



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรเดียว*

ดารีกา ศิริสุทธา พย.ม.**

สุวรรณา บุญยะลีพรรณ ประ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรเดียว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 54 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรเดียวโรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.79$, $S.D. = 0.30$) โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X} = 3.12$, $S.D. = 0.28$) 2) การพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.02$, $S.D. = 0.43$) 3) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.00$, $S.D. = 0.43$) 4) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.60$, $S.D. = 0.42$) 5) โภชนาการ ($\bar{X} = 2.59$, $S.D. = 0.40$) แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ 1 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.41$, $S.D. = 0.52$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรเดียวโดยภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับที่ดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้และยังคงพบพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่เหมาะสมซึ่งควรสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยามีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรเดียว

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 **นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Health - Promoting Behaviors of HIV/ AIDS Patients Receiving Second - Line Antiretroviral Therapy

Darika Sirisudtha M.N.S^{*}

Suwanna Boonyaleepun PhD^{**}

Abstract

This descriptive research aimed to study health-promoting behaviors of HIV/AIDS patients receiving second-line antiretroviral therapy. Research was carried out from September to November 2015. Data was collected to show health-related behaviors of 54 HIV/AIDS patients receiving second-line antiretroviral therapy in Khon Kaen Hospital. The Health Behaviors for Receiving Antiretroviral Therapy Scale (HBARTS) was used as the instrument and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient that yielded a result of 0.91. Frequency, percentage, standard deviation and t-test statistic were used for the analysis of data.

The study revealed that the participants had a high level of health promoting behavior ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.30; range of score 1-4). Five aspects were used for scoring health promoting behaviors. According to score, the behaviors were ranked as follows; 1) Responsibility for one's health ($\bar{X}$ =3.12, S.D.=0.28), 2) Health promoting behavior for spiritual growth ($\bar{X}$ =3.02, S.D.=0.43), 3) Health promoting behavior for stress management ($\bar{X}$ =3.00, S.D.=0.43), 4) Health promoting behavior for physical activities ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.42), and 5) health promoting behavior for nutrition ($\bar{X}$ =2.59, S.D.=0.40). There was also one mid-level behavior which was the behavior of interpersonal relations ($\bar{X}$ =2.41, S.D.=0.52).

Health promoting behaviors of HIV/AIDS patients receiving second-line antiretroviral therapy were generally at a good level. However, details of each aspect reflected that more should be done to promote healthy habits, especially the behavior of interpersonal relations as well as preventing HIV transmission. It is equally important to promote healthy behaviors of HIV/AIDS patients receiving second-line antiretroviral therapy as well as support them to maintain healthy lifestyle behaviors.

Keywords: health - promoting behaviors, HIV/ AIDS patients, second - line antiretroviral therapy

^{*}Registered nurse, Student of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

^{**}PhD (Public Health), Associated Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทนำ

โรคเอดส์นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากประการหนึ่งของโลก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ตลอดจนการเป็นอยู่ของสังคมในวงกว้าง'แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตร HAART (Highly active antiretroviral therapy) ซึ่งทำให้ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยประสบความสำเร็จในการรักษามากขึ้น² โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในทางกลับกันหากรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการดื้อยาทุติยภูมิ (Secondary resistance) จนทำให้เกิดการรักษาล้มเหลว (Treatment failure) และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด'การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี คือการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสูตรดื้อยา (Second-line ART) ซึ่งมีความซับซ้อนเนื่องจากมีโอกาสเกิดพิษและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวได้มาก³ รวมทั้งยาสูตรดื้อยายังมีราคาสูงกว่าสูตรพื้นฐาน⁴ ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ติดเชื้อที่ดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีมีพฤติกรรมการถ่ายทอดเชื้อสู่บุคคลอื่นย่อมทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดดื้อยาจนอาจไม่สามารถควบคุมการระบาดของเชื้อเอชไอวีชนิดดื้อยาได้อีกต่อไปและอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลับมาเพิ่มขึ้นอีกได้

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การใช้ยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาในกลุ่มประเทศที่องค์การอนามัยโลกกำลังเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นทำให้ทราบว่าทั่วโลกมีอัตราการดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบทุติยภูมิเพิ่มขึ้น⁵ ส่วนในประเทศไทยพบการดื้อยาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน⁶ จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่มดื้อยาในจังหวัดนี้โดยศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งมีจำนวนผู้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูงสุดของโรงพยาบาลรัฐในเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายแห่งหนึ่งของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผลการศึกษาจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่มสุขภาพในการออกแบบกิจกรรมการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มดื้อยาให้บรรลุเป้าหมายในด้านการป้องกันการเกิดการดื้อยา (HIV drug resistance prevention) และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ.2555-2559)⁸ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)⁹ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพเชิงบวก (Positive health) โดยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมผลลัพธ์ ซึ่งผสมผสานเป็นภาพรวมเรียกว่า "การส่งเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันของบุคคล" (Health-promoting lifestyle) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 2) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) 3) โภชนาการ (Nutrition) 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และ 6) การจัดการความเครียด (Stress management)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา (Second-line antiretroviral therapy: Second-line ART) ในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 54 คนซึ่งเลือกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบ HAART สูตรพื้นฐาน (First-line regimens or recommended regimens) แล้วตรวจพบการดื้อยาและได้รับการพิจารณาให้ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา (Second-line regimens) มานานอย่างน้อย 6 เดือน

เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (The Health Behavior for Receiving Antiretroviral Therapy Scale) ของสุวรรณ นุญยะลีพรรณ¹⁰ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ มี 6 ด้าน ประกอบด้วย 2 ส่วน มีข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 55 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามทางลบ มี 2 ข้อ คือ ข้อ 22 และข้อ 23 มีค่าคะแนนจาก 4 ถึง 1 คือ 4 หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้เลย 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 หมายถึง



ปฏิบัติเป็นประจำ นอกนั้นเป็นข้อคำถามทางบวกมี 53 ข้อ ค่าคะแนนจาก 1 ถึง 4 แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แปลผลเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับน้อย (คะแนน 1.00-1.49) ระดับพอใช้ (คะแนน 1.50-2.49) ระดับดี (คะแนน 2.50-3.49) และระดับดีมาก (คะแนน 3.50-4.00) ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.91

จริยธรรมการวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 กันยายนถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.5) อายุเฉลี่ย 38.85 ปี (S.D.=7.84) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 40.7) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน รับจ้าง และค้าขาย (ร้อยละ 25.9) ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวเท่ากับ 9,000 บาท/เดือน มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ (ร้อยละ 61.1) รองลงมาติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (ร้อยละ 16.7) และร้อยละ 7.4 ได้รับการถ่ายทอดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากมารดา ค่าเฉลี่ยของ

ระยะเวลาเริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวีถึงตรวจพบการติดเชื้อเท่ากับ 65.44 เดือน (6 - 250 เดือน) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา เท่ากับ 40.74 เดือน (ระหว่าง 6-180 เดือน) ส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะบุคลากรผู้รักษาและบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 75.9) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา โดยใช้ยาสูตร AZT+TDF+Boosted PIs มากที่สุด (ร้อยละ 46.3) เคยเกิดอาการข้างเคียงหลังจากรับประทานยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา (ร้อยละ 55.6) โดยพบว่าไม่มีแขนในเลือดสูงมากที่สุด (ร้อยละ 27.8) รองลงมา คือ คลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 24.1) มีการจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยาด้วยการปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 74.4) รองลงมา คือ หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเอง (ร้อยละ 23.3)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.79$, S.D.=0.30) (ตารางที่ 1)

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ค่าคะแนนอยู่ในระดับดี 5 ด้าน และระดับพอใช้ 1 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}=3.12$, S.D.=0.28) 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}=3.02$, S.D.=0.43) 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.00$, S.D.=0.43) 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.42) 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X}=2.59$, S.D.=0.40) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านระดับพอใช้ 1 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}=2.41$, S.D.=0.52)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายด้าน (n= 54)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.12	0.28	ดี
2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.60	0.42	ดี
3. ด้านโภชนาการ	2.59	0.40	ดี
4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.41	0.52	พอใช้
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	3.02	0.43	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.00	0.43	ดี
โดยรวม	2.79	0.30	ดี



การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีพัฒนาการสูงสุดเป็นวัยที่มีพลัง แม้เจ็บป่วยก็ยังสามารถยอมรับความเป็นจริง จึงสามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในปัจจุบันเพื่ออยู่ร่วมกับโรคติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างปกติ¹¹ โดยพยายามทำพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้ตนเองยังคงมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ¹² ที่พบว่าวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถปรับตัวเพื่อดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ผ่านระยะวิกฤตของชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และได้รับการที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งจัดบริการครอบคลุมการบำบัดรักษา และส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยเน้นระบบการให้คำปรึกษาเพื่อไม่ให้เกิดการต่อต้านซ้ำอีก และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องตามคำแนะนำของทีมีสุขภาพอย่างเคร่งครัดมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ซึ่งพบว่าการได้รับคำปรึกษาและข้อมูลการรักษาก็เพียงพอช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.1 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้เพียงบางครั้ง ร้อยละ 18.5 สูบบุหรี่เป็นประจำ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.1 ไม่แยกของใช้ส่วนตัว ร้อยละ 3.7 ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงบางครั้ง แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากทีมีรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้แสดงผลกระทบต่อร่างกายให้เห็นในทันทีทันใดอย่างชัดเจนร่วมกับรับรู้ว่าการติดเชื้อไวรัสในร่างกายถูกควบคุมโดยยาต้านไวรัสอย่างได้ผล จึงยังตระหนักไม่เพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Peterson¹⁴ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นในการใช้ยาต้านไวรัสสูตร HAART ว่าสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อสู่บุคคลอื่นได้ ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แม้ผลการศึกษาครั้งนี้จะพบกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการ

แก้ไขเพราะพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อต่อไปสู่ผู้อื่นได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.5 ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อยนาน 20-30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และร้อยละ 64.8 ไม่ได้หาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยแรงงาน อาศัยในชุมชนเขตเมือง ใช้เวลาส่วนใหญ่มากกับการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และเชื่อว่าการมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงาน และการทำงานเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง ซึ่งไม่ขัดต่อวิถีชีวิตของตน¹⁵ จึงไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ และไม่ได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพิ่มเติมสอดคล้องกับการศึกษาของ Clingerman¹⁶ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 30 คิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายและการออกกำลังกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 39 ไม่ได้เป็นไปตามแนวทางการออกกำลังกายของ Healthy people 2010

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.7 ไม่ได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสมเมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด และร้อยละ 20.4 ไม่ได้ปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมเมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงร่วมกับน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าจากก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรดื้อยา อธิบายได้ว่า การได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากทีมีสุขภาพอาจช่วยลดความกังวลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโภชนาการที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยแรงงานในเขตเมืองมีช่วงเวลาการทำงานเร่งรีบ จึงให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมอาหารด้วยตนเองและการวางแผนเลือกอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีการป้องกันความเสี่ยงจากอาหารที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารตลอดจนวิธีการประกอบอาหารไม่เหมาะสมเพียงพอ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.1 ประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิเพียงบางครั้ง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมีความปรารถนาที่จะพึ่งพาตนเอง มีสถานภาพคู่



มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวสูง จึงปรับตัวให้อยู่ได้ตามอัตราการทำงานและภาระรับผิดชอบ¹⁷ ทำให้ใช้การปฏิบัติพฤติกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยด้านจิตวิญญาณไม่มาก

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.1 ปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่งช่วยเหลือเพียงบางครั้ง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก ต้องต่อสู้กับปัญหาทางด้านสังคม อาทิ ความรู้สึก ผิดบาปและการถูกตีตรา เมื่อเกิดความเครียด จึงพยายามใช้วิธีการผ่อนคลายทางอารมณ์ คิดไตร่ตรองหาทางแก้ไขด้วยตนเอง พยายามสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากกว่าการไปพูดคุยกขอคำแนะนำจากบุคคลอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของละม่อม ไชยศิริและสมจิต แด่นสีแก้ว¹⁸ และปาริชาติ ไชยสลิ¹⁹ พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้บ่อยที่สุด คือ พยายามมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหาโดยรับฟังจากมุมมองของคนอื่น และพยายามเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.4 ไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องบางครั้ง ร้อยละ 57.4 ไปมาหาสู่กับเพื่อนเป็นบางครั้ง และร้อยละ 55.6 ร่วมกิจกรรมในชุมชนเพียงบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างไม่ปรึกษาบุคคลอื่นๆ แม้แต่บุคคลที่ไว้วางใจเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 50) และระบุว่าได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นบางครั้งเท่านั้น (ร้อยละ 53.7) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเฉพาะต่อบุคคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นทีมรักษาพยาบาลและครอบครัวเท่านั้น ซึ่งเป็นไปได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะด้านการคิดและอารมณ์ที่สมบูรณ์ ตลอดจนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางร่างกายจากการเจ็บป่วยเพราะติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ถึงการตีตราของสังคมทำให้รู้สึกที่ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม จึงเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเองต่อบุคคลอื่นน้อยและลดกิจกรรมปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล แก้ววิจิตร²⁰ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อผู้อื่นเป็นเพราะผู้ติดเชื้อไม่มั่นใจว่าหากเปิดเผยตนเองแล้ว ผู้อื่นจะยอมรับตนเองได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อทีมรักษาพยาบาลที่รักษาตนเองแต่พบว่า ร้อยละ 42.6 ไม่แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากบุคลากร

สาธารณสุข ร้อยละ 63 ไม่แสวงหาข้อมูลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน อาจเป็นไปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังคงรับรู้ถึงการตีตราเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี²¹ ซึ่งยังจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรหาวิธีการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม
2. ควรส่งเสริมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและอยู่ในที่แออัด รวมถึงการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ ให้ครอบคลุมร้อยละ 100 ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มีสุขภาพที่แข็งแรง มีอายุยืนยาว ซึ่งช่วยยืดระยะการเกิดต้อตาในผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต้อตา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ทีมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุเมธ องควรรณดี, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โสฬ์เสหา, เอกจิตรา สุขกุล, บรรณธิการ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2557. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักกระบาดวิทยาโรคเอดส์; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.gfaidsboe.com/download.php>
3. Haubrich R, Riddler S, Mellors J, Dirienzo A, Komarow L, Powderly W, et al. Metabolic outcomes in a randomized trial of nucleoside, nonnucleoside and protease inhibitor-sparing regimens for initial HIV treatment. AIDS 2009; 23(9): 1109-1118.
4. ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สัญชัย ขาสมบัติ, พีระมณฑ์ นิงสานนท์. การประมาณการค่าใช้จ่ายชุดบริการยาต้าน



- รีโทรไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549-2553. วารสารโรคเอดส์ 2549; 19(1): 35-47.
5. Sungkanuparph S, Techasathit W. Thai national guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2010. Asian Biomed 2011; 4(4): 515.
 6. Gupta RK, Jordan MR, Sultan BJ, Hill A, Davis DH, Gregson J, et al. Global trends in antiretroviral resistance in treatment-naive individuals with HIV after rollout of antiretroviral treatment in resource-limited settings: a global collaborative study and meta-regression analysis. The Lancet 2012; 380(9849): 1250-1258.
 7. Sutthent R, Arworn D, Kaoriangudom S, Chokphaibulkit K, Chaisilwatana P, Wirachsilp P, et al. HIV-1 drug resistance in Thailand: Before and after National Access to Antiretroviral Program. Journal of Clinical Virology 2005; 34(4): 272-276.
 8. สุพัตราศรีวันชชากร, บังอร เทพเทียน, พักตร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, กุมาริ พัทธนี, ภูษิต ประคองสาย. ประเทศไทยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2554. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(1): 158-170.
 9. Pender NJ, Murdaugh CL, Person MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. New Jersey: Pearson Education; 2002.
 10. Boonyaleepun S. A causal model of the health behaviors of AIDS patients receiving antiretroviral therapy. [Ph.D. dissertation]. KhonKaen: KhonKaen University; 2007.
 11. วรณชาติ ตาเลศ, สุวรรณ บุญยะลีพรรณ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากะวันออกเฉียงเหนือ 2557; 32(1): 59-68.
 12. พานทิพย์ แสงประเสริฐ. การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัยในชุมชนของไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2556; 21(7): 711-72.
 13. พัชร ชันติพงษ์, ธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล, เพียว กิจสนาโยธิน, พรเทพ สวนดอก, ปานิดา ปรีพานิช. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
 14. Peterson JL, Miner MH, Brennan DJ, Rosser BS. HIV treatment optimism and sexual risk Behaviors among HIV positive African American men who have sex with men. AIDS Education & Prevention 2012; 24(2): 91-101.
 15. สุวรรณ บุญยะลีพรรณ, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, อาริวรรณ กลั่นกลิ่น, วลัยพร นันท์สุภาวัฒน์, จิตภินันท์ศรีจักรโคตร และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. พยาบาลสาร 2556; 12(40): 1-13.
 16. Clingerman EM. Participation in physical activity by persons living with HIV disease. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2003; 14(5): 59-70.
 17. Hoffman EW, Bergmann V, Shultz JA, Kendall P, Medeiros LC, Hillers VN. Application of a five-step message development model for food safety education materials targeting people with HIV/ AIDS. Journal of the American Dietetic Association 2005; 105(10): 1597-1604.
 18. ละม่อม ไชยศิริ, สมจิต แคนสีแก้ว. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์หลักวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(4): 79-89.
 19. ปาริชาติ ไชยสลิ. ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
 20. ศิวิมล แก้ววิจิตร. พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ในจังหวัดนครราชสีมา. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2548.
 21. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน (AIHD), สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). การประเมินผลการดำเนินงาน ด้านบริการปรึกษาเรื่องเอดส์และการดูแลรักษา สนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://documents.tips/documents/-56813f52550346895daa1002.html>