



พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับ ยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์*

วรรณชาติ ตาเลิศ พย.ม.**

สุวรรณ บุญยะลีพรรณ Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ โรงพยาบาลสังขะ โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลรัตนบุรี โรงพยาบาลศีขรภูมิ และโรงพยาบาลท่าตูม จำนวน 136 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของ สุวรรณ บุญยะลีพรรณ ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.4$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X} = 3.6$, $SD = 0.3$) และ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.5$, $SD = 0.5$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.6$) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.5$) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.6$) และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.8$, $SD = 0.7$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในเรื่องของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์รวมทั้งด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในวัยแรงงาน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงาน ยาต้านไวรัสเอชไอวี

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 376,690 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี (ร้อยละ 64.7)¹ สืบเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นประชากรในวัยแรงงาน ทำให้ประชากรวัยแรงงานของประเทศลดลง เกิดการทำงานไม่เต็มศักยภาพของการผลิต เกิดการว่างงานอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย² การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่าสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายได้อย่างชัดเจน ลดอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายสูงขึ้น สุขภาพแข็งแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³⁻⁶ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพนั้นจะลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load, plasma HIV ribonucleic acid) ให้น้อยกว่า 50 copies/mL ช่วยให้ระดับของ CD₄ (Cluster of differentiation 4 : CD₄) ในร่างกายสูงขึ้น⁴ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (Medication adherence) มากกว่าร้อยละ 95 มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายสูงขึ้น⁵ ผู้ป่วยจึงจะมีภาวะสุขภาพแข็งแรงขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนคนทั่วไปมีชีวิตยืนยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข⁷

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากลืมรับประทานยาต้านไวรัสจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและหลังจากกลับมาจากทำงานแล้วมีอาการเหนื่อยอ่อนหลับพักผ่อนโดยที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสและคิดว่าร่างกายของตนเองเริ่มดีขึ้นแล้ว ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ มีการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความ

เหน็ดเหนื่อยจากการทำงานคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายยังดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และใช้สารเสพติด อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานำร่องมักมีการรับยาโดยให้ผู้ดูแลหรือญาติมารับยาแทน อาจทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เนื่องจากไม่ได้ส่งต่อยาไปให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ทำงานต่างจังหวัดประกอบกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมกับภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย⁷ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้โปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T ระดับโรงพยาบาลชุมชนพบว่า Medication adherence $\geq 95\%$ ของบางโรงพยาบาลชุมชนในเขตความรับผิดชอบของจังหวัดสุรินทร์มีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 80.0-94.0 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรักษาทำให้เกิดการดื้อยาต่อไปในอนาคต อันจะส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีราคาสูงขึ้นโดยที่ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ประมาณ 16,506-18,683 บาทต่อคนต่อปี แต่ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสสูตรดื้อยาสูงถึงประมาณ 84,149-84,828 บาทต่อคนต่อปี⁸

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากเป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นพื้นที่เสี่ยงและติดชายแดน โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.⁹ เพราะเป็นรูปแบบที่มีแนวคิดในการบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์กับพฤติกรรมศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่อาศัยแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่ใช่เพียงแค่การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเท่านั้น แต่มุ่งเน้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และความ



สามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุกในแต่ละช่วงวัยของชีวิต ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบที่ 1 คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคลทั้งภายในและภายนอกประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม องค์ประกอบที่ 2 คือ อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมในด้านบวกของบุคคลต่อการตัดสินใจในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี และองค์ประกอบที่ 3 คือ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์สุดท้าย หรือเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) 4) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งระยะเวลา 6-24 เดือน เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องในระดับหนึ่งจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะยาวต่อไป โดยเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ⁹ ซึ่งผลการวิจัยนั้นจะนำข้อมูลมาช่วยในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทของการให้บริการ เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดสุรินทร์ที่ติดต่อกับชายแดน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถที่จะป้องกันการติดเชื้อที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ลดการแพร่

กระจายเชื้อเอชไอวีข้ามพรมแดนต่อไปในอนาคต อีกทั้งหน่วยบริการสุขภาพ สามารถที่จะลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพในกรณีผู้ป่วยดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ อีกทั้งเป็นการสนับสนุนนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทย ในการขับเคลื่อนนโยบาย ลดเอดส์ให้เหลือศูนย์ได้ (Getting to zero) โดยเฉพาะการมุ่งเป้าหมายที่เป็นศูนย์ 3 ประการร่วมกันภายในปี พ.ศ.2559 คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (Zero new infections) ไม่มีผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ (Zero AIDS-related deaths) และไม่มีการเลือกปฏิบัติ (Zero discrimination) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจำนวน 136 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรจำนวน 1,115 ราย โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ โรงพยาบาลสังขะ โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลรัตนบุรี โรงพยาบาลศีขรภูมิ และโรงพยาบาลท่าตูม โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีสัดส่วนเท่ากัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ระยะเวลา 6-24 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งรายที่ดื้อยาและไม่มีการดื้อยา สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ และสื่อความหมายได้ดี มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส



เอชไอวีของสุวรรณ บัญยะสิทธิ์¹⁰ ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวกจำนวน 53 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 2 ข้อรวมทั้งหมด 55 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 3.50-4.00 หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2.50-3.49 หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 1.50-2.49 หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ 1.00-1.49 หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.86 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงซ้ำกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2556 ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเปรียบเทียบข้อมูลตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.1 และเพศหญิง ร้อยละ 44.9 มีอายุเฉลี่ย 39.3 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.7 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 41.2 ค่ามัธยฐาน (Median) รายได้ของครอบครัวเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน (ระหว่าง 1,000 ถึง 30,000 บาท) ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 97.8 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 52.2 และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 47.8 เนื่องจากต้องใช้จ่ายในชีวิตประจำวันร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 90.4 เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวีกับทุกคน ร้อยละ 54.4 กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 26 เดือน (7-279 เดือน) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อถึงระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัสเท่ากับ 5.5 เดือน (1-180 เดือน) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 15 เดือน (6-24 เดือน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใหม่ ร้อยละ 62.5 เหตุผลส่วนใหญ่ที่ต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรงมาก ร้อยละ 29.4 เมื่อทราบว่าต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสสูตรใหม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยเคร่งครัดร้อยละ 27.9 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานกลุ่ม A ร้อยละ 83.1 ส่วนใหญ่บุคคลที่ให้คำแนะนำในการตัดสินใจในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 83.1 เหตุผลในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพราะคิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงร้อยละ 75.7 ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสที่รับประทานร้อยละ 50.7 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ผื่นตามร่างกาย ร้อยละ 22.1 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 16.2 มีวิธีการจัดการแก้ไขอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสโดยการไปปรึกษากับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 49.3



ภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับของ CD₄ cell count น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และคะแนน Karnofsky's score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจ Viral load ครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยมี Viral load < 50 ถึง Undetectable copies/ml ร้อยละ 92.7 และมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (Medication adherence ≥ 95) ร้อยละ 94.9

พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.4$)

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X} = 3.6$, $SD = 0.3$) และ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.5$, $SD = 0.5$) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.6$) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.5$) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.6$) และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.8$, $SD = 0.7$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al.⁹ ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของร่างกายเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อธิบายได้ว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 39.3 ปี ($SD = 7.7$) และเป็นวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยที่สามารถประกอบอาชีพและทำคุณประโยชน์ให้กับสังคม อันจะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต สามารถที่จะปรับตัวกับการ

เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม¹³ กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ระยะเวลา 6-24 เดือน เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งส่งผลต่อความสามารถของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ⁹ ส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,11} ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับของ CD₄ cell count น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และคะแนน Karnofsky's score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในภาพรวมที่อยู่ในระดับดีมาก แต่ยังพบว่าในประเด็นของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบผลข้างเคียงขณะได้รับยาต้านไวรัส เช่น มีผื่นตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ยังไม่สามารถไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 8.1 และยังไม่สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส ร้อยละ 7.4 ในประเด็นดังกล่าวถือเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้การเสริมสร้างระบบการให้คำปรึกษาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉพาะในระยะแรกของการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีและอาการข้างเคียงของยา ซึ่งจะเป็นตัวทำนายให้เกิดความผันแปรของพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม¹⁴ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์บางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมาสู่ตนเอง เช่น สุนัข เป็ด ไก่ หรือ ห่าน ร้อยละ 13.2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบ



อาชีพเกษตรกรรม ถึงร้อยละ 39.0 โดยที่ลักษณะของการประกอบอาชีพเกษตรกรรมในชนบทในเขตจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดบุรีรัมย์จะมีการเลี้ยงสัตว์ไว้ในครัวเรือนเป็นอาชีพเสริม^{15,16} ซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงกับสัตว์เลี้ยงเหล่านี้ได้ และการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด ร้อยละ 5.9 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.2 และประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 7.4 โดยที่ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการพบปะผู้คนมากมายและอาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีความแออัด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 21.3 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นปัญหาที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพลดลง และกลุ่มตัวอย่างยังมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 3.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวีไปยังผู้อื่น จากการที่มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอ และจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ ที่พบว่าไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในคู่นอนว่ามีความปลอดภัย และไม่ได้พกถุงยางอนามัยในขณะที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายในภาพรวมที่อยู่ในระดับดี แต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามการออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์สูงถึงร้อยละ 42.7 และยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง (จากหนังสือวิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ร้อยละ 30.2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 80.2 ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ใช้ไปกับการทำงาน เพื่อที่จะหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว

ภายหลังจากการทำงานจึงมีความต้องการที่จะพักผ่อน เพราะเหนื่อยเหนื่อยจากการทำงาน และมีความคิดว่าการทำงานบ้านหรือการทำงานปกติที่ใช้แรงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกาย²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²¹ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย และไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเองใช้การทำงานบ้านทำไร่ ทำนา ถือเป็นการออกกำลังกายในแต่ละวัน

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในภาพรวมที่อยู่ในระดับดี แต่ยังคงพบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ไม่มีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสม ร้อยละ 19.9 และเมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไม่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ร้อยละ 11.8 อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 41.2 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 39.0 ยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 47.8 อาจเป็นข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างในการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์และไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้²² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²¹ ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ทราบวิธีการในการกำหนดสัดส่วนอาหาร หรือวิธีการคำนวณอาหาร และปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่คำนึงถึงเพียงว่าต้องรับประทานอาหารให้ได้อย่างน้อย 3 มื้อ เท่านั้น

พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในภาพรวมที่อยู่ในระดับดีแต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ไม่มีการปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อน) ถึงร้อยละ 13.2 และไม่มีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 11.8 อธิบายได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกิดการแยกตัวจากสังคมสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและขาดการเอาใจ



ใส่ดูแลตนเอง²³ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปรึกษาปัญหาในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณในภาพรวมที่อยู่ในระดับดีมากแต่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิร้อยละ 4.4 และไม่สามารถสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ตนเองมีกำลังใจ ร้อยละ 1.5 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.3 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม อีกทั้งยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่จะต้องมีการประกอบอาชีพเพื่อที่จะหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการที่จะไปประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การทำบุญ สวดมนต์ และนั่งสมาธิ อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ นั้น อาจเป็นผลมาจากที่กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณในรูปแบบอื่นที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม อันได้แก่การปฏิบัติพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการดูแลการเจ็บป่วยที่มีความเป็นเอกลักษณ์ของชาวไทยเขมร จังหวัดสุรินทร์ ด้วยการ “โหละมัวด” ซึ่งเป็นพิธีกรรมการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยของชาวไทยเขมรสุรินทร์ ที่สืบทอดกันเป็นเวลาช้านาน จากพิธีกรรมดังกล่าว จะพบวิธีการแก้ไขปัญหสุขภาพส่วนมากจะเป็นการละเว้นการปฏิบัติหรือถือปฏิบัติในสิ่งที่ต้งาม ซึ่งมีผลต่อผู้ที่เจ็บป่วยและญาติพี่น้องซึ่งมองในแง่จิตวิทยานั้นทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีกำลังใจ มีจิตใจที่เข้มแข็ง พิธีกรรมนี้จึงเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดแก่จิตใจของผู้ที่เจ็บป่วย¹⁶

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในภาพรวมที่อยู่ในระดับดี แต่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ยังไม่มีการปรึกษากับบุคคลหรือไม่มีการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดถึงร้อยละ 5.2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับความเครียด ตั้งแต่รับทราบผลเลือดของตนเองไปจนถึงตลอดระยะเวลาของการใช้ชีวิต ความก้าวหน้าและ

ความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการข้างเคียงที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสภาพจิตใจตกต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ร้อยละ 44.7 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวลจากภาวะความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของการดำเนินชีวิต²⁴

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วงระยะเวลา 6-24 เดือนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการสวมถุงยางอนามัย
- 2) ควรมีการจัดบริการเชิงรุกในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านโภชนาการ ให้มีความสอดคล้องกับลักษณะการทำงานของผู้ป่วยในวัยแรงงาน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน
- 3) ควรมีการติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (Medication adherence) <95% เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความตระหนักในการรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวีอันจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถยืดระยะเวลาของการดื้อยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 4) ควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อและมารับบริการในสถานบริการต่างๆ อย่างยั่งยืน
- 5) ควรมีการพัฒนาแบบการบริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำ เช่น ระดับประถมศึกษา ให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ในระดับที่สูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังขะ
โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลรัตนบุรี โรงพยาบาล
ศีขรภูมิ โรงพยาบาลท่าตูม โรงพยาบาลชุมพลบุรี
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย
เอดส์ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย รวมทั้งบัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการ
วิจัยในครั้งนี้

References

1. สำนักโรคติดต่อควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554. ค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2555, <http://www.boe.moph.go.th/>.
2. กฤตยา อาชวนิจกุล, ภัสสร ลิมานนท์. (บรรณาธิการ). รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
3. Sungkanuparph S. (editor). HIV drug resistance: Basic principles and clinical implications. Bangkok: Mo Chaoban; 2008.
4. Phanuphak P, Lee Chawengwong M, Siraprasiri T, Chantratita W, Techasathit W, Teeraratkul A, editors. National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment: Thailand. Bangkok: The Agricultural co-operation federation of Thailand; 2010.
5. Castilla dDL, Verdonck K, Otero L, Lglesias D, Echevarria J, Lut L, et al. Predictors of CD₄ cell count response and of adverse outcome among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in a public hospital in Peru. International journal of infectious disease 2007; 12: 325-331.
6. Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H. Self-efficacy, medication adherence and quality of life among people living with HIV in Hunan province of China: A questionnaire survey. Journal of the association of nurses in AIDS care 2012; 1-9.
7. Kongsin S, Jianton S, Arsanam R, Tantisak B, Thanprasertsuk S. Evaluation of Access to care (ATC) Programme at Office of Disease Prevention and Control (ODPC) and Hospital under Ministry of Public Health Thailand. [Abstract]. [online] 2004 [cited 2010 Sep 20]. Available from: <http://www.aidsdata.org/get.php?id=240095t>.
8. Lertpiriyasuwat C, Chasombat S, Ningsanond P. Five-year Projection of Antiretroviral Therapy Program Cost in the National Health Security Scheme, Thailand. Thai AIDS Journal 2006; 19(1):35-47.
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc; 2002.
10. Boonyaleepun S. A Causal Model of the Health Behaviors of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy. Thesis. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen University; 2007.
11. Chumsang B. Health Behaviors of Persons with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. [Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing]. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen University; 2010. [in Thai].
12. Boonyaleepun S, Saengsuwan J, Puttapitukpol S, Klunk-in A, Nantsupawat W, Srilakkot J, et al. Health Behaviors of Working-Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy in a Tertiary Care Hospital. Nursing Journal 2013; 40: 1-13.
13. Chaisiri L, Daenseekaw S. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV/AIDS. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(4): 79-89.
14. Thummakul D, Kruttakart S, Tepworachai U, Intong Y. Factors Affecting the Adherence to Antiretroviral Medication Among HIV/AIDS Patients. Journal of health science research 2010; 4(2):1-11.
15. Chanchaisirikul R. Housewives in Khmer Community Culture and their Roles in Self Care: A Case Study of Talungkao Village in Prakhonchai District of Buriram Province. [Master of Arts Thesis in Social Development]. Khon kaen: The Graduate School, Khon kaen University; 2003. [in Thai].



16. Pongpaladisai U, Bonyot S, Jantharachit U, Laitong N. Local Wisdom in the Health Care Of Khmer Dialect Speaking People in Surin Province. Office of the National Culture Commission: Ministry of Culture; 2005.
17. Kwong J, Bouchard-Miller K. Smoking cessation for persons living with HIV: A review of currently available interventions. *Journal of the association of nursing in AIDS care* 2010; 21(2): 3-10.
18. Promsorn C, Termvises P, Chumpathat N, Ramkomut A. Sexual Behaviors and Condom Use Among Persons Living with HIV/AIDS. *Disease Control Journal* 2004; 30(3): 190-196.
19. Perngmark P, Sukboonsung R, Pongsri T, Vanichseni S. Sexual Behaviors, Condom Use, Perceived Risks and HIV/AIDS Prevention Among Clinical3Based Youth Methamphetamine-Abused Clients, Southern Thailand. *Thai AIDS Journal* 2005; 17(1): 20-31.
20. Tunteerapat P, Pakdevong N, Namvongprom A, Binhoson V. Factors Relating to Health Promoting Behaviors among Persons with AIDS, Bamrasnaradura infectious diseases institute. *Journal of Bamrasnaradura infectious diseases institute* 2010; 4(2): 110-122.
21. Saeyhee D, Thanasilp S. A Study of The Self-Management emphasizing Diet and Exercise Program in Persins living with HIV/AIDS. *Journal of Bureau of Alternative Medicine* 2009; 2(3): 15-25.
22. Khumsaen N, Aoup-por W, Thammachak P. Factors influencing quality of life among people living with HIV (PLWH) in Suphanburi province, Thailand. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2012; 23(1): 63-72.
23. HolZemer LW, Human S, Arudo J, Rosa EM, Hamiton JM, Corless I, et al. Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2009; 20(3): 161-168.
24. Lorsakultong K. Mental Health of Patients with HIV/AIDS in Nongmuangkai Hospital, Phare Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2012; 23(2): 1-7.



Health Behaviors of Working-Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy at Community Hospitals in Surin Province*

Wannachart Talerd M.N.S.**

Suwanna Boonyaleepun Ph.D.***

Abstract

The purpose of this descriptive research aimed to study the health behaviors of working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy (ART) in community hospitals at Surin province including Sangkha Hospital, Prasat Hospital, Rattanaburi Hospital, Si Khoraphum Hospital and Tha Tum Hospital. The sample group consisted of 136 patients with HIV/AIDS receiving ART. The collecting of data had been done during June 2013 to August 2013. The research tool included the demographic data and the health behaviors of patients with HIV/AIDS receiving ART questionnaire which was developed by Suwanna Boonyaleepun in 2007 based on Pender's health promotion model and retested for reliability using Cronbach's alpha coefficient yielding of 0.87. Descriptive statistics were used for data analysis including frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The results of the study showed that: Overall health behavior scores among working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy were at high level. ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.4$) Health behavior level in each aspect: Two aspects of the health behavior which were at the highest level included 1) Health behavior of health responsibility for taking ART regimens ($\bar{X} = 3.6$, $SD = 0.3$) and 2) Health behavior of spiritual growth ($\bar{X} = 3.5$, $SD = 0.5$). The four-aspect scores of health behavior were at high level. Accordingly it is rank as follows: 1) Health behavior of stress management ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.6$) 2) Health behavior of nutrition ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.5$) 3) Health behavior of interpersonal relationship ($\bar{X} = 3.2$, $SD = 0.6$), and 4) Health behavior of physical activities ($\bar{X} = 2.8$, $SD = 0.7$).

The findings of the study suggest that health care providers should be promoting by using a proactive model of health responsibility for taking antiretroviral regimens especially in prevention on transmission of HIV infection by condom used, conduct exercise, interpersonal relationship and nutrition in the working-aged patient context to achieve sustainable development for health.

Keywords: *health behaviors, working – age patients with HIV/AIDS, antiretroviral therapy*

*Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor in Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University