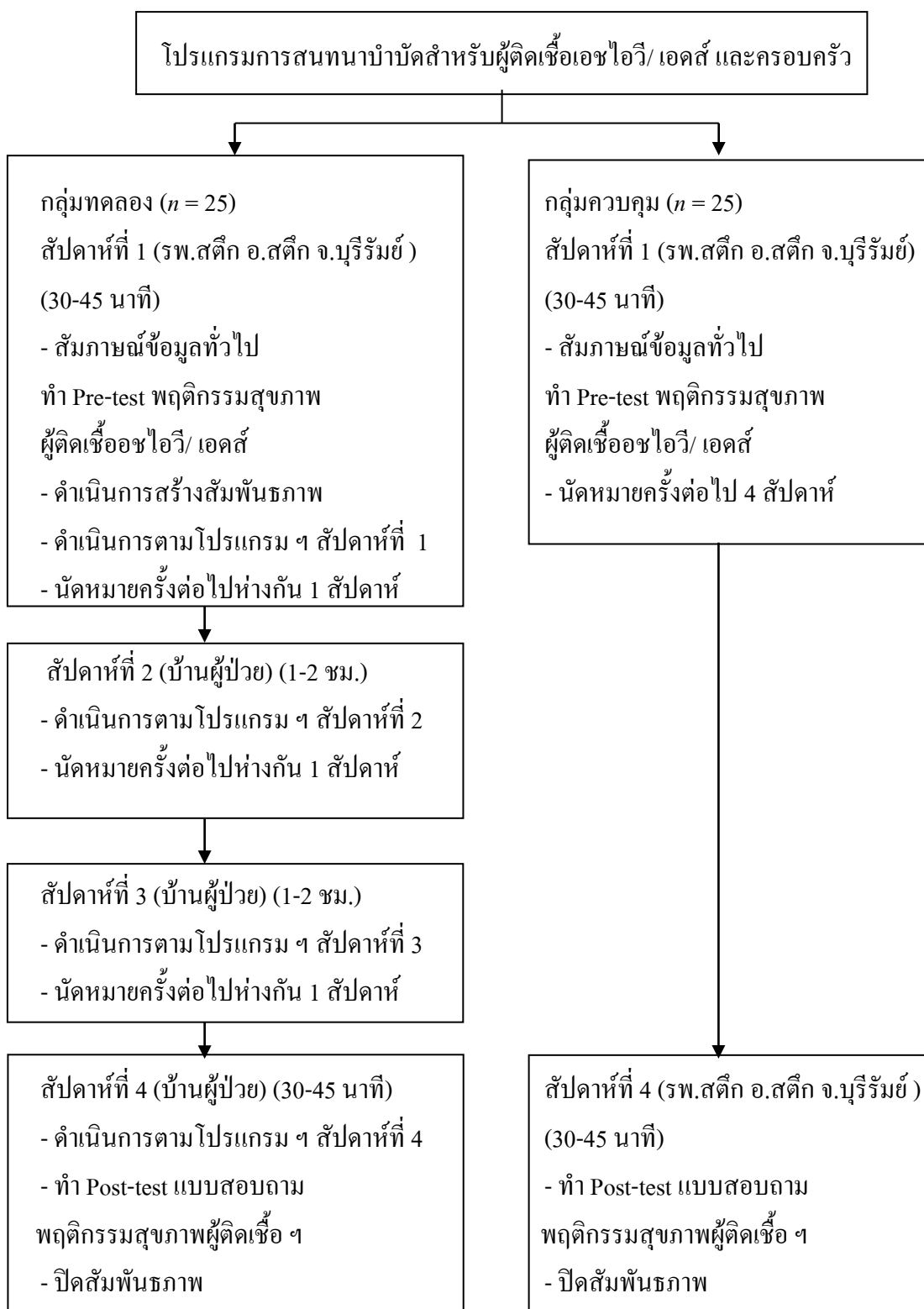
3. กล่าวขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวในการร่วมมือทำวิจัยครั้งนี้ และปิดสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

2. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*- test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



ภาพที่ 3 โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อการศึกษาของผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่มารับบริการคลินิกนภาโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 50 ครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว จำนวน 25 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 ครอบครัว การนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 ซึ่งมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 44) อายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD = 9.56$) ส่วนใหญ่การศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยม (ร้อยละ 76) มีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 44) อาศัยกับบิดามารดาหรือบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 60) สถานะภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 56) และเป็นบุตร (ร้อยละ 36) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 64) รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 6,360 บาท ($SD = .90$) ระยะเวลาทราบผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 6.78 ปี ($SD = 3.34$) ระดับ Viral load อยู่ในกลุ่มระดับ > 50 Copies/ ml ระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 6.02 ปี ($SD = 2.60$) ผู้ดูแลหลักบิดามารดาหรือบุตร (ร้อยละ 60) และสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 36) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 64 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 36) อายุเฉลี่ย 41.85 ปี ($SD = 9.32$) ส่วนใหญ่การศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยม (ร้อยละ 72) มีสถานภาพคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 44) อาศัยกับบิดา มารดา หรือบุตร (ร้อยละ 48) และสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 44) สถานะภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 60) และเป็นบุตร (ร้อยละ 36) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 68) รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 6,760 บาท ($SD = .96$) ระยะเวลาทราบผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 5.48 ปี ($SD = 3.27$) ระดับ Viral Load อยู่ในกลุ่มระดับ > 50 Copies/ ml ระยะเวลา

ได้รับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 5.08 ปี ($SD = 2.76$) ผู้ดูแลหลัก บิดา มารดา หรือบุตร (ร้อยละ 52) และสามี หรือภรรยา (ร้อยละ 36) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่าง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 50$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	11	44	16	64		
หญิง	14	56	9	36		
อายุ ($M = 43$ $SD = .56$) ($M = 41.85$ $SD = 9.32$)						
20-39 ปี	9	36	8	32	.64	.88
50-60 ปี	16	64	17	68		
สถานภาพสมรส						
โสด	7	28	6	24	.14	.93
คู่	11	44	11	44		
หม้ายหย่า/ แยก	7	28	8	32		
การศึกษา						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	19	76	18	72	.10	.74
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4	15	5	21		
ผู้ติดเชื่ออาศัยกับ						
สามี/ ภรรยา	9	36	11	44	.86	.64
บิดา/ มารดา/ บุตร/ ญาติ	16	64	14	56		
สถานะภาพในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	14	56	15	60	.36	.82
บิดา/ มารดา/ บุตร	11	44	10	40		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 25)		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 25)		χ^2	<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ	<i>M</i> = 6,360	<i>SD</i> = .90	<i>M</i> = 6,760	<i>SD</i> = .96		
รับจ้างรายวัน/ รายเดือน	16	64	17	68	.08	.76
เกษตรกร/ ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	9	36	8	32		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
ต่ำกว่า 3,000 บาท	5	20	4	16	.33	.84
3,001-6,000 บาท	9	36	8	32		
> 6,000 บาท	11	44	13	52		
ระยะเวลาทราบผลเลือดติดเชื้อเอชไอวี						
	<i>M</i> = 6.78	<i>SD</i> = 3.34	<i>M</i> = 5.48	<i>SD</i> = 3.27		
6 เดือน-4 ปี	7	28	12	48	2.96	.22
> 4-10 ปี	11	44	10	40		
> 10 ปี	7	28	3	12		
ระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัส	<i>M</i> = 6.02	<i>SD</i> = 2.60	<i>M</i> = 5.08	<i>SD</i> = 2.76		
6 เดือน-4 ปี	8	32	13	52		
4-8 ปี	9	36	5	20		
มากกว่า 8 ปี	8	32	7	28		
ผู้ติดเชื้ออาศัยกับผู้ดูแลหลัก						
สามี/ ภรรยา	9	36	9	36	1.14	.56
บิดา มารดา/ บุตร/ ญาติ	16	64	16	37		

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 136.68 ($SD = 11.06$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 122.48 ($SD = 14.73$) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ .09 ($t = 3.85, P = .09$) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม มีความไม่มีแตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อพิจารณารายด้าน ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนหลังการทดลองดีขึ้น คือ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้นจาก $M = 28.32$ ($SD = 3.82$) เป็น $M = 29.92$ ($SD = .40$) พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อนเพิ่มขึ้นจาก $M = 10.88$ ($SD = 2.93$) เป็น $M = 12.80$ ($SD = 1.58$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจาก $M = 17.08$ ($SD = 1.70$) เป็น $M = 18.00$ ($SD = 1.11$) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นจาก $M = 18.88$ ($SD = 3.49$) เป็น $M = 21.16$ ($SD = 2.24$) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมสนับสนุนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว คือ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 50$)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)				กลุ่มควบคุม ($n = 25$)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
รับประทานยาต้านไวรัส	28.32	3.82	29.92	.40	25.40	4.61	25.60	4.61
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	10.88	2.93	12.80	1.58	9.48	2.72	9.64	2.5
การรับประทานอาหาร	17.08	1.70	18.00	1.11	15.60	2.84	15.76	2.63
การจัดการความเครียด	22.12	2.27	22.12	2.27	17.88	3.98	17.88	3.98
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	22.88	1.85	22.88	1.85	18.92	3.70	18.92	3.70
การป้องกันการติดเชื้อ	18.88	3.49	21.16	2.24	18.28	3.95	18.36	3.96
นวยโอกาส								
กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง	24.56	1.15	24.56	1.15	18.04	2.54	18.04	2.54
ไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส								
รวม	144.72	17.21	151.44	10.00	123.60	24.34	124.20	23.98

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ก่อนการทดลองเท่ากับ 136.68 ($SD = 11.06$) หลังการทดลองเท่ากับ 151.44 ($SD = 6.06$) ผลต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 14.76 ($SD = 8.85$) ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

ก่อนการทดลองเท่ากับ 122.48 ($SD = 14.73$) หลังการทดลองเท่ากับ 124.20 ($SD = 14.27$) และผลต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 1.72 ($SD = 5.50$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของผลต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent samples test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t = 6.25, p = .04$) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 50$)

กลุ่ม ตัวอย่าง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D	SD	t	df	P-Value
		M	SD	M	SD					
กลุ่มทดลอง	25	136.68	11.06	151.44	6.06	14.76	8.85	6.25	40.13	.04
กลุ่มควบคุม	25	122.48	14.73	124.20	14.27	1.72	5.50			

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบศึกษาสองกลุ่มวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังทดสอบ (Pretest/ Posttest design with Non-equivalent groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาไวรัสที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกภาโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด โดยคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ครอบครัว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่คืนที่ดังนี้ คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เพศหญิงและชาย ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในคลินิก ภาโรงพยาบาลสตึก จากเวชระเบียนสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลประจำคลินิก เพื่อคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างในวันอังคารสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง และวันอังคารสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของเดือน เป็นกลุ่มควบคุม จัดทำฉลากรายชื่อหน่วยตัวอย่างของทุกหน่วยประชากรมาใส่ในกล่องและจับฉลากในวันอังคารที่ 1 และ 2 ของสัปดาห์ของเดือน ให้ได้ขนาดตัวอย่างครบจำนวนที่ต้องการแล้วสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยดำเนินการจับฉลากใหม่จนครบขนาดตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 25 คน และดำเนินเช่นเดียวกันในวันอังคารสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของเดือน เป็นกลุ่มควบคุม 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่โปรแกรมการสนทนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ หลังจากผู้ป่วยและครอบครัวเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้สอบถามและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทำ Pre-test แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวกลุ่มทดลอง เพื่อให้โปรแกรมการสนทนบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวตามโปรแกรม 4 สัปดาห์แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ที่บ้าน และนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอคส์ และครอบครัวกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมิน Post-test โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ชุดเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติดังนี้ ข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ โดยใช้ Chi-square test และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอคส์ทั้งก่อนและหลังทดลองโดยใช้การทดสอบทางสถิติ (Independent *t*-test)

สรุปผลการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ กลุ่มทดลองเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 43 ปี กลุ่มควบคุมเพศชายมากกว่าเพศหญิงอายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือบุตรมากที่สุดและสามีหรือภรรยา ระยะเวลาทราบผลเลือดติดเชื้อมี 5-7 ปี และระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัสเฉลี่ยเท่ากับ 5-6 ปี

ผลการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ในกลุ่มทดลองเมื่อพิจารณารายด้านมีค่าคะแนนหลังการทดลองดีขึ้น คือ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อน พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น จากพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ และครอบครัวคือ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส เมื่อเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัด สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ และครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ และครอบครัวมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 6.25, p = .04$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลปกติ

อภิปรายผล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์และครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนทนาบำบัดนี้เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์

และครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสะท้อนคิด การเสนอแนะวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท ตลอดจนการชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวเข้าใจความต้องการของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น จึงสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมยิ่งขึ้น คือ พฤติกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อนผลต่างพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับโปรแกรม การสนทนบำบัดมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wacharasin (2010) ได้ศึกษารูปแบบการสนทนบำบัดครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสามารถส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพได้ การศึกษาของ ศุภศรัย สว่างวงศ์ (2553) พบว่า การดูแลสุขภาพของหญิงบริการเมื่อยามเจ็บป่วยมีวิธีปฏิบัติในการดูแลอาการเจ็บป่วยและการป้องกันโรค ตามความเชื่อที่มีอยู่ หากมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องก็จะมีกรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และ พิชญ์สินี ลลิตานุรักษ์ (2553) ศึกษาแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ พบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้ เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความรุนแรงของโรคและปัญหาอุปสรรคของการรักษา ผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้เพิ่มขึ้นแล้วมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมการสนทนบำบัดนี้ยังส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัว ช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวดีขึ้น ทำให้เกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดี และทำให้ได้ข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวโดยที่ครอบครัวมีความรู้สึกว่าจะไม่ถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างจริงใจ ตรงความเป็นจริง (Wright & Bell, 2009) ผู้วิจัยต้องเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวได้เล่าความเชื่อนั้น ผู้วิจัยต้องตั้งใจฟังการบอกเล่าของผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวอย่างสนใจ และติดตามสิ่งที่ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวพูดเพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวที่ให้การพยาบาลตามปกติ เป็นการให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล ความรู้และการบริการทางการแพทย์ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีการสนทนาที่ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่ได้เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ ฯ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผลการวิจัยเป็นรูปแบบทางการพยาบาลครอบครัว ในการนำเสนอต่อคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระดับต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. ด้านการพยาบาล นำโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมาใช้ในคลินิกนภาและเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3. ด้านการศึกษา ควรมีการพัฒนาและนำหลักการวิธีปฏิบัติโปรแกรมการสนทนาบำบัด สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิต ได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการติดตามผลการวิจัยในระยะยาวอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เหมาะสม คือ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส

จุดแข็งจุดอ่อนและข้อจำกัดของการทำวิจัย

ข้อจำกัดของการทำวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ครอบครัว ข้อจำกัดในการทำวิจัยที่พบ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังเป็นผู้ป่วยที่ประชาชนส่วนใหญ่มองในพื้นที่ทำการทดลองยังมีปัญหารังเกียจ ไม่ยอมรับ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางกลุ่มจึงไม่สมัครเข้าร่วมวิจัย กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจึงเป็นกลุ่มที่เปิดเผยตัวเองกับสังคม ชุมชนละยอมรับการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว แกนนำ และชุมชน มาประมาณ 4-10 ปี จึงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

นอกจากนี้รูปแบบการสนทนาบำบัดครอบครัวเป็นการสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุยชื่นชม การไว้ใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ได้เล่าเรื่องราวการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของครอบครัว การเล่าความเชื่อส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค การดูแลรักษา ซึ่งการสนทนาบำบัดนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวนั้น ได้ทราบข้อมูลและนำมาตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ปฏิบัติเหมาะสม การสนทนาบำบัดจึงเป็นจุดแข็งของงานวิจัย ดังนั้น การที่จะนำรูปแบบมาใช้จริง พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะให้ชำนาญก่อน

จึงจะสามารถใช้ในการสนทนามาใช้จริง พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะให้ชำนาญ
จึงจะสามารถใช้การสนทนาปรับเปลี่ยนความเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวทางการปฏิบัติงาน โครงการการพัฒนาระบบบริการ และติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ. (2553). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น* 16(4), 416-427.
- กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2541). *ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โกวิท พัฒนาปัญญาสัตย์ และจันทพงษ์ ะสี. (2551). *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์*. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. (2558). *รายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. เข้าถึงได้จาก <http://satuekhos.com/index.php/component/content/category/22-2016-07-26-10-18-13>
- จันทน์ จันทร์ทำจิ้น และสุริพร ธนศิลป์. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. *วารสาร โรคเอดส์*, 18(4), 201-213.
- จามจุรี แซ่หลู่. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตตะวัน จิตระกุล. (2555). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี*. ใน ประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติครั้งที่ 4 ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (หน้า 29-35). ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่อง ปัญหาความต้องการศึกษา และรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัว ในเขตจังหวัดระยอง*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ คล้ายนาถ. (2555). *การให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คนุดดา จามจรี. (2549). *หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 7(3), 121-126.
- ดวงใจ แซ่หยี และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 15-25.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย และเยาวรัตน์ อินทอง. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1-11.
- คำรিত ทรียะ. (2549). *การดูแลตนเองของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มเพื่อนโรงพยาบาลแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2549). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พรินท์.
- นภาพรรณ วิริยะศิริกุล, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ และวันฉวี วิรุฬห์พานิช. (2549). อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาระการดูแลต่อพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารโรคเอดส์*, 18(3), 150-160.
- นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา, ชีรพร สติธอังกฤษ และทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- นารี คงกระจ่าง. (2551). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิลบล วินิจสร. (2554). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นිරนุช สุริยะรังสี. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษบา ตันติศักดิ์. (2542). แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร และพัชริยา ไชยลังกา. (2554). การพยาบาลขั้นสูงสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในยุคยาต้านไวรัสเอดส์. วารสารโรคเอดส์, 20(4), 192-212.
- ประพันธ์ กานุกภาพ, มนูญ ลิเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ธีรรัตน์กุล และสัญชัย ชาสมบัติ. (2553). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี 2553. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุณณภา ศรีเมือง และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2554). การดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่บ้านโดยผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(2), 52-60.
- เปรมจิตร ตันบุญยืน. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรา ตันธีรพัฒน์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์สถาบันบำราศนราดูร. วารสารบำราศนราดูร, 4(2), 111-122.

- พัฒน์ สมคิด. (2554). ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชญ์สินี กลิตานุรักษ์. (2554). รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 9(1), 25-53.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน. (2542). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิไลพันธ์ พุชวัฒนะ, วรณี กัญจุมาลากุล, ประเสริฐ เอื้อวรากุล, พิรพรรณ ต้นอารี และอดิศักดิ์ วงศ์จรศิลป์. (2542). เอชไอวีและจุดชีพวย โอกาส. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- ริชญา นุรินทร์กุล, วรณี ฟองแก้ว และพูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. พยาบาลสาร, 34(1), 143-153.
- มณฑิรา เขียวยิ่ง และจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้เรื่องโรคเอดส์และบทบาทสามี/ภรรยาในการดูแลคู่สมรสที่ติดเชื้อเอดส์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และสุวรรณา บุญยะลิพรรณ. (2553). พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ คำรงภคภากร, บุญรอด ดอนประเพ็ญ, ดวงใจ บุญคง และพัฒน์ สมกำลัง. (2556). กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 5(3), 13-24
- เรียม นมรักษ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน: วารสารพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 25-35

- วาสนา ชำนาญอักษร. (2551). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความทุกข์ ทรมาน และการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมในเขตตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชาญ วิทยาชัย. (2540). *เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.
- วีระพล จันทร์ดียิ่ง. (2540). *คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนมุสทกรรม์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันเพ็ญ วนาภรณ์, เขมรดี มาสิงบุญ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง. (2553) *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(1), 13-29.
- ศันสนีย์ สีนารักษ์. (2556). *ความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างถ่วงหน้า*. *วารสารเภสัชอีสาน*, 16(17), 33
- ศุภศรัย สว่างวงศ์. (2553). *การขยายบริการทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพ และความรุนแรงทางเพศของหญิงบริการชาวลาวบริเวณชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี*. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.15.110>
- ศิริรัตน์ กุปติวุฒิ. (2542). *จิตวิทยาครอบครัว การให้คำปรึกษา และครอบครัวบำบัด*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศศิโสภณ เกษรติบุรณกุล, สิรินาถุ กงนรเศรษฐ์, ศศิวิมล รัตนสิริ และสมนึก สังฆานุกาพ. (2550). *ประสิทธิภาพของยาแบบรวมเม็ดที่ประกอบด้วยสตาวูดีนลามิวูดีน และจีพีไอเวียร์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไทย*. *แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย*, 90(2), 237-243.
- สำนักที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผนครอบครัว (ฉบับพกพา)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศิริรัตน์ จันทระโน และเจนระวี สว่างอารีย์รักษ์. (2554). *แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีคุณภาพชีวิตดี*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 57-68.
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรียา ไชยลังกา. (2550). *ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบประสมประสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 284-294.

- สุรางค์ สุรงค์พิตร. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุเมธ องค์กรบรรณคดี, ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โล่ห์เลขา และเอกจิตรา สุขกุล. (2557). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557*. กรุงเทพฯ: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุไยคาร์ เวตะ, กิตติกร นิลมานัต และประณีต ส่งวัฒนา. (2552). ประสิทธิภาพของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 95-109.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 19(1), 48-62.
- เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ. (2556). พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ ml ในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 140
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2551). *การสร้างเสริม สุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน
- อำพันธ์ เรียงเสนาะ, ھرรษา เศรษฐบุปผา และสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2550). ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ล้านนาในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์: ลักษณะของภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา. *พยาบาลสาร*, 34(4), 158-171.
- อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, วาสนา จันทร์สว่าง และชนวรรณ อิมสมบุญ. (2554). *สุขศึกษาและ ประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรดี โชติ, สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา และอารี ชิวเกษมสุขเสน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 41-50.
- อนงค์ อรุณรุ่ง, ชยภรณ์ ธนาบริบูรณ์ และนันทนา วงษ์อินทร์. (2558). การพัฒนาการปรับตัว ด้านบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและครอบครัว ของผู้ป่วยเอดส์โดยการให้คำ ปรึกษาครอบครัว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 26-35.
- อดิยา โพธิ์ศรี และเพ็ญพัทธ์ อูทิส. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการ ทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 1(1), 1-18.

- Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (Eds.), *Health care and human behavior* (pp. 175-208). London: Academic Press.
- Chaiyasit, Y., & Boonyaleepun, S. (2010). Health behavior of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy more than 10 years. *Science and Technology Journal*, 4(8), 10-24.
- Chokchai, M., Basamat, B. E. M. K., & Sutham, N. (2012). People Living with HIV/AIDS in the City of Bangkok: Quality of Life and Related Factors. *Journal of the Medical Association of Thaila*, 95(6), 127-133.
- Finocchiaro-Kessler, S., Berkley-Patton, J., Gerkovich, M., Williams, K., Banderas, J., & Goggin, K. (2011). Baseline predictors of ninety percent or higher antiretroviral therapy adherence in a Diverse Urban Sample: The Role of Patient Autonomy and Fatalistic Religious Beliefs. *Aids Patient Care and Stds*, 25(2), 103-111.
- Gielen, A. C., McDonald, E. M., Gary, T. L., & Bone, L. R. (2008). Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 4, 407-29.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An education and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company
- Kanittha, C., Nittaya, I., & Supachai, P. (2011). Predictive Factors of Antiretroviral (ARV) Drug Adherence among People Living with HIV/ AIDS Attending at Taksin Hospital, Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(7), 775.
- Matthew, J., Mimiaga, S. A., Sergiy, S. D., Sari, L. R., Richard, N., & George, W. (2010). "We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care*, 22(11), 1305-1313.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concept of practice* (4th ed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). *Nursing research: Principle and method* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Wacharasin, C., & Homchampa, P. (2008). Uncovering a Family Caregiving Model: Insights From Research to Benefit HIV-Infected Patients, Their Caregivers, and Health Professionals. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 19*(5), 384-396.
- Wacharasin, C. (2010). Families suffering with HIV/ AIDS: What family nursing interventions are useful to promote healing. *Journal of Family Nursing, 16*(3), 302-321.
- Wantana, M., Ong-On, P., & Pichai, S. (2012). Effects of motivational interviewing or an educational video on knowledge about HIV/ AIDS, Health beliefs and antiretroviral medication adherence among adult thais with HIV/ AIDS. *Pacific Rim International Journal Nursing Research, 16*(2), 124-136.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Canada: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and Intervention* (5th ed.). Philadelphia: E. A. Davis.
- Wynne, E. N. K. R. A., William, A. F., Paul, A. S., Rebecca, A. F., Deborah, H. C., Cynthia A. T., Caroline, R., & Jeffrey, D. F. (2010). Information-motivation-behavioral skills barriers associated with intentional versus unintentional ARV non-adherence behavior among HIV patients in clinical care. *AIDS Care, 22*(8), 979-987.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ เจนใจวิทย์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นายแพทย์อารีย์ นิสกนันต์ นายแพทย์ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสตึก
จังหวัดบุรีรัมย์
4. นางจันทิภา เกตุรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลวังน้ำเย็น
จังหวัดสระแก้ว
5. นางสาวศรีอำพร อยู่บุรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสตึก
จังหวัดบุรีรัมย์

ภาคผนวก ข

โปรแกรมและแบบสัมภาษณ์การวิจัย

โปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ สถานที่โรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะเวลาดำเนินการ โปรแกรม 30 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	30-60 นาที	- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม	- การสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองอธิบายโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กำหนดการ
ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย	1.1 ผู้วิจัยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์เป็นรายกลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาล กล่าวทักทายทำทางเป็นมิตร แนะนำตัวเองและผู้ช่วยวิจัย			
	1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินงาน ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการสนทนาโดยเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง		พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	จะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์
	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัวเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย			
	1.3 ผู้ช่วยผู้วิจัยชี้แจงการเก็บข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้ทำ Pre-test แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์			
	1.4 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัว วันเวลาการเยี่ยมที่บ้าน			

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว สถานที่ ที่บ้าน ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
1. เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว	1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว 1.1 สร้างสัมพันธ์ภาพโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองพูดคุยและซักถามด้วยท่าทางเป็นมิตร และให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวแนะนำตัวเอง 1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ให้รับทราบ 1.3 ผู้วิจัยกับผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ร่วมกันประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัวเช่น การเขียน โครงสร้างพันธุกรรมครอบครัว (Family genogram) โครงสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Attachment) และ โครงสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (ECOMAP) เพื่อให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ได้เห็น	15 นาที	- เครื่องบันทึกเสียง	- การสร้างสัมพันธ์ภาพแนะนำตนเองอธิบายโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กำหนดการ ระยะเวลา จะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เชื่อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ดีขึ้น - การประเมินบริบทของครอบครัวโดยประเมิน โครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ความผูกพันในครอบครัวเพื่อความเข้าใจของบุคคล เกี่ยวกับบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จะทำให้เข้าใจ พลวัตรของครอบครัว เข้าใจประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง วิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว การบการดูแลสมาชิก เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้วิจัย ทำให้ได้ข้อมูลของครอบครัวโดยที่ครอบครัวมีความรู้สึกที่ไม่ถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวค้นหา เปิดเผยความเชื่อ และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสะท้อน	2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเชื้อเชิญให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามดังนี้ 2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของโรค แนวคำถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว “คุณคิดว่าเมื่อเชื้อเข้าสู่ในร่างกายแล้ว การเกิดโรคมักมีการดำเนินอย่างไรบ้าง” 2.2 ผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว สนทนาถึงความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดย - กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว เล่าความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้ เรื่องการรับประทานยาต้าน	20 นาที	- สมุดสำหรับจดบันทึก	หรือปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างจริงจังตรงความเป็นจริง (Wright & Leahey,2009) - เป็นการสนทนาเพื่อประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื้อเชิญให้ผู้ติดเชื้อฯ และครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้ติดเชื้อฯและครอบครัวเห็นว่ายากที่สุดในการดูแลและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่แตกต่างกันการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวก็จะแตกต่างกัน - ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมองเห็นอนาคตที่จะส่งต่อการดูแล (Wright et al., 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	ไวรัส การจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านไวรัส และการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส 2.3 กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว กล่าวถึงการปฏิบัติเมื่อเกิดด้านบวก ผู้วิจัยให้แรง เสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย			
3. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์และ ครอบครัวสามารถ ปรับเปลี่ยนความ เชื่อที่เป็นอุปสรรค ต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์	3. ผู้วิจัยสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้พูดคุยถึงความเชื่อที่เป็น อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และผู้วิจัยซักถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูล โดยใช้แนวคำถามดังนี้ 3.1 เรื่องการใช้ยาต้านไวรัส “คุณคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้อง รับประทานอย่างไรคะ คุณอธิบายการรับประทานยา ต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ ๆ ปัจจุบันรับประทานอย่างไร คะ”	40 นาที	- สมุดสำหรับ จดบันทึก - คู่มือปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ภาพสำหรับ ผู้ติดเชื้อ ๆ และครอบครัว - บทความ ข้อมูลความรู้ งานวิจัย	- การถามคำถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเกี่ยวกับคำถามที่ถามตนเองเพื่อให้ได้ เล่าความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกร่วมเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ - ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาและเยียวยา บุคคล จะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวในวิธีการรักษาที่จะมีผลต่อ การเยียวยาด้วย การเยียวยาจะเกิดขึ้นหรือความทุกข์ ทรมานจะลดลงเมื่อความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษา และการเยียวยาสอดคล้องกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ครอบครัว และพยาบาล (Wright et al., 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>“คุณคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้องเหมาะสมมีผลต่อสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และมีผลต่อครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“ คุณคิดว่าปัจจุบันผู้ติดเชื้อ ๗ มีการรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องเหมาะสมหรือยังคะ”</p> <p>“ถ้าไม่เหมาะสมคุณคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรค”</p> <p>3.2 เรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส โดยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อ๗และครอบครัวเล่าเกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัสโดยใช้แนวคำถามผู้ติดเชื้อ ๗ และครอบครัวดังนี้</p> <p>“ผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัสแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์อะไรบ้างคะ”</p>			<p>- ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการควบคุมและอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยเป็นการค้นหาศักยภาพและความคาดหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวในการแก้ปัญหา และการแยกแยะสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและครอบครัว (Wright et al., 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>“การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสมีผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และต่อครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“คุณมีวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อฯอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“ คุณคิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อ ฯ ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส”</p>			
	<p>3.3 เรื่องการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวได้เล่าเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสโดยใช้แนวคำถามดังนี้</p>			
	<p>“คุณคิดว่าการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อฯจะมีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้างคะ”</p>			
	<p>“หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการผู้ติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีผลต่อผู้ติดเชื้อ ฯ และผลต่อครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p>			

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>“คุณคิดว่าการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อ ฯ ควรทำอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“ คุณเชื่อว่าผู้ติดเชื้อ ฯ มีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเหมาะสมหรือยังคะ”</p> <p>“ถ้าไม่เหมาะสมคุณคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคคะ”</p> <p>กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวกล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ฯ ที่เกิดขึ้นด้านบวก ผู้วิจัยให้แรงเสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย</p> <p>3.4 ผู้วิจัยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ได้จากการพูดคุยบอกเล่าเมื่อเสร็จการสนทนากับผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวร่วมกันเสนอความคิดเห็นหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่เหมาะสม</p>			<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำชื่นชมเป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยันให้ความรักและเอื้ออาทรแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเป็นการชี้จุดแข็ง ความสามารถของบุคคลและครอบครัว (Wright et al., 2009) - การเสนอความคิดที่แตกต่างเป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายและแตกต่าง ซึ่งเป็นการปฏิบัติการเพื่อแยกแยะความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น จะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลายในการเผชิญปัญหา เกิดการพัฒนาความคิด นำเอาความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ และทำให้ครอบครัว

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>3.5 กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ</p> <p>3.6 ผู้วิจัยซักถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวว่าสนใจหรือไม่ที่จะรับฟังข้อมูล การดูแลรักษา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยาต้านไวรัส - การจัดการกับอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส - การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่ เพื่อไม่เป็นการบังคับให้ฟังและเพื่อเชิญร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะเล่า <p>3.7 ผู้วิจัยให้ข้อมูล</p> <p>3.7.1 เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95</p> <p>3.7.2 เรื่องกลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส</p>		<p>คิดแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง (Wright et al., 2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการทำทนายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว (Wright et al., 2009) - การใช้ผลงานวิจัยคือการใช้ผลที่ได้จากการวิจัยเพื่อนำเสนอข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวรับฟังความรู้ใหม่ ๆ อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - การเสนอทางเลือกหรือความเชื่อใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้ฟังความคิดเห็นหรือความเชื่อใหม่ ๆ โดยการเล่าเรื่องราวความรู้ หรือผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัว

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	3.7.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส			อื่น ๆ มีผลทำให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงได้ (Wright et al., 2009)
4. ผู้วิจัยกับครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมแยกแยะความเชื่อเพื่อส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง	<p>- ผู้วิจัย ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมหาประเด็นที่สำคัญเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามความเชื่อของครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์</p> <p>- ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว เล่าความเชื่อและสะท้อนคิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อที่ปฏิบัติแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้แนวคำถามดังนี้</p> <p>“การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว หลังการปฏิบัติแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างไรบ้าง”</p>	10 นาที	สมุดสำหรับจดบันทึก	<p>- เป็นการสนทนาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น</p> <p>- การสนทนาเพื่อเชื่อเชิญให้ครอบครัวบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการบอกเล่าจะทำให้เปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและศักยภาพการดูแลของครอบครัว การได้รับรู้ความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้สามารถสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว (Wright et al., 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
5. ผู้วิจัยกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ร่วมสรุป บททวนเกี่ยวกับ พฤติกรรม สุขภาพ	<p>“เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำบุคลากรสาธารณสุขหลังจากไปรับยาที่โรงพยาบาลแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”</p> <p>- ผู้วิจัย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวร่วมสรุป การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการสนทนาครั้งนี้ เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนและให้ผู้ติดเชื้อ ๑ นำไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม</p> <p>- นัดหมายผู้ติดเชื้อ ๑ และครอบครัวในครั้งต่อไป โดยบันทึกวันที่นัดหมายไว้ให้กับผู้ติดเชื้อ๑และครอบครัว</p>	5 นาที-	สมุดสำหรับ จดบันทึก	

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว สถานที่ ที่บ้าน ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
1. เพื่อติดตามผล การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	1.1 กล่าวทักทายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน ใบหน้าที่ เป็นมิตร 1.2 ผู้วิจัย ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ทบทวนและสะท้อนคิด ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากการพบกันครั้งที่ 2 และประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา พฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้างที่สามารถปฏิบัติได้ และหลังการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ต่อผู้ติดเชื้อ ๆ และครอบครัว และพฤติกรรมอะไรบ้าง ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะสาเหตุอะไร มีอุปสรรค อะไรบ้างที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้	10 นาที	- สมุดสำหรับ จดบันทึก - เครื่อง บันทึกเสียง	- เป็นการสนทนาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ และครอบครัวตระหนัก ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น (Wright et al., 2009) - การให้คำชื่นชมเป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยัน ให้ความรักและเอื้ออาทรแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวเป็นการชี้จุดแข็ง ความสามารถ ของบุคคลและครอบครัว (Wright et al., 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวค้นหา เปิดเผยความเชื่อ และแยกแยะความเชื่อ เกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และสะท้อนคิด เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	2.1 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ เรื่องรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ใช้คำถามผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เมื่อครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เล่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กล่าวชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป	20 นาที	- สมุดสำหรับ จดบันทึก - เครื่อง บันทึกเสียง	- เป็นการสนทนาเพื่อประเมิน ค้นหา และแยกแยะ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อเชิญ ให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับกร ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวเห็นว่ายาก ที่สุดในการดูแลและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความ เชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่แตกต่างกันการดูแลของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวก็จะแตกต่างกัน (Wright et al., 2009)
3. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสามารถ ปรับเปลี่ยนความเชื่อ ที่เป็นอุปสรรคต่อ	3.1 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เล่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เรื่องการรับประทาน อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	45 นาที	- สมุดสำหรับ จดบันทึก - เครื่อง บันทึกเสียง	- การถามคำถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว เกี่ยวกับคำถามที่ถามตนเองเพื่อให้ได้เล่าความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ - ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคล

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	<p>อุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการดูแลของครอบครัว โดยใช้คำถามและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เล่าเรื่องราว</p> <p>3.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช้แนวคำถาม</p> <p>“คุณคิดว่าอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรเป็นอาหารอย่างไรคะ”</p> <p>“ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานอาหารเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือไม่คะ”</p> <p>“ถ้าอาหารที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานเหมาะสมจะส่งผลต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างไรคะ”</p> <p>“คุณคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับประทานไม่เหมาะสม”</p> <p>3.3 เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์</p>			<p>จะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวในวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเฝ้าระวัง และการเฝ้าระวังจะเกิดขึ้นหรือความทุกข์ทรมานจะลดลงเมื่อความเชื่อเกี่ยวกับปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครอบครัว และพยาบาล</p> <p>(Wright et al., 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>“คุณคิดว่าการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมอย่างไรคะ”</p> <p>“ ปัจจุบันผู้ติดเชื้อ ๑ มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจัดการเหมาะสมหรือยังคะ”</p> <p>“ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p>			
	<p>“คุณคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ”</p> <p>3.4 การพักผ่อนของเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์</p> <p>“คุณคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ การพักผ่อนที่เหมาะสมควรทำอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการพักผ่อนเหมาะสมหรือยังคะ”</p>			

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>“ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการพักผ่อนไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างไรคะ”</p>			
	<p>“คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ พักผ่อนไม่เหมาะสม”</p>			
	<p>3.5 พฤติกรรมการออกกำลังกายของเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ ใช้นวคำถาม</p>			
	<p>“คุณอธิบายเรื่องการออกกำลังกายมีประโยชน์อะไรบ้างต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ค่ะ”</p>			
	<p>“ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการออกกำลังกายอย่างไรบ้างคะ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมหรือยังคะ”</p>			
	<p>“ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีการออกกำลังกายไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างไรคะ”</p>			
	<p>“คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ออกกำลังกายไม่เหมาะสม”</p>			

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>3.6 การจัดการกับความเครียดที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีวิธีการจัดการความเครียดอย่างไร โดยใช้แนวคำถามดังนี้</p> <p>“คุณคิดว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีความเครียดจะส่งผลต่อผู้ติดเชื้อ ๗ และครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“คุณคิดว่าเมื่อเกิดความเครียดจะมีวิธีการจัดการ และคุณสามารถช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการ การและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เมื่อเกิดความเครียด”</p> <p>3.7 กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว กล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ๗ ที่เกิดขึ้นด้านบวก ผู้วิจัยให้แรงเสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย</p>			<p>- การให้คำชื่นชมเป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยันให้ความรักและเอื้ออาทรแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวเป็นการชี้จุดแข็ง ความสามารถของบุคคลและครอบครัว (Wright et al., 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
3.8	ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวได้ถามคำถาม 1 คำถามที่ต้องการคำตอบ (One question question) ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ			- การให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการทำทนายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว (Wright et al., 2009)
3.9	ผู้วิจัยซักถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัวว่าสนใจหรือไม่ที่จะรับฟังข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ			- การเสนอความคิดที่แตกต่างเป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายและแตกต่าง ซึ่งเป็นการปฏิบัติการเพื่อแยกแยะความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น จะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลายในการเผชิญปัญหา เกิดการพัฒนาความคิด นำเอาความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ และทำให้ครอบครัวคิดแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง (Wright et al., 2009)
3.9.1	การรับประทานอาหารที่เหมาะสม			
3.9.2	เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ			
3.9.3	การพักผ่อน			
3.9.4	พฤติกรรมออกกำลังกาย			
3.9.5	การจัดการกับความเครียด			
3.10	ผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่อง			
3.10.1	เรื่องการรับประทาน ใช้หลักหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข			- การใช้ผลงานวิจัย คือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยเพื่อนำเสนอข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวรับฟังความรู้ใหม่ ๆ อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>3.10.2 การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม จะมีผลทำให้อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปในทางที่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์ มีบุคลิกที่ดีสามารถปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมมีสติปัญญาจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดี</p>		<p>- การเสนอทางเลือกหรือความเชื่อใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวได้ฟังความคิดเห็นหรือความเชื่อใหม่ ๆ โดยการเล่าเรื่องราว ความรู้ หรือผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น ๆ มีผลทำให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงได้ (Wright et al., 2009)</p>
	<p>3.10.3 การพักผ่อน การพักผ่อนที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถผ่อนคลายความตึงเครียด และลดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียง</p>		
	<p>3.10.4 การผ่อนคลายความเครียดให้ข้อมูล ในการลดความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข</p>		
	<p>3.10.5 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์</p>		
	<p>3.11 ผู้วิจัยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ได้จากการพูดคุยบอกเล่า เมื่อเสร็จการสนทนากับผู้ติดเชื้อ ฯ</p>		<p>- ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวมองเห็นอนาคตที่จะส่งต่อการดูแล (Wright et al.,2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
4. เพื่อส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	<p>และครอบครัวร่วมกันเสนอความคิดเห็นหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เหมาะสม</p> <p>- ผู้วิจัย ครอบครัว และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมหาประเด็นที่สำคัญเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามความเชื่อของครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์</p> <p>- ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว เล่าความเชื่อและสะท้อนคิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อปฏิบัติแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้แนวคำถามดังนี้</p> <p>“การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว หลังการปฏิบัติแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อ</p>	10 นาที	- สมุดสำหรับจดบันทึก - เครื่องบันทึกเสียง	<p>- เป็นการสนทนาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่คืบหน้า</p> <p>- การสนทนาเพื่อเชื่อเชิญให้ครอบครัวบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการบอกเล่าจะทำให้เปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและศึกษาการดูแลของครอบครัว การได้รับความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้สามารถสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ชัดเจนหรือจำกัดความสำเร็จ และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว (Wright et al., 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
5. ผู้วิจัยกับผู้ติดเชื่อ	<p>เอชไอวี/ เอดส์ อย่างไรบ้าง”</p> <p>“เมื่อผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำบุคลากรสาธารณสุขหลังจากไปรับยาที่โรงพยาบาลแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”</p> <p>- ผู้วิจัย ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว</p> <p>ร่วมสรุปการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการสนทนาคั้งนี้ เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุน</p>	5	- สมุดสำหรับนาที่ จดบันทึก	
เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว	<p>และผู้ติดเชื่อ เอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว</p> <p>และให้ผู้ติดเชื่อ ๆ นำไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม</p>			
ร่วมสรุปบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	<p>- นัดหมายผู้ติดเชื่อ ๆ และครอบครัวในครั้งต่อไป โดยบันทึกวันที่นัดหมายไว้ให้กับผู้ติดเชื่อ ๆ และครอบครัว</p>			

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว สถานที่ ที่บ้าน ระยะเวลา 40 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
1. สรุปรูปพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และสะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทายด้วยท่าทางที่เป็นมิตรและพูดคุยถามถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ - ผู้วิจัย ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ร่วมสรุปรูป พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ฯ - ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและเสริมแรงบวกเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ฯ และครอบครัวภาคภูมิใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ - ให้ข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ เพื่อให้ครอบครัวสามารถสนับสนุนและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมได้สำเร็จ 	30 นาที		
2. ประเมินผลการทำวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัว ได้แสดงความคิดเห็นในการทำวิจัยในครั้งนี้ - สรุปลักษณะที่เกิดจากการพบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ และครอบครัวในการทำวิจัยในครั้งนี้ - ทำ post-test โดยผู้ช่วยผู้วิจัยและปิดสัมพันธภาพ - กล่าวขอบคุณและดำเนินการปิดสัมพันธภาพ 	10 นาที	- แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามหมายเลข.....

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง: กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย / ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียวให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

- | | สำหรับผู้วิจัย |
|--|----------------|
| 1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง | () |
| 2. อายุ.....ปี | () |
| 3. สถานภาพสมรส | () |
| () 1. โสด () 2. คู่ | |
| () 3. ม่าย () 4. หย่าร้าง | |
| () 5. แยกกันอยู่ | |
| 4. ระดับการศึกษา | () |
| () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา | |
| () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี | |
| () 5. อื่น ๆ ระบุ..... | |
| 5. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ | () |
| () 1.สามี () 2. ภรรยา | |
| () 3. บุตร () 4. ญาติ/ พี่น้อง | |
| () 5. บิดา/ มารดา | |
| 6. สถานะของท่านในครอบครัว | () |
| () 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. ภรรยา | |
| () 3. บิดา/ มารดา () 4. บุตร | |
| 7. อาชีพหลักของท่าน (หมายถึงอาชีพที่ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่) | () |
| () 1. รับจ้างทั่วไป รายวัน () 2. รับจ้างประจำ รายเดือน | |
| () 3. เกษตรกรรม () 4. ค้าขาย | |
| () 5. ธุรกิจส่วนตัว () 6. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | |
| () 7.ว่างงาน () 8. อื่น ๆ ระบุ..... | |

8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/ เดือน ()
9. ท่านทราบผลการตรวจเลือดว่าท่านติดเชื้อมานาน.....ปี.....เดือน ()
10. ท่านทราบผลการตรวจเลือดมีระดับ Viral Load Copies/ ml ()
11. ระยะเวลาของการรับประทานยาต้านไวรัส.....ปี.....เดือน ()
12. บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพของท่าน ()
- () 1.สามี/ ภรรยา () 2. บุตร/ หลาน
- () 3.ญาติที่น้อง () 4. บิดา/ มารดา
- () 5. อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลของครอบครัว

คำชี้แจง: กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงใน () เพียงตัวเดียวให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

- สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง ()
2. อายุ.....ปี ()
3. สถานภาพสมรส ()
- () 1. โสด () 2. คู่
- () 3. ม่าย () 4. หย่าร้าง
- () 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ()
- () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญาตรี/ ปริญญาตรี
- () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพหลักของท่าน (หมายถึงอาชีพที่ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่) ()
- () 1. รับจ้างทั่วไป รายวัน () 2. รับจ้างประจำ รายเดือน
- () 3. เกษตรกรรม () 4. ค้าขาย
- () 5. ธุรกิจส่วนตัว () 6. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
- () 7. ว่างาน () 8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ท่านทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อมานาน.....ปี.....เดือน ()
7. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมานาน.....ปี.....เดือน ()

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกายและการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อหิวโอกาสของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติของท่านที่สุด ซึ่งมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ค่าคะแนน 5	(ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำทุกวัน/ ทุกครั้ง)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ค่าคะแนน 4	(ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 4-6 ครั้ง/ สัปดาห์)
ปฏิบัติบางครั้ง	ค่าคะแนน 3	(ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์)
ปฏิบัตินานครั้ง	ค่าคะแนน 2	(ข้อความนั้นตรงกับกิจกรรมที่กระทำ 1-3 ครั้ง/ เดือน)
ไม่ปฏิบัติ	ค่าคะแนน 1	(ข้อความนั้นไม่ตรงกับกิจกรรมที่กระทำเลย)

ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)	
พฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส						
1. ท่านรับประทานยาครบและตรงเวลาหรืออาจเลยเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 30 นาที						
2. ท่านรับประทานยาครบถ้วนและต่อเนื่อง						
3. เมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส เช่น ท้องร่วง คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเหนื่อย เป็นต้น ท่านจะรับประทานต่อเนื่อง และท่านขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						
4.						
5.						
6.						

ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)	
พฤติกรรมออกกำลังกายและพักผ่อน						
7. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน บริหารร่างกายหรือเล่นกีฬาครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง						
8. ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ เช่น การยืดแขนขาเข้าจังหวะ การเดินเร็ว การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน และการเล่นกีฬา						
9.						
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร						
10. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อ นม ไข่ ปลา ผัก และผลไม้						
11. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา วันละ 3 มื้อ						
12.						
13.						
พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด						
14. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ฟังเพลง ดูหนัง ท่องเที่ยว						
15. ท่านทำจิตใจให้เข้มแข็งและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตัวท่าน						
16.						
17.						
18.						

ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)	
พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ						
19. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่นอนประจำ						
20. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ที่มีเพศสัมพันธ์ไม่ว่ากับใครก็ตาม						
21. เมื่อร่างกายเปราะเป็อนเลือด น้ำเหลือง อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสิ่งคัดหลั่งอื่น ๆ ท่านรีบทำ ความสะอาดโดยการล้างด้วยน้ำและสบู่ ด้วยตนเอง						
22.						
23.						
พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาส						
24. ท่านพยายามอยู่ห่างจากผู้ป่วยติด เชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค เป็นต้น						
25. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของ ตนเอง เช่น มีไข้สูง น้ำหนักลด อุจจาระ ร่วง มีเชื้อราในปาก						
26. ท่านระวังไม่ให้รับเชื้อเอดส์เพิ่มจาก การมีเพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยาง อนามัย						
27.						
28.						

ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)	
กลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ไม่พึงประสงค์						
29. เมื่อท่านมีอาการเมื่อยล้า ปวดเมื่อย ตามตัว หรือเหนื่อยอ่อนเพลีย ท่านจะ พักผ่อน นวดเบา ๆ หรือเดินออกกำลังกาย						
30. เมื่อท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะ ดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ หรือ รับประทานรสจืด อาหารอ่อนอุ่น ๆ						
31. เมื่อท่านมีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ท่านจะดื่มนม โยเกิร์ต หรือยาสมุนไพร						
32.						
33.						

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารขอความอนุเคราะห์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่ดำเนินการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

The Effects of Therapeutic Conversation Program for HIV/AIDS and Family's on Health Behaviors among HIV/AIDS Receiving Anti-HIV Drugs

ชื่อนิสิต นางสาวทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว

รหัสประจำตัวนิสิต 53920044 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 06 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 50 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกนภา โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๐๘



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๐๔๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวก ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ทั้งเพศหญิง และชาย ที่มีอายุระหว่าง ๒๐-๕๙ ปี มีระดับ Viral Load มากกว่า 50 Copies/ml และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน ๔๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ คลินิกนภา โรงพยาบาลสตึก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๕ ๖๖๕ ๒๕๑๕

โรงพยาบาลแคนดง
เลขที่รับ ๒๙๗๖
วันที่ - 1 ก.ย. 2559
เวลา



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๒๒๐๖/ ๐๔๐๕

๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวทิพย์นารินทร์ สังข์ศรีแก้ว รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๐๔๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสนทนากับบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวก ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ทั้งเพศหญิง และชาย ที่มีอายุระหว่าง ๒๐-๕๙ ปี มีระดับ Viral Load มากกว่า 50 Copies/ml และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ คลินิกนภา โรงพยาบาลแคนดง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคนดง

เพื่อโปรดทราบ เพื่อโปรดสั่งการ

เห็นควร ๒๖๕-๒๖๕/๒๕๕๙

- 1 ก.ย. 2559

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

วิภาดาพรหมเพ็ญ

๑๓๖๖๘
๕1๙15๙

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๑๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๕ ๖๖๕ ๒๕๑๕

(นางสาวศุภาวรรณ ประภาเดอน)

นอชแพทย์(ด้านเวชกรรม)ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแคนดง

๗ กย ๕๙