

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในโรงพยาบาลชุมชน

เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์⁽¹⁾ และสุวรรณา บุญยะสิทธิ์⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 13 พฤศจิกายน 2556

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 30 มกราคม 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 7 แห่ง จำนวน 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของสุวรรณา บุญยะสิทธิ์ (2550) ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2002) หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า Paired t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.46$, S.D.=0.68) 2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.59) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.69) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}=3.45$, S.D.=0.75) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.72) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.77) และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.82)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีแผนเชิงรุกโดยให้ความสำคัญในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายลดพฤติกรรมเสี่ยงตลอดจนลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยเอดส์, การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

- (1) ผู้รับผิดชอบบทความ: นักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(โทรศัพท์:0892802013,
E-mail address: tpunlop30@gmail.com)
(2) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Original Article

Health Behaviors of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy with Plasma HIV RNA Level in the Range to 51-1,000 Copies/ml in Community Hospitals

Saowalak Kungnurat⁽¹⁾ and Suwanna Boonyaleepun⁽²⁾

Received Date: November 13, 2013

Accepted Date: January 30, 2014

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the health behaviors of AIDS patients receiving antiretroviral therapy with plasma HIV RNA level in the range to 51-1,000 copies/ml. The conceptual framework was based on Pender's Health Promotion Model. The sample group consisted of 38 patients who had been receiving antiretroviral therapy with plasma HIV RNA level in the range to 51-1,000 copies/ml at the seven community hospitals in Surin province. Data were collected during June to August 2013 using the health behavior interview questionnaire for HIV. The Cronbach's alpha coefficient was 0.88. Descriptive statistics were used for data analysis and paired t-test was performed for association.

The study results: 1. Overall health behavior level was high ($\bar{X}=3.46$, S.D.=0.68) 2. For each aspect, it was found that the highest level of health behavior aspects scores were two categories as follows: 1) health responsibility ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.59), 2) nutrition ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.69). The high level of health behavior aspect scores were four categories. The performances of health behavior were categorized from the highest to lowest scores, and were as follow: 1) spiritual growth ($\bar{X}=3.45$, S.D.=0.75), 2) stress management ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.72), 3) interpersonal relations ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.77), and 4) physical activities and exercise ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.82). The findings suggest that six aspects of health behaviors should be continuously maintained by a proactive plan, especially in promoting certain aspects such as health responsibility for taking antiretroviral regimens, interpersonal relations and physical activities and exercise, reducing risk behaviors and prevention on transmission of HIV infection.

Keyword: Health behaviors, AIDS patients, Antiretroviral therapy

(1) **Corresponding author:** Master of Nursing

Student, in Adult Nursing,

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

(โทรศัพท์: 0892802013,

E-mail address: tpunlop30@gmail.com)

(2) Associate Professor,

Department of Adult nursing,

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ปัญหาเอดส์ยังไม่หยุดนิ่ง มีการระบาดของโรคและลูกกลามขยายวงกว้างออกไป (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง (สมภพ, 2550) ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (ปรีชา และคณะ, 2550) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) (Severe et al., 2010) มีเป้าหมาย คือลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (Viral load) ให้ต่ำลงหรือน้อยกว่า 50 copies/ml และคงระดับนั้นไว้นานที่สุด เพื่อเพิ่มระดับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายและระดับ Cluster of Differentiation (CD₄) ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงโดยมีการประเมินภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีนาน 6 เดือน (จิตาพร และคณะ, 2550; Steegen et al., 2009) ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (วิณพพร้อมประเสริฐ, 2549) แล้วจึงต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมร่วมด้วยได้แก่ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีการออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและป้องกันตนเองไม่ได้รับเชื้อเพิ่ม ไปพบแพทย์ตามนัด ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (อรพรรณ อุดมพร, 2550) หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ อาจเกิดการดื้อยาและส่งผลกระทบต่อการรักษาล้มเหลว (จิตาพร จิรวิณะไพศาล และคณะ, 2550) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml อาจเป็นระยะเริ่มแรกของการรักษาล้มเหลวจริงหรือเป็นการเพิ่มปริมาณเพียงชั่วคราว (Viral blip) (ประพันธ์ และคณะ, 2553) เพราะจากการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและมีค่า Viral load >50 และ <1,000 copies/ml เป็นระยะเวลานานต่อเนื่องกัน เมื่อติดตามระดับ Viral load ต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดดื้อยาและกลายพันธุ์ถึงร้อยละ 37.00 (Taiwo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสและมีค่า Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/ml ติดตามกันอย่างน้อย 3 เดือน พบว่ามีอัตราการรักษาล้มเหลวทางไวรัสถึงร้อยละ 37.70 (Sungkanuparph et al., 2006) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีระดับ Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/ml มีความเสี่ยงต่อการดื้อยา ทำให้ต้องใช้ยารักษาที่ราคาแพงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) จากการศึกษาในรณรงค์โรงพยาบาลชุมชนโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T พ.ศ. 2552-2554 ระดับโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในขอบเขตความรับผิดชอบจังหวัดสุรินทร์ พบว่า Medication adherence $\geq$ ร้อยละ 95 มีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 80.00-94.00 ในปี พ.ศ. 2552-2554 (โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทย, 2555) อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลนำ

ร่องมักมีการมารับยาโดยใช้ผู้ดูแลหรือญาติ ซึ่งการมารับยาในกรณีดังกล่าว ญาติหรือผู้ดูแลบางรายไม่มีความสม่ำเสมอ อาจส่งผลกระทบต่อรักษาและการดื้อยาได้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์กลุ่มเสี่ยงนี้ว่าเป็นอย่างไร โดยนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2002) มาเป็นกรอบแนวคิด เพราะเป็นรูปแบบผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 2) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณและ 6) การจัดการกับความเครียด โดยในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปถือเป็นช่วงเวลาที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนและสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นได้ในระดับหนึ่ง (Prochaska, & DiClemente, 1983 cited in Pender et al. 2002) ซึ่งผลวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล และเชื่อมโยงกันด้านการรักษา เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเชิงรุกในสถานบริการระดับทุติยภูมิ ในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ป้องกันปัญหาการดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวี และคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มี Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/ml

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานกลุ่ม A, B, C ที่มี Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/ml อายุ 20-60 ปี สัญชาติไทย สามารถพูดฟังภาษาไทยและสื่อความหมายได้ดี มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีค่า Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/ml ตั้งแต่ 5 ราย ขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 7 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Cochran, 1977) ได้จำนวน 38 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{Nd^2 + Z^2\sigma^2}$$

N คือ ขนาดของประชากรซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 51 ราย

n คือ ขนาดของตัวอย่าง

Z คือ ค่าจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น $0.05 = \alpha/2 = 1.96$

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนของประชากร ซึ่งไม่ทราบค่าจึงใช้ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาจากการทดลองใช้เครื่องมือในงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของ สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ (2550) นำค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือด้านการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมาใช้ในการคำนวณ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 4.16

d คือ ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดให้ไม่เกิน 5% ของค่าเฉลี่ยด้านที่นำค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาคำนวณซึ่งมีค่าเท่ากับ 13.26 ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนจึงมีค่าเท่ากับ

$$\frac{13.26 \times 5}{100} = 0.66$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(51)(1.96)^2(4.16)^2}{51(0.66)^2 + (1.96)^2(4.16)^2} = 38.22$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 38 คน

● เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของ สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ (2550) พัฒนาจากกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2002) มีทั้งหมด 55 ข้อครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คะแนน 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดี คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ที่โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2556 (HE 562088)

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และเพศหญิงอย่างละ 19 คน (ร้อยละ 100.00) มีอายุระหว่าง 20-40 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 13.20) อายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 86.80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 28 คน (ร้อยละ 73.69) สถานภาพสมรสคู่จำนวน 20 คน (ร้อยละ 52.63) ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 16 คน (ร้อยละ 42.10) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 33.40 เดือน (ระหว่าง 6-216 เดือน) มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจำนวน 19 คน (ร้อยละ 50.00) เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 19 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือเปิดเผยเฉพาะคนในครอบครัวและเปิดเผยแก่ทุกคนจำนวน 15 คน (ร้อยละ 39.50)

ค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ CD4 cell count น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ Karnofsky's score ก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$

2. พฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.46$, S.D.=0.68)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.56$, S.D.=0.59) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่การมาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 3.81$, S.D.=0.92) และการรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ ($\bar{X} = 3.73$, S.D.=0.64) 2) การป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{X} = 3.84$, S.D.=0.54) และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของท่านเป็นอย่างไร ($\bar{X} = 3.84$, S.D.=0.43) 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 3.63$, S.D.=0.58) การสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.55$, S.D.=1.95) และการทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายสิ่งที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือกำจัด ($\bar{X} = 3.50$, S.D.=1.05)

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.34$, S.D.=0.82) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอ่อนเพลียหลังออกกำลังกายแล้ว ($\bar{x}=3.76$, S.D.=0.75) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดีเพียงใด) ($\bar{x}=3.50$, S.D.=1.00)

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=3.50$, S.D.=0.69) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัวจะเปรียบเทียบกับครั้งก่อน ($\bar{x}=3.71$, S.D.=0.61) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้ ครบ 3 มื้อ) ($\bar{x}=3.55$, S.D.=0.72) และการความถี่ของการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ ($\bar{x}=3.55$, S.D.=0.82)

2.2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.44$, S.D.=0.77) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ มีการปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ($\bar{x}=3.68$, S.D.=0.77) และการไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดี ($\bar{x}=3.68$, S.D.=0.66)

2.2.5 พฤติกรรมสุขภาพการพัฒนาด้านจิตวิญญาณค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.45$, S.D.=0.75) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี ($\bar{x}=3.60$, S.D.=0.71) มีการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี ($\bar{x}=3.55$, S.D.=0.76) และการประพาสตนให้มีคุณค่า ($\bar{x}=3.55$, S.D.=0.79)

2.2.6 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.44$, S.D.=0.72) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ) ($\bar{x}=3.50$, S.D.=0.72)

บทสรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาข้อ พบว่ายังมีปัญหาในด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องความสม่ำเสมอ ถูกต้อง ครบถ้วนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่มตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยควรวางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวโดยเน้นที่ปัญหาในด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องความสม่ำเสมอ ถูกต้อง ครบถ้วนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นมาตรการเร่งด่วนสำหรับผู้เกี่ยวข้อง สำหรับประเด็นพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น โดยสถานบริการระดับทุติยภูมิ ควรมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านดังกล่าวอย่างเหมาะสมในเชิงรุกให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง รวมทั้งการหาแนวทางการพัฒนา/สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการดื้อยาในอนาคตได้

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.46$, S.D.=0.68) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก (ไปรษณีย์ บิณฑิตต์, 2544) กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 86.80 เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและอยู่ในวัยแรงงาน เป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาด้านจิตสังคมพร้อมจะรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัว มีความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวและมีความหวังในการดำเนินชีวิตรวมทั้งมีเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวีต่อคนในครอบครัวร้อยละ 39.50 (สาวตรี เชื้อแก้ว, 2553) ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ควรมีสัมพันธภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อด้วยกัน ครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพ จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมรวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งในครอบครัวและชุมชน (วันเพ็ญ พูลเพิ่ม, 2550) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 33.60 ($p<.05$) (วรรณภา สิทธิปาน, 2551)

ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืน รวมทั้งการป้องกันปัญหาการดื้อยา ลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องนโยบาย Getting to Zero (เข้าใกล้เป้าหมายศูนย์) ทั้งทางตรงและทางอ้อมคือต้องไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ และการไม่มีการตีตราหรือแบ่งแยกผู้ติดเชื้ออีกต่อไป (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะต้องการมี

สุขภาพที่แข็งแรง ต้องการให้อาการทุเลาและต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว (สุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ, 2554) สอดคล้องกับตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$) ตามลำดับ CD_4 cell count น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและคะแนน Karnofsky's score ซึ่งสนับสนุนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mwanburi, 2005)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านเป็นรายข้อยังพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ตรงเวลาเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.30 และแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 18.40 กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 18.40 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและสม่ำเสมอในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (Medication adherence $\geq 95\%$) คิดเป็นร้อยละ 86.84 และ Medication adherence $< 95\%$ คิดเป็นร้อยละ 13.16 2) การป้องกันโรคแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือการใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจแพร่เชื้อโรคมาสู่ตนเอง เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือห่าน ร้อยละ 7.90 และ 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่แยกของใช้ส่วนตัวเลยเช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ ร้อยละ 5.30 และ 28.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่ทุกวันและดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันร้อยละ 76.30 และ 68.40 ตามลำดับ และไม่ทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือกำจัดทิ้งร้อยละ 13.20 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้แสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันร้อยละ 13.20 และ 7.90 จากการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่สมาชิกในครอบครัวโดยไม่ได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ จะทำให้เกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจที่จะต่อสู้ ถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นตราบาป เป็นโรคที่สังคมรังเกียจก็ตาม ซึ่งจะทำให้เห็นจากผู้ติดเชื้อจะไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อกับผู้อื่น เพราะกลัวถูกรังเกียจ ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง แม้กระทั่งคนใกล้ชิด จนอาจจะประสบปัญหาการทำงาน หรือถูกไล่ออกจากงาน และย้ายที่อยู่ใหม่ในที่สุด (ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ, 2552) สำหรับกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความกลัวต่อการรังเกียจ การตีตราทางสังคม จึงไม่กล้าเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ด้วยความกลัวดังกล่าวมีผลให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเช่นกัน (Orrell, 2005)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ไม่ได้หาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสมและไม่ออกกำลังกายอย่างน้อยนาน 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 21.10 และ 13.20 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานมีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างร้อยละ 42.10 และ 34.20 ตามลำดับและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 50.00 จึงไม่มีเวลาว่างแสวงหาข้อมูลข่าวสารดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ มีสาเหตุเนื่องจากมีภาระงาน/ทำงานหนัก (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีเหตุผลหลักคือ ไม่มีเวลาร้อยละ 85.80 (สุชาติ ภัยหลักลี และสมเอน นาคภากุล, 2544) ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายที่พอเหมาะอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน จะช่วยให้ระดับ CD_4 ในร่างกายสูงขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และช่วยให้ภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นก็ตาม (Bopp et al., 2004)

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกทั้ง 6 ด้าน ที่มารับบริการและติดตามการรักษาตามนัดโดยมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml
2. บุคลากรด้านสุขภาพต้องหากกลยุทธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่อง การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้มาตรการเร่งด่วนในผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดมากกว่า 51-1,000 copies/ml เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
3. บุคลากรด้านสุขภาพต้องหากกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับบริบทโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
4. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับในโรงพยาบาล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติการเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
5. ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติการเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนโดยมีรูปแบบที่ชัดเจนในทีมสุขภาพ เช่น การติดตามสนับสนุนการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอโดยการติดตาม

ทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางหรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและคงไว้ซึ่ง Medication adherence $\geq 95\%$ อย่างยั่งยืน
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรม การออกกกำลังกาย ดำเนินการระหว่างวันที่ 12-25 กรกฎาคม 2546. กรุงเทพฯ : การศาสนา.
- โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทย. (2555). ค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.cqihiv.com/ViewHospitalIV5.aspx>
- ชีวันนัถ์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สมพงษ์ เจริญสุข, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และจิตรา อ่อนน้อม. (2552). แนวทางการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: พุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2550). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โพรเกรสซิฟ.
- จิตาพร จิรวัฒน์ไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, และสมบัติ แทนประเสริฐสุข. (2550). ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ. วารสารโรคเอดส์, (19), 141-154.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). การพยาบาล: สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในยุคยาต้านไวรัสเอดส์. สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.
- ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ สีเขววงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิพย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ธีรรัตน์กุล และคณะ. (2553). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปรีชา มณฑานติกุล. (2550). โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์. ใน ปรีชา มณฑานติกุล และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (หน้า 15-34). กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- ไพรมายณ์ บินทิจิตต์. (2544). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา สิทธิปาน. (2551). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเวชปฏิบัติครอบครัวมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พูลเพิ่ม. (2550). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยใช้การสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีณา พร้อมประเสริฐ. (2549). การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์, 18(2), 79-89.
- ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554. ค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2555, จาก http://203.157.15.4/reportaids/2009/T1_090731160851.pdf
- สมภพ เรืองตระกูล. (2550). โรคเอดส์มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี เชื้อแก้ว. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกกำลังกายอำเภอกลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาติ ภัยหลีกส์ และสมเอน นาคภากุล. (2544). รายงานการวิจัยพฤติกรรม การออกกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- สุวรรณา บุญยะสิทธิ์. (2550). แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณา บุญยะสิทธิ์. (2554). โรคเอดส์ : การพยาบาลแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- อรพรรณ อุดมพร. (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ ด้านการมีกิจกรรมและการออกกกำลังกาย และด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ทั้ง 7 แห่งและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

- Bopp, C. M., Phillips, K. D., Fulk, L. J., Dudgeon, R., & Hand, G. A. (2004). Physical activity and immunity in HIV-infection individuals. *AIDS Care*, 16(3), 387-393.
- Cochran, W. G. (1977). **Sampling techniques** (3rd ed.). Canada: John Wiley & Sons.
- Mwanburi, V. (2005). Understand the role of HIV load in determining weight change in the era of highly active antiretroviral therapy (HART). *Clinical Infectious Diseases*, 40, 167-173.
- Orrell, C. (2005). Antiretroviral adherence in a resource-poor setting. *Current HIV/AIDS Reports*, 2, 171-176.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). **Health promotion in nursing practice** (4th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Severe, P., Juste, M.A., Ambroise, A., Eliacin, L., Marchand, C., Apollon, S. et al. (2010). Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adult in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 15, 257-265.
- Steegen, K., Luchters, S., Dauwe, K., Reynaerts, J., Mandaliya, K., Jaoko, W. et al. (2009). Effectiveness of antiretroviral therapy and development of drug resistance in HIV-1 Infected patients in Mombasa, Kenya. *AIDS Research and Therapy*, 6(12), 1-4.
- Sungkanuparph, S., Groger, R. K., Overton, E., Fraser, V. J., & Powderly, W. G. (2006). Persistent low-level viraemia and virological failure in HIV-1-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *British HIV Association HIV Medicine*, 7, 437-441.
- Taiwo, B., Gallien, S., Aga, E., Ribaudo, H., Haubrich, R., Kuritzkes, D. R., & Eron Jr, J. J. (2011). Antiretroviral drug resistance in HIV-1-infected patients experiencing persistence low-level viremia during first-line therapy. *The Journal of Infectious Diseases*, 204(15), 515-520.