

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
2. แนวคิด ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม
3. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
  - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

##### 1.1 ความหมายและการวินิจฉัย

เอชไอวี หรือ HIV มีชื่อเต็มว่า Human Immunodeficiency Virus ซึ่งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำหน้าที่ต่อต้านโรคและควบคุม โดยตัวของมันเอง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายประกอบด้วย สิ่งต่างๆหลายชนิด เช่น เม็ดเลือดขาวที่ใช้ในการต่อต้านโรคต่างๆ โดยเชื้อเอชไอวีจะเข้าโจมตีระบบภูมิคุ้มกัน โดยการทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว (Cluster of Deviation 4: CD4) ซึ่งมีหน้าที่ในการกำจัดเชื้อโรคที่เข้ามาในร่างกาย เมื่อเวลาผ่านไป เชื้อเอชไอวีจะค่อยๆ ทำลายระบบภูมิคุ้มกันไปเรื่อยๆ จนภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในที่สุดเชื้อโรคที่ไม่เคยทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ก็อาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมไปจึงอาจเสียชีวิตจากโรคหลายชนิดได้ ในระหว่างที่ภูมิคุ้มกันค่อยๆ ถูกทำลาย ซึ่งอาจใช้เวลาหลายปี ผู้ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการเจ็บป่วยใดๆ แต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ (คู่มืออ้างอิง สุขภาพทางเพศสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 2554: 23-24)

ศูนย์ควบคุมโรคและป้องกัน (Centers for Disease Control and Prevention) ของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดความหมายของคำว่า เอดส์ เป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2525 ว่าเป็นภาวะภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เสื่อม ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งบางอย่างง่าย โดยที่ผู้ป่วยคนนั้นยังไม่สูงอายุเกินไปที่ภูมิคุ้มกันจะเสื่อม หรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันอยู่เดิม หรือเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบปฐมภูมิ (Primary immune deficiency) หลังจากมีการทดสอบแอนติบอดี เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาได้นำเอาผลของการตรวจนั้น เข้ามาประกอบในการวินิจฉัยเอดส์ด้วย โดยแบ่งเป็น 3 กรณี คือ (1) กรณีที่ไม่มีผลการตรวจแอนติบอดี (antibody) ต่อเอชไอวี (2) กรณีที่แอนติบอดี (antibody) ต่อเอชไอวีให้ผลบวก และ (3) กรณีที่แอนติบอดี (antibody) ต่อเอชไอวีให้ผลลบ แต่ยั้งน่าที่จะเป็นเอดส์อยู่ ได้ปรับปรุงความหมายของเอดส์ใน ปี พ.ศ.2530 โดยกำหนดรายชื่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็งบางชนิด อาการทางจิตประสาท และอาการผอมแห้ง (Wasting syndrome) ร่วมกับท้องร่วง ที่จะใช้วินิจฉัยว่าเป็น เอดส์เต็มขั้น และได้ให้คำนิยามของโรคต่างๆ และวิธีการวินิจฉัยไว้อย่างชัดเจน

การวินิจฉัยโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำได้โดยดูว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงตามที่กำหนดหรือไม่ ตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2524 มีการให้คำนิยามของเอดส์หลายคำนิยามใช้เพื่อจัดตั้งการเฝ้าระวังทางวิทยาการระบาด สำหรับในประเทศกำลังพัฒนานั้นองค์การอนามัยโลกได้สร้างระบบแบ่งระดับผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามอาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนในประเทศพัฒนา แล้วจะใช้ระบบจำแนกประเภทของศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control : CDC)

### 1.1.1 การจำแนกระยะการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่และวัยรุ่นโดยองค์การอนามัยโลก

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้จัดกลุ่มภาวะและการติดเชื้อเหล่านี้ไว้ด้วยกันโดยเสนอระบบการแบ่งระยะโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี-1 ต่อมาจึงได้รับการปรับปรุงแก้ไขในเดือนกันยายน พ.ศ. 2448 ภาวะส่วนใหญ่ที่ระบุไว้นี้เป็นการติดเชื้อ ฉวยโอกาสที่มักจะรักษาได้ง่ายในคนปกติ

ระยะที่ 1 การติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ ไม่จัดเป็นโรคเอดส์

ระยะที่ 2 มีการแสดงออกทางเชื้อมุเมือก และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ส่วนบนเป็นซ้ำ (recurrent)

ระยะที่ 3 นับรวมเอาอาการท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งเดือนที่ไม่มีคำอธิบาย การติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง และวัณโรคปอด

ระยะที่ 4 นับรวมเอาการติดเชื้อทอกโซพลาสมาในสมอง การติดเชื้อรา แคนดิดาในหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด และเนื้องอกคาโปซี โรคเหล่านี้บ่งชี้ถึงเอดส์

### 1.1.2 ระดับอาการทางคลินิกของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยศูนย์ควบคุมโรคและป้องกัน สหรัฐอเมริกา

เมื่อต้นปี พ.ศ. 2536 ทางศูนย์ควบคุมโรคและป้องกัน (Centre for Disease Controls and Prevention : CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกกระยะการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในคนอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปออกมาใหม่ โดยใช้ระดับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในเลือด (CD4<sup>+</sup> cells) มาร่วมในการจัดกระยะการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ร่วมกับอาการทางคลินิก โดยจัดแบ่งระดับของ จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในเลือด (CD4<sup>+</sup> cells) และอาการทางคลินิกเป็น 3 ระดับ นำเสนอในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การจัดระดับอาการทางคลินิกของการติดเชื้อเอชไอวีโดยศูนย์ควบคุมโรคและป้องกัน สหรัฐอเมริกา

| ระดับ CD4                      | ระดับอาการทางคลินิก                |     |     |
|--------------------------------|------------------------------------|-----|-----|
|                                | การติดเชื้อเอชไอวี<br>แบบเฉียบพลัน | B   | C   |
| (1) $\geq 500$ เซลล์/ไมโครลิตร | A1                                 | B1  | C1* |
| (2) 200-499 เซลล์/ไมโครลิตร    | A2                                 | B2  | C2* |
| (3) $< 200$ เซลล์/ไมโครลิตร    | A3*                                | B3* | C3* |

\* ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่อยู่ในกลุ่ม C (C1, C2, C3) A3 และ B3 เท่านั้นที่จัดว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งหมายถึง อาการภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างแท้จริง หรือเต็มขั้น

อาการทางคลินิกในกลุ่ม A ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและไม่มีอาการในกลุ่ม B หรือ C จะแบ่งเป็นพวก

- (1) ไม่มีอาการ (Asymptomatic infection)
- (2) กลุ่มอาการต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent Generalized Lymphadenopathy - PGL) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะดังต่อไปนี้
  - ต่อมน้ำเหลืองบริเวณอื่นๆ นอกเหนือจากบริเวณขาหนีบ (Inguinal lymph node) โต 2 บริเวณ หรือมากกว่า และโตอย่างน้อย 3 เดือนมาแล้ว
  - ต่อมน้ำเหลืองที่โตไม่ได้มีสาเหตุจากโรคอื่นๆ ที่ทราบกันอยู่แล้วหรือไม่ได้โตจากการใช้ยา

- การตรวจต่อมน้ำเหลืองทางจุลพยาธิวิทยา พบว่ามีลักษณะเป็นแบบรีแอคทีฟไฮเปอร์เพลเซีย (Reactive hyperplasia)

(3) กลุ่มอาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเฉียบพลัน (Acute or primary HIV infection)

อาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีกลุ่ม B ได้แก่ กลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการแต่เป็นอาการที่ไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่ม C และเป็นอาการที่อยู่ในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่

(1) กลุ่มอาการที่แสดงภาวะภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์บกพร่อง

(2) กลุ่มอาการที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นอาการแทรกซ้อนของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ตัวอย่างเช่น

- การติดเชื้อ *Bartonella quintana* (Bacillary angiomatosis)

- การติดเชื้อราเป็นฝ้าขาวบริเวณในช่องปาก (Candidiasis, oropharyngeal) (thrush)

- การติดเชื้อราบริเวณอวัยวะเพศ (Candidiasis, vulvovaginal) ที่เป็นอย่างยาวนานบ่อยครั้ง และดื้อยา

- เชื้อเนื้องอกปากมดลูกเจริญผิดปกติ (Cervical dysplasia/moderate, severe)/มะเร็งปากมดลูก (cervical carcinoma) *in situ*

- อาการที่แสดงออกทั่วไป (Constitutional symptoms) เช่น ไข้ (38.5°C) หรือท้องร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

- ช่องปากเป็นรอยด่างขาว (Hairy leukoplakia, oral)

- งูสวัด (Herpes zoster) ที่เป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเป็นมากกว่า 1 ตำแหน่งบนร่างกาย

- โรคเกร็ดเลือดต่ำที่ไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic thrombocytopenic purpura)

- การติดเชื้อ *Listeria* (Listeriosis)

- การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease) โดยเฉพาะที่มีอาการแทรกซ้อนเป็นฝีที่ท่อนำไข่ (tuboovarian)

- ปลายประสาทอักเสบ (Peripheral neuropathy)

อาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีกลุ่ม C ได้แก่ กลุ่มอาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่

- การติดเชื้อราในหลอดลมใหญ่ หลอดลมขนาดเล็กหรือปอด (Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs)
- การติดเชื้อราในหลอดอาหาร(Candidiasis, esophageal)
- มะเร็งปากมดลูก(Cervical cancer, invasive)\*
- การติดเชื้อราที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ (Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary)
- การติดเชื้อ cryptococcosis ภายนอกปอด ( Cryptococcosis, extrapulmonary)
- โรคท้องร่วงเรื้อรัง ที่เกิดจากปรสิตชื่อ คริปโตสปอริดิโอซิส (Cryptosporidiosis, chronic intestinal >1 month's duration)
- โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อ Cytomegalovirus (Cytomegalovirus disease other than liver, spleen, or nodes)
- โรคจอประสาทตา(Cytomegalovirus retinitis with loss of vision)
- โรคสมองอักเสบที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Encephalopathy, HIV-related)
- เริม(Herpes simplex): เป็นแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน (chronic ulcers >1 month's duration); หรือหลอดลมอักเสบ (bronchitis), ปอดอักเสบ (pneumonitis), or หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis)
- การติดเชื้อ Histoplasma capsulate (Histoplasmosis), ทั้งภายในและนอกปอด (disseminated or extrapulmonary)
- การติดเชื้อ Isospora belli (Isosporiasis) แบบเรื้อรัง(>1 month's duration)
- มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Kaposi's sarcoma)
- มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Lymphoma, Burkitt's or equivalentterm)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีการลุกลาม (Lymphoma, immunoblastic (or equivalentterm)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Lymphoma, primary, or brain)
- โรคติดเชื้อที่เกิดจากMycobacterium avium complex
- การติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis, any site ในปอดและนอกปอด (pulmonary or extrapulmonary) \*

- การติดเชื้อ mycobacteria ชนิดอื่นๆ (Mycobacterium, other species or unidentified species) ภายในปอดหรือนอกปอด(disseminated or extrapulmonary)
  - ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ Pneumocystic jiroveci (Pneumocystis carinii pneumonia)
  - การกลับเป็นซ้ำของปอดบวมอักเสบ(Pneumonia, recurrent)\*
  - โรคที่ทำให้ลายเซลล์หุ้มประสาท (Progressive multifocal leukoencephalopathy)
  - การติดเชื้อ Samonella ในกระแสเลือดแบบซ้ำๆ(Salmonella septicemia, recurrent)
  - การติดเชื้อToxoplasmosis ในสมอง
  - อาการผอมแห้งในคนที่ติดเชื้อเอชไอวี(Wasting syndrome due to HIV)
- โรคหรือกลุ่มอาการ 25 โรคนี้จะคล้ายกับนิยามเดิมที่ใช้แต่ได้เพิ่มโรคใหม่ \*โรคที่เพิ่มขึ้นอีก 3 โรค ได้แก่

- (1) มะเร็งปากมดลูก (Invasive cervical cancer)
- (2) วัณโรค (Tuberculosis) ไม่ว่าจะเป็นที่ปอด หรือบริเวณอื่นนอกปอด
- (3) โรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ [Recurrent (bacterial) pneumonia] มากกว่า 1

ครั้งใน 1 ปี

### 1.1.3 ระดับอาการทางคลินิกของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

โครงการสำราญกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (2538) กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ปรับปรุงนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่และประกาศใช้เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2536 โดยแบ่งการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเอดส์ออกเป็น 3 ประเภท ซึ่งสอดคล้องกับการปรับปรุงของทางศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันของประเทศไทยสหรัฐอเมริกา โดยทุกประเภทต้องยืนยันได้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีแน่นอน ได้แก่

(1) อาศัยการตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งมีด้วยกัน 25 โรค หรือ กลุ่มอาการทางคลินิกในกลุ่ม C ที่จัดโดยศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Centre for Disease Controls : CDC)

(2) อาศัยการตรวจนับเม็ดเลือดขาว ( $CD4^+$  cells) น้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร อย่างน้อยสองครั้ง โดยผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีโรคหรือมีโรคใดโรคหนึ่งในกลุ่มของ 25 โรคดังกล่าว ในประเภท C1 หรือ มีแต่ยังไม่แน่นอนว่าใช่หรือไม่ ซึ่งตรงกับกลุ่ม A3 และ B3

(3) นิยามใช้เฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ซึ่งดัดแปลงมาจากนิยามขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการพบอาการแสดงหลัก (Major signs) อย่างน้อย 2 อย่าง และอาการแสดงรอง (Minor signs) อีก 2 อย่าง แต่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต การพบเพียงอาการแสดงหลักหนึ่งอย่าง และอาการแสดงรองหนึ่งอย่าง ก็จัดว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้

อาการแสดงหลัก (Major signs) ได้แก่

- (1) น้ำหนักลด (มากกว่าร้อยละ 10) หรือเลี้ยงไม่โต หรือมีภาวะขาดอาหารมากกว่า หรือเท่ากับระดับสอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ
- (2) ท้องร่วงเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ นานกว่า 1 เดือน
- (3) ไข้เรื้อรัง เป็นๆ หายๆ นานกว่า 1 เดือน
- (4) มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปโดยไม่พบเชื้ออื่นใด และไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยยาปฏิชีวนะ หรือเป็นโรคที่ตำแหน่งเดิม 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี

อาการแสดงรอง (Minor signs) ได้แก่

- (1) ต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว หรือคับและม้ามโต
- (2) มีฝ้าขาวในปาก (Oral thrush) ที่เกิดจากเชื้อรา *Candida albicans*
- (3) มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำๆ หลายครั้ง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ คออักเสบ
- (4) ไอเรื้อรัง ติดต่อกันมากกว่า 1 เดือนไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ
- (5) ผื่นที่ผิวหนัง ทั่วตัว คล้ายผื่นแพ้เรื้อรัง
- (6) มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาขณะตั้งครรภ์ หรือก่อนคลอด หรือยืนยันการติดเชื้อในเด็ก

ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค (2554) อธิบายว่า โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndromes : AIDS) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ

A = Acquired หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือภูมิ  
ต้านทานของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ หรืออาการหลายๆ อย่างไม่เฉพาะระบบใดระบบหนึ่ง

สรุปว่าเอดส์ คือ โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่นๆ แทรกซ้อนเข้ามาได้ง่าย เช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อหุ้มสมองอักเสบ มักมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติและอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

## 1.2 เอชไอวีและพยาธิกำเนิดของโรคเอดส์

ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค (2554) สรุปว่า เอดส์ เป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV infection) เป็นระยะที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ต่างๆ ได้ การดำเนินโรคของ HIV นับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อใหม่ๆ จะมีไวรัสมากในกระแสเลือด ต่อมาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะมีการทำลายไวรัสและทำลายเซลล์ที่ติดเชื้อซึ่งเป็นการจำกัดขอบเขตและการลุกลามของโรคแต่พอถึงระยะหนึ่งจะมีการลดลงของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (T helper cell)

เอชไอวี (HIV) จะเข้าสู่เซลล์จะอาศัย receptor ที่อยู่บนผิวเซลล์ คือ เซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4) ซึ่งปัจจุบันพบว่า HIV ยังต้องอาศัย coreceptor ร่วม (coreceptor) อื่นๆ เช่น CCR5, CXCR4 ซึ่งเป็น chemokine receptor จากการค้นพบ receptor ต่างๆ ทำให้นักวิทยาศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำให้เกิดโรคของ HIV และนำไปสู่การรักษาโรคในอนาคต ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์แบ่ง HIV-1 ออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของการเข้าเซลล์ คือ

(1) M - tropic virus (macrophage - tropic virus) จะเข้าสู่เซลล์โดยอาศัย CD4 และ chemokine receptor CCR5 เป็น coreceptor เป็นไวรัสที่ infect CD4 T cells และ macrophage และเป็นไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบในช่วงที่มีการติดเชื้อใหม่ๆ และในระยะที่ไม่มีอาการ

(2) T- tropic virus (T cell - tropic primary virus) เป็นไวรัสที่เข้าสู่เซลล์โดยอาศัย CD4 และ chemokine receptor CXCR4 (fusin) เป็น coreceptor พบในระยะท้ายๆ ของโรค และพบร่วมกับการลดลงของเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 T cell) และการดำเนินโรคในระยะที่เป็นเอดส์

การค้นพบ receptor ใหม่ เมื่อตรวจสอบดู CCR5 พบว่ามีการกลายพันธุ์ในยีนนี้ โดยที่มีการขาดหายไปของนิวคลีโอไทด์ 32 ตัว ทำให้ไม่มีการปรากฏ (express) ของ CCR5 ที่ผิวเซลล์ ไวรัสจึงเข้าเซลล์ไม่ได้และพบในคนไข้บางรายที่มีการดำเนินโรคช้าจะมียีนของ CCR5 ข้างหนึ่งเกิดการกลายพันธุ์ (heterozygous CCR5)

### 1.3 การทำลายระบบภูมิคุ้มกันของเชื้อไวรัสเอชไอวี

ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค (2554) สรุปว่า เมื่อก่อนเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวี (HIV infection) เป็นการติดเชื้อโรคแฝง (latent infection) แต่ปัจจุบัน พบว่าเอชไอวี (HIV) แบ่งตัวเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ต่างๆ ของระบบภูมิคุ้มกันอยู่ตลอดเวลา ซึ่งค้นพบ โดย Dr. David Ho โดยพบว่าร่างกายจะต่อสู้โดยการสร้างภูมิคุ้มกัน (antibody) ทำลายไวรัสและสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว (cytotoxic T lymphocyte: CTL) ทำลายเซลล์ที่ติดเชื้ออยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน ทำให้คนไข้ไม่มีอาการปรากฏให้เห็นได้หลายปี จนกระทั่งไวรัสสามารถเอาชนะระบบภูมิคุ้มกันได้ และทำให้เกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันอย่างร้ายแรง ผู้ป่วยก็จะกลายเป็นเอดส์ ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค สาเหตุที่ระยะระหว่างเริ่มติดเชื้อจนกระทั่งเป็นเอดส์มีระยะเวลาห่างกันหลายปี เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถต่อสู้กับไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่เชื้อเอชไอวี (HIV) ก็มีการกลายพันธุ์สูง ทั้งนี้เนื่องจากถูกแรงกดดันจากระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ไวรัสต่อสู้ระบบภูมิคุ้มกันได้เสมอโดยการกลายพันธุ์เปลี่ยนแปลงรูปร่างใหม่จนระบบภูมิคุ้มกันจำไม่ได้ และเมื่อระบบภูมิคุ้มกันเริ่มรู้จักไวรัสตัวใหม่และเริ่มทำลายไวรัสก็จะมีรูปร่างใหม่ไปอีก การต่อสู้ระหว่างไวรัสกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะดำเนินไปเช่นนี้หลายปี เราได้จากการสัมพันธ์ของเซลล์เม็ดเลือดขาว (cytotoxic T lymphocyte: CTL) กับปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ซึ่งวัดเชิงปริมาณ (quantitative) ผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำจะมีการดำเนินโรคช้า จากการค้นพบดังกล่าวทำให้เกิดการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV infection) ใหม่ๆ โดยอาศัยทฤษฎีที่ว่า กดการสร้างหรือทำลายไวรัสให้มากที่สุด เพื่อให้โรคดำเนินไปช้าที่สุด โดยการให้ยาหลายๆ ชนิดพร้อมกัน ที่สำคัญคือ protease inhibitor ซึ่งหลังจากนำมาใช้ร่วมกับยาอื่นๆ พบว่าสามารถกดการสร้างไวรัสได้และทำให้เกิดการถอยยาน้อยลง

### 1.4 แนวทางการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพที่มีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการให้บริการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (comprehensive and continuum care) โดยครอบคลุมไปถึงการดูแลทางด้านการแพทย์และการพยาบาล การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิ โดยการให้บริการทั้งหมดดังกล่าว เกิดจากการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ รวมถึงการดูแล โดยผู้ติดเชื้อและชุมชนเอง สำหรับการดูแลทางด้านการแพทย์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องที่นอกเหนือ ไปจากบริการด้านยาต้านไวรัสและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง การให้บริการอื่นๆ เช่น การตรวจติดตามระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4) ในผู้ที่ยังไม่รับประทานยาต้านไวรัส การตรวจคัดกรองโรคต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ บริการทั้งหมดนี้ควรให้และติดตามตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ โดยไม่ต้องรอให้ถึงระยะที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัส ประเด็นที่ควรคำนึง

ในการให้บริการทางด้านการแพทย์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง คือ เมื่อดำเนินการประเมินหรือการคัดกรองโรคและพบความผิดปกติควรมีการจัดระบบการส่งต่อบริการและการติดตามผู้ป่วยหลังจากส่งต่ออย่างเป็นระบบ ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยบริการเองและส่งต่อไปหน่วยบริการอื่นๆ เนื่องจากการให้บริการดูแลรักษาโรคและภาวะต่างๆ มีความหลากหลายและต้องการการดูแลรักษาโดยผู้ที่มีความสามารถและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

### 1.5 การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค (2554) สรุปว่า

#### 1.5.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามอาการทางคลินิก

##### (1) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเฉียบพลัน (*acute HIV infection*)

- การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในขั้นตอนนี้ยังไม่เป็นที่ตกลงในแนวทางอย่างชัดเจน ต้องรอผลจากการวิจัย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยข้อดี คือ จะช่วยลดอาการของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ปริมาณไวรัสจะลดลงจนถึงระดับต่ำสุดและค่อนข้างคงที่ (*viral set point*) คงสภาพภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ข้อเสีย คือ การได้รับยาต้านไวรัสเร็วขึ้นอาจนำไปสู่ อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส มีโอกาสติดต่อยาต้านไวรัสและไม่ทราบระยะเวลาที่ควรรักษาแน่นอน

##### (2) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน

- โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่ระยะเอดส์ขึ้นกับระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4) และปริมาณ ไวรัสในเลือด (*viral load*)

- การพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสให้พิจารณาทั้งจากอาการและระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4) เป็นสำคัญ

- เป้าหมายของการรักษา คือ ลดปริมาณปริมาณไวรัสในเลือด (*viral load*) ให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4) กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (*AIDS – related illness*)

ตารางที่ 2.2 เกณฑ์การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

| อาการทางคลินิก                                        | ระดับ CD4(cell/mm3) | คำแนะนำ                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์<br>(AIDS-defining illness) | เท่าใดก็ตาม         | เริ่มยาด้านไวรัส                                                                                    |
| มีอาการ                                               | เท่าใดก็ตาม         | เริ่มยาด้านไวรัส                                                                                    |
| ไม่มีอาการ                                            | $\leq 350$          | เริ่มยาด้านไวรัส                                                                                    |
| ไม่มีอาการ                                            | $> 350$             | ยังไม่เริ่มยาด้านไวรัสให้ติดตาม<br>อาการและตรวจระดับ CD4<br>ทุก 6 เดือน                             |
| หญิงตั้งครรภ์                                         | เท่าใดก็ตาม         | เริ่มยาด้านไวรัส และหยุดยาหลัง<br>คลอดถ้าก่อนการรักษาด้วยยาด้าน<br>ไวรัสมีระดับ CD4 $>350$ cell/mm3 |

กรณีพิเศษที่ควรพิจารณาการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเมื่อ CD4 มากกว่า 350 cell/mm3

- (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อ HBV หรือ HCV ร่วมด้วย และมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกว่ามีการอักเสบของตับจากเชืวดังกล่าว
- (2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (CD4 $>350$ -500 cell/mm3) ที่มีอย่างน้อยโรคหนึ่งโรคใดต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
- (3) กรณีอื่นๆ เช่น discordant couples, HIV-associated nephropathy ฯลฯ

### 1.5.2 สูตรยาด้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย

ยาด้านไวรัสที่มีจำหน่ายในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

- (1) Nucleoside or nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NRTIs or NtRTI)

ได้แก่ zidovudine (AZT), stavudine (d4T), lamivudine (3TC), emtricitabine (FTC), didanosine (ddI), abacavir (ABC), tenofovir (TDF) นอกจากนี้ยังมียาในรูปแบบ fixed-dose combination เช่น AZT/3TC 300/150 mg, d4T/3TC 30/150 mg, TDF/FTC 300/200 mg (FTC มีในรูปแบบ fixed-dose combination กับ TDF เท่านั้น)

(2) *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)* ได้แก่ nevirapine (NVP), efavirenz (EFV), etravirine (ETR) โดย NVP ยังมีอยู่ในรูป fixed-dose combination ร่วมกับ NRTIs เช่น d4T/3TC/NVP 30/150/200 mg และ AZT/3TC/NVP 250/150/200 mg

(3) *Protease inhibitors (PIs)* ได้แก่ indinavir (IDV), ritonavir (RTV), nelfinavir (NFV), saquinavir (SQV), lopinavir/ritonavir (LPV/r), atazanavir (ATV), darunavir (DRV)

(4) *Integrase inhibitors (INSTIs)* ได้แก่ raltegravir (RAL)

(5) *Fusion inhibitors (FIs)* ได้แก่ enfuvirtide (ENF)

การเลือกสูตรยาต้านไวรัสสูตรแรกในปัจจุบัน ยังแนะนำให้ใช้ NNRTIs-based regimen เว้นแต่เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาในกลุ่ม NNRTIs จึงจะเปลี่ยนเป็น PIs-based regimen (แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ.2553: 100)

### 1.5.3 ประเมินการกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (cooperation to antiretroviral therapy)

ตารางที่ 2.3 การประเมินความร่วมมือโดยวิธีตรง และข้อดี/ข้อเสียของแต่ละวิธี

| วิธีการประเมิน                                      | ข้อดี                                                               | ข้อเสีย                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (viral load assay) | - เป็นตัวชี้วัดของผลการรักษา<br>ซึ่งเป็นที่ยอมรับ<br>อย่างกว้างขวาง | - มีค่าใช้จ่ายสูงมาก<br>- มีสถานที่ที่สามารถตรวจได้<br>จำนวนจำกัด<br>- ยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อค่า viral load เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้น<br>การรักษาทำให้ viral load ไม่ลดลงแม้จะมีความร่วมมือดี |

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

| วิธีการประเมิน                                                                       | ข้อดี                                                                                                            | ข้อเสีย                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (2) การตรวจวัดระดับยาในเลือด(therapeutic drug monitor                                | - วัดระดับ/ปริมาณของยาที่มีอยู่ในเลือดได้โดยตรง ทำให้ทราบระดับยาในเลือดในช่วงเวลาที่เก็บตัวอย่างเลือดมาวิเคราะห์ | - ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือดี เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ทานยาทุก 12 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยอาจจะหยุดทานยาในบางช่วง แต่กลับทานอย่างถูกต้องในช่วงเวลาก่อนที่จะมาตรวจ ทำให้ตรวจวัดระดับยาในเลือดได้ผลอยู่ในระดับที่รักษาได้<br>- มีความจำเป็นสำหรับการตรวจวัดยาแต่ละชนิด<br>- มีค่าใช้จ่ายสูง |
| (3) การให้ผู้ป่วยทานยาต่อหน้า (DOT) โดยเป็นการทานยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติ | - สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือจริงหรือไม่                                                             | - ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก<br>- ผู้ป่วยต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพ<br>- ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติ                                                                                                                                                                                                 |

ตารางที่ 2.4 การประเมินความร่วมมือโดยวิธีอ้อม และข้อดี/ข้อเสียของแต่ละวิธี

| วิธีการประเมิน                                                                    | ข้อดี                                             | ข้อเสีย                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) การรายงานโดยผู้ป่วย<br>(self report)                                          | - สะดวก รวดเร็ว ประหยัด                           | - ผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| (2) การนับเม็ดยา                                                                  | - ง่าย ประหยัด เป็นรูปธรรม                        | - ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือดี เช่น ผู้ป่วยอาจเทยาทิ้ง หรือแบ่งยาให้ผู้อื่นทาน<br>- บอกไม่ได้ว่าทานยาตรงเวลา<br>- ผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง                                                                                                                                   |
| (3) บันทึกเวลาทานยา                                                               | - ทราบเวลาที่ทานยาทุกมื้อ<br>- ลดปัญหาการจำไม่ได้ | - ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย<br>- ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการอ่านเขียน ทำไม่ได้                                                                                                                                                                                                                         |
| (4) บันทึกทางเภสัชกรรม<br>ของ<br>จำนวนยาที่มารับใหม่<br>(pharmacy refill records) | - เป็นรูปธรรม                                     | - ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมี adherence ดี เช่น ผู้ป่วยอาจเทยาทิ้ง (pill dumping) หรือแบ่งยาให้ผู้อื่นทาน<br>- บอกไม่ได้ว่าทานยาตรงเวลาหรือไม่<br>- ต้องมีระบบบันทึกการจ่ายยาที่สมบูรณ์และเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมที่เพียงพอ<br>- ผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยเกรงว่าจะถูกตำหนิ |

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

| วิธีการประเมิน                                                                | ข้อดี                                                                                     | ข้อเสีย                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (5) การติดตามการทานยาโดยใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic drug monitoring) | - มีบันทึกเวลาอย่างละเอียด<br>- ทุกครั้ง หากผู้ป่วยทานยา<br>- ทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวดยา | - มีราคาแพงมาก<br>- สิ่งที่วัดได้คือจำนวนครั้งที่ฝาขวดยาถูกเปิด ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ป่วยทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวด<br>- ไม่ได้วัดขนาดยาที่ผู้ป่วยทาน<br>- ไม่ทราบจำนวนยาและเวลาที่ทาน<br>- ผู้ป่วยมารับยาแต่อาจไม่ทานยา<br>- ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามกำหนดนัดแต่อาจมียาเหลือจากครั้งก่อนๆ |
| (6) การมาตรวจตามนัด (follow up appointment)                                   | - ทราบว่าผู้ป่วยมาตรวจและ<br>- รับยาตามกำหนดนัดหรือไม่                                    | - ยุ่งยากในการใช้ ต้องอธิบายหลักการให้ผู้ป่วยรับทราบโดยละเอียดจึงจะใช้ได้ถูกต้อง<br>- ผู้ป่วยต้องใช้ทักษะหลายอย่างในการประเมิน                                                                                                                                                         |
| (7) Visual analogue scale                                                     | - ข้อมูลที่ได้มีความสัมพันธ์กับข้อมูลการวัดจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และ self report       | - ข้อมูลที่ได้ไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือที่แท้จริง                                                                                                                                                                                                                                      |
| (8) การประเมินโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (provider estimation)            | - สะดวก และง่ายต่อการปฏิบัติ                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 1.6 ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีการรักษาล้มเหลว

1.6.1 ทบทวนประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในอดีต ปัญหาจากปฏิกิริยาระหว่างยา และประวัติการเจ็บป่วยโดยละเอียด

1.6.2 ตรวจร่างกายเพื่อประเมินการมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและผลข้างเคียงของยา

1.6.3 ประเมินความร่วมมือของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.6.4 ส่งตรวจการดื้อยาต้านไวรัส (*genotypic resistance testing*) ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงรับประทานยาต้านไวรัส สูตรที่พบการรักษาล้มเหลวอยู่อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และทบทวนประวัติผลการตรวจการดื้อยาในอดีต

1.6.5 พิจารณาหาสูตรยาต้านไวรัสใหม่ที่เหมาะสมที่สุด เพื่อลด ปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ให้ต่ำที่สุด

1.6.6 ติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรใหม่อย่างใกล้ชิด

## 1.7 การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: Prophylaxis and Treatment)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย เนื่องจากผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่ทราบภาวะการติดเชื้อของตนเองจึงไม่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ จนกระทั่งเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำมากทำให้เกิด โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ และนำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จะต้องเน้นถึงการป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่และเด็ก ทั้งการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prophylaxis), การรักษา (treatment) และ การป้องกันการป่วยซ้ำ (secondary prophylaxis) ส่วนกรณี วัณโรค (tuberculosis) ได้เปลี่ยนนิยามทางการแพทย์จาก primary หรือ secondary prophylaxis มาเป็นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแฝงแต่ยังไม่แสดงอาการ (treatment of latent tuberculosis infection) แทน

## 1.8 เพศสัมพันธ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์แพร่เชื้อด้วยเพศสัมพันธ์โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) (2011) สรุปข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัยในการป้องกัน คือ ข้อเสนอปฏิบัติ ABCD ดังนี้

|                        |                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>A (Abstain)</b>     | การไม่มีเพศสัมพันธ์เลย                                  |
| <b>B (Be faithful)</b> | การรักเดียวใจเดียว มีคู่นอนเพียงคนเดียวทั้งตัวเองและคู่ |
| <b>C (Condom Use)</b>  | การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์              |

### วิธีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์

- (1) พยายามอย่าให้เล็บจิกโคนถุงยางอนามัย
- (2) จับและดึงตรงปลายสุดของถุงยางอนามัย
- (3) ใส่ถุงยางอนามัยในขณะที่อวัยวะเพศกำลังแข็งตัวจากนั้นดึงให้สุด
- (4) หลังจากเสร็จกิจจากการมีเพศสัมพันธ์แล้วกรุณาถอดถุงยางอนามัยอย่างระมัดระวัง
- (5) ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้ว กรุณามัดแล้วห่อด้วยกระดาษชำระก่อนทิ้งทุกครั้ง

### D (Do Pre-test) การได้รับการตรวจเอดส์

ในกรณีที่มีความวิตกกังวลหลังจากที่ได้มีเพศสัมพันธ์ที่น่าสงสัยว่าอาจจะติดเชื้อเอดส์จะต้องเข้ารับ การตรวจเอดส์หลังจากที่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงนี้แล้วประมาณ 12 สัปดาห์ จึงจะได้ผลตรวจที่แน่นอนและชัดเจน

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หมายถึง การมีกิจกรรมทางเพศที่ไม่มีการสัมผัสสารคัดหลั่งเข้าไปในช่องทางที่เชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการให้บริการควรคำนึงถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การสื่อสารกับคู่ในเรื่องการต่อรองถึงทางเลือกเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมทั้งการให้การศึกษาเพื่อวางแผนทางเลือกในการเปิดเผยผลเลือด และให้คู่มารับการตรวจเลือดด้วยตนเอง เนื่องจากพบสัดส่วนของคู่ที่มีผลเลือดต่างสูงประมาณร้อยละ 17-30 ทั้งในคลินิกเอชไอวีและยาต้านไวรัส คลินิกบริการการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวี และคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งอัตรา การติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มเลือดต่างที่เป็นคู่นอนประจำพบมากกว่าคู่ที่ไม่ติดเชื้อ จำนวน 11-58 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข 2553: 9) ไม่ว่าคู่สามีภรรยาจะมีผลเลือดบวกเหมือนกันหรือผลเลือดต่าง ควรส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละคู่ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สอดใส่ เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติม

### 1.9 โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547: 69-72) กล่าวว่า อาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีภูมิต้านทานต่อโรคและมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ถ้ารู้จักกินอาหารที่มีประโยชน์ จะทำให้มีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 1.9.1 อาหารที่แนะนำ

- (1) อาหารที่ย่อยง่ายและให้พลังงานสูง เช่น อาหารพวกโปรตีน โดยเฉพาะจากปลา นม ไข่ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง
- (2) อาหารที่มีอุณหภูมิปกติ ไม่ร้อนหรือเย็นจัด จะช่วยลดอาการผิดปกติจากการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแผลในปาก
- (3) อาหารที่มีวิตามิน และสารต้านอนุมูลอิสระสูงช่วยในการขจัดสารพิษออกจากร่างกาย เช่น ผักใบเขียวเหลือง ผลไม้ ข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง โปรตีนจากไข่ นม และปลา
- (4) อาหารที่มีเส้นใย ช่วยให้การขับถ่ายปกติ ขจัดสารพิษออกจากร่างกาย เช่น อาหารพวกธัญพืชหรือเมล็ดพืช
- (5) อาหารที่ใหม่ สด ประสุก และสะอาด ป้องกันการท้องเสีย ปวดท้อง หรือการติดเชื้อ

### 1.9.2 อาหารที่หลีกเลี่ยงหรืองดเว้น

- (1) อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ จะทำลายวิตามินบางชนิด และทำให้ร่างกายทรุดโทรม
- (2) อาหารพวกน้ำตาล ของหวานจัด เค็มจัด หรือเครื่องปรุงรส ทำให้ท้องเสีย หรืออาจเป็นโทษต่อระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะได้
- (3) อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น น้ำอัดลม ของหมักดอง ทำให้ท้องอืด ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย
- (4) อาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ดิบๆ เช่น อาหารทะเล ปลาร้า ไข่ลวก ปลาดิบ ทำให้ท้องเสีย ติดเชื้อโรคได้ง่าย และยังทำลายวิตามินบางชนิด เช่น วิตามินบี 1 ถ้าขาดแล้วทำให้เกิดโรคเหน็บชาได้
- (5) อาหารที่ไว้วางคั้น อาหารที่มีแมลงวันตอม ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องเสียและอาหารเป็นพิษได้

การที่ผู้ติดเชื้อมีภาวะโภชนาการที่ดีช่วยส่งเสริมให้การดูแลรักษาให้ผลดีชะลอการดำเนินโรคและลดอัตราการเสียชีวิต พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ในขณะที่เริ่มยาด้านไวรัสน้อยกว่า 17 (kg<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มี (Body Mass Index: BMI มากกว่า 18.5 (kg<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>) ประมาณ 2 เท่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การเบื่ออาหาร อูจระรังง มีไข้เรื้อรังหรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข 2533: 92)

## 2. แนวคิด ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม

### 2.1 ความรู้ (Knowledge)

พจนานุกรมทางการศึกษา (Carter V. Good 1973: 325) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ

The Lexiticon Webster (Dictionary Encyclopedia Edition 1, 1977: 531) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ ว่าเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

วิชัย วงศ์ใหญ่ (2530: 130) ได้ให้ความหมายความของความรู้ ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้ หรือระลึกได้โดยการมองเห็น ได้ยิน ความรู้ในขั้นนี้ คือข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ คำจำกัดความ เป็นต้น

ซุดา จิตพิทักษ์ (2525: 5) ได้กล่าวว่า ความรู้ทั้งมวลของมนุษย์มี 3 ระดับ คือ ขั้นความรู้แท้ (knowledge) ขั้นการประยุกต์เพื่อนำมาใช้ (application of knowledge) และขั้นสุดท้ายคือทำให้งามเป็นศิลปะ (art)

วิทย์ วิศทเวทย์ ได้แบ่งความรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) วิทยาศาสตร์ คือ วิชาที่ศึกษาพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต พืช สัตว์และมนุษย์ โดยมุ่งหากฎทั่วไปมาอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง เช่น วิชาฟิสิกส์ ชีววิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยาและเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

(2) เทคโนโลยี คือ วิชาที่หาความรู้มาเพื่อผลิตหรือสร้างสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตรงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจง เช่น วิชาแพทย์ วิศวกรรม ครุศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ และบริหารธุรกิจ

(3) มนุษยศาสตร์ คือ วิชาที่ศึกษาสิ่งที่มนุษย์ทำ คิด ใฝ่ฝัน และจินตนาการ ในฐานะที่มนุษย์มิได้เป็นสัตว์ชีววิทยาและสัตว์สังคม การศึกษาทางมนุษยศาสตร์นั้นช่วยให้การรักษา สืบทอด ปรับปรุง ผลงานสร้างสรรค์ของมนุษย์เป็นไปได้ การสัมผัสผลงานเหล่านี้ช่วยทำให้เกิดบุคลิกภาพ อีกอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลงานของเทคโนโลยี เพราะช่วยขัดเกลาจิตใจได้

เชิรศรี วิวิศรี (2527: 19-20) กล่าวว่า การเรียนรู้ในผู้ใหญ่เกิดจากการประสบการณ์ 3 ประการ คือ

- (1) การเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ทางธรรมชาติ (Natural Steeling) คือ เรียนรู้จากสภาพธรรมชาติที่อยู่ใกล้ๆ ตัว
  - (2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ทางสังคม (Society Setting) มีอยู่ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียนรู้จากการอ่านหนังสือ โทรทัศน์ เป็นต้น
  - (3) การเรียนรู้จากสภาพการณ์การของการจัดการเรียนการสอน (Formal Instructional Setting) คือ มีผู้แทนจากสถาบันจัดระดับการเรียนรู้มีจุดหมายและต่อเนื่อง
- จากความหมายข้างต้น ดังนั้นอาจสรุปความหมายของความรู้ ว่าเป็นความจริง กฎเกณฑ์หลายสาขาที่คนเราสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต

## 2.2 เจตคติ (Attitude)

### 2.2.1 ความหมายของเจตคติ

ความหมายของเจตคตินั้น ยังไม่เป็นที่ยอมรับตรงกันในกลุ่มนักจิตวิทยา หรือผู้ทำการศึกษา แต่ละกลุ่มก็ให้ความหมายไปตามความเชื่อของตน

Lindzey (1968: 271-272) Gordon Allport อธิบายความหมายเกี่ยวกับเจตคติ ออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

- (1) เป็นภาวะทางจิตและประสาท ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรม เช่น โกรธเกลียด รัก เป็นต้น
- (2) เป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง เมื่อมีทัศนคติต่อสิ่งใดก็พร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้น
- (3) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไป และตามมาด้วยพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน
- (4) เป็นสิ่งที่เกิดเนื่องจากผลของประสบการณ์
- (5) เป็นแรงขับสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม

ขัดติยา กรรณสูต (2516: 2) ให้ความหมายไว้ คือ ความรู้สึกที่คนเรามีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือหลายสิ่ง ในลักษณะที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) อันเป็นพื้นฐานเบื้องต้น หรือการแสดงออกที่เรียกว่า พฤติกรรม

สงวนศรี วิรัชชัย (2527: 61) ให้ความหมายเจตคติ คือ สภาพความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกเชิงประเมินที่มีต่อสิ่งต่างๆ (วัตถุ สถานการณ์ ความคิด ผู้คน ฯลฯ) ซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทัศนคติที่มีอยู่

Collins (1970: 68) ให้ความหมายเจตคติ คือ การที่บุคคลตัดสินในสิ่งต่างๆ ว่าดี - ไม่ดี เห็นด้วย- ไม่เห็นด้วย ยอมรับได้-ยอมรับไม่ได้

Rokeach (1970: 10) ให้ความหมายเจตคติ คือ การผสมผสานหรือจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

Belkin และ Skydell (1979: 13) ให้ความหมายเจตคติ คือ แนวโน้มที่บุคคลจะตอบสนอง ในทางที่เป็นความพอใจ ไม่พอใจ ต่อผู้คน เหตุการณ์ และสิ่งต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ และคงที่

ดังนั้นสรุปความหมายของเจตคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งใดๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของเจตคติที่มีอยู่ และทำให้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง

### 2.2.2 องค์ประกอบของเจตคติ

Zimbardo, Philip; Ebbesen, Ebbe B. (1970: 162) อธิบาย องค์ประกอบของเจตคติที่สำคัญ 3 ประการ คือ

(1) การรู้ (Cognition) ประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายเจตคติ เช่น ทศนคติต่อลัทธิคอมมิวนิสต์ สิ่งสำคัญขององค์ประกอบนี้ก็คือ จะประกอบด้วยความเชื่อที่ได้ประเมินค่าแล้วว่าน่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ดีหรือไม่ดี และยังรวมไปถึง ความเชื่อในใจว่าควรจะมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างไรต่อเป้าหมายทัศนคตินั้นจึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น การรู้และแนวโน้มพฤติกรรมจึงมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

(2) ความรู้สึก (Feeling) หมายถึง อารมณ์ที่มีต่อเป้าหมาย เจตคตินั้น เป้าหมายจะถูกมองด้วยอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกนี้เองที่ทำให้บุคคลเกิดความดีดั่งยึดมั่น ซึ่งอาจกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาตอบโต้ได้ หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกมากกระทบ

(3) แนวโน้มพฤติกรรม (Action Tendency) หมายถึง ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรม ที่สอดคล้องกับเจตคติ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเป้าหมาย เขาจะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมช่วยเหลือหรือสนับสนุนเป้าหมายนั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อเป้าหมาย เขาก็จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมทำลาย หรือทำร้าย เป้าหมายนั้นเช่นกัน

### 2.2.3 การเกิดเจตคติ

ชม ภูมิภาค (2516: 66-67) ได้อธิบายเรื่องการเกิดเจตคติว่า เกิดจากการเรียนรู้ และโดยมากก็เป็นการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) ดังนั้นปัจจัยที่ทำให้เกิดเจตคติจึงมีหลายประการ เช่น

(1) *ประสบการณ์เฉพาะ* เมื่อคนเราได้รับประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะมีลักษณะในรูปแบบที่ผู้ได้รับรู้สึกว่าได้รางวัลหรือถูกลงโทษ ประสบการณ์ที่ผู้รู้สึกเกิดความพึงพอใจย่อมจะทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าเป็นประสบการณ์ที่ไม่เป็นที่พึงพอใจก็ย่อมจะเกิดเจตคติที่ไม่ดี

(2) *การสอน* การสอนนั้นอาจจะเป็นทั้งแบบที่เป็นแบบแผนหรือไม่เป็นแบบแผนก็ได้ซึ่งเราได้รับจากคนอื่น องค์การที่ทำหน้าที่สอนเรามีมากมายอาทิเช่น บ้าน วัด โรงเรียน สื่อมวลชนต่างๆ เรามักจะได้รับเจตคติที่สังคมมีอยู่และนำมาขยายตามประสบการณ์ของเราการสอนที่ไม่เป็นแบบแผนนั้นส่วนใหญ่เริ่มจากครอบครัวตั้งแต่เด็กมาแล้วพ่อแม่พี่น้องมักจะบอกเราว่าสิ่งนั้นไม่ดีสิ่งนี้ไม่ดีหรือใครควรทำอะไรมีความสำคัญอย่างไร การสอนส่วนมากเป็นแบบยัดทะนานและมักได้ผลดีเสียด้วยในรูปแบบการปลูกฝังเจตคติ

(3) *ตัวอย่าง (Model)* เจตคติบางอย่างเกิดขึ้นจากการเลียนแบบในสถานการณ์ต่างๆ เราเห็นคนอื่นประพฤติ เราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนอื่นออกมาเป็นรูปของเจตคติถ้าเรายอมรับนับถือหรือเคารพคนๆนั้นเราก็มักจะยอมรับความคิดของเขาตามที่เรารู้เข้าใจ เช่น เด็กชายแดงเห็นบิดาดูรายการกีฬาทางโทรทัศน์ประจำเขาก็จะแปลความหมายว่ากีฬานั้นเป็นเรื่องน่าสนใจและจะต้องดูหรือถ้าเขาเห็นพ่อแม่ระมัดระวังต่อชุดรับแขกในบ้านมากกว่าของที่อยู่ในสนามหญ้าหลังบ้านเขาก็จะเกิดความรู้สึกว่าของในบ้านต้องระวังรักษาเป็นพิเศษซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้พ่อแม่ไม่จำเป็นต้องพูดว่าอะไรเลย เด็กจะเฝ้าสังเกตการณ์ปฏิบัติของพ่อแม่ต่อบุคคลอื่นอย่างถึถ้วนจะเรียนรู้ว่าใครควรคบใครควรนับถือ ใครไม่ควรนับถือ

(4) *ปัจจัยที่เกี่ยวกับสถาบัน* ปัจจัยทางสถาบันมีอยู่เป็นอันมากที่มีส่วนสร้างสนับสนุนเจตคติของเราตัวอย่างเช่น การปฏิบัติตนในวัด ในโบสถ์ การแต่งกายของคนในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เป็นสิ่งให้แนวเจตคติของคนเราเป็นอันมาก

### 2.2.4 ธรรมชาติของเจตคติ

กังวล เทียนกัณฑ์เทศน์ (2521: 368-369) อธิบายว่า

(1) *การเกิดเจตคติ* เกิดขึ้นได้เสมอเมื่อบุคคลต้องการตีค่าสิ่งที่ประสพหรือได้ประสพมาแล้ว โดยไม่คำนึงถึงข้อเท็จจริงจะเป็นอย่างไร ความรู้สึกดีค่าว่าชอบหรือไม่ชอบเท่านั้นที่จัด เป็นเจตคติ ถ้าต่อมาภายหลังเมื่อมีข้อมูลทฤษฎีมาศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนั้นจนได้ข้อสรุปว่า

ชอบหรือไม่ชอบ ตามข้อมูลดังกล่าวแล้วจะกลายเป็นความคิดขั้นสรุป (concept) ไป และไม่เป็นเจตคติอีกต่อไป

(2) *เจตคติเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้* เจตคติเกิดขึ้นแล้วไม่มีความแน่นอน อาจจะพัฒนาเปลี่ยนแปลงหรือลบเลือนไปได้เช่นเดียวกับการต้องการ ความสนใจ

(3) *การลบเจตคติ* เจตคติที่ไม่ดีหรือไม่พึงประสงค์ ย่อมจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการเรียนรู้ การปฏิบัติหน้าที่ที่ตนมีเจตคติไม่ดีต่อแล้ว จะเป็นปัญหาต่อการพัฒนาหน่วยงาน การลบเจตคตินั้น ทำได้โดยเสนอข้อมูลในด้านดีและเป็นประโยชน์ซ้ำๆ กันหลายแง่มุม จนรู้สึกว่าคุณค่าที่สร้างขึ้นเดิมนั้นไม่ถูกต้อง และเปลี่ยนเป็นความรู้สึกที่ดีได้ วิธีการลบเจตคติทำได้โดยการฝึกอบรม

### 2.2.5 ลักษณะของเจตคติ

ทิตยา สุวรรณชนู (2520: 602-603) กล่าวถึงลักษณะสำคัญของเจตคติ 4 ประการ คือ

(1) *เจตคติ เป็นสภาวะก่อนที่พฤติกรรมได้ตอบ (Predisposition to respond)* ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรือจะเรียกว่าสภาวะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง

(2) *เจตคติ จะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistence overtime)* แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

(3) *เจตคติ เป็นตัวแปรหนึ่ง นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่าง พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด* ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกโดยวาจา หรือการแสดงความรู้สึก ตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

(4) *เจตคติ มีคุณสมบัติของแรงจูงใจ* ในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินผล หรือเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความว่าไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย

เจตคตินับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำงานอย่างหนึ่ง นอกจากความพร้อมและการจูงใจ บุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานจะช่วยให้ทำงานได้ผลทั้งนี้เพราะเจตคติเป็นต้นกำเนิดของความคิดและการแสดงการกระทำออกมานั่นเอง

### 2.2.6 การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2520: 110-111) กล่าวว่า เจตคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องมาจาก

(1) *การชักชวน (Persuasion)* ทศนคติจะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงใหม่ได้หลังจากที่ได้รับคำแนะนำ บอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น

(2) การเปลี่ยนแปลงกลุ่ม (Group change) ช่วยเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้

(3) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้โดยการสร้างสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ขึ้น

### 2.2.7 การวัดเจตคติ (Attitude Measurement)

ลัดดา กิติวิภาต (2524: 240-242) กล่าวว่า เจตคติวัดได้โดย

(1) สังเกตโดยตรง (Direct Observation) คือ การสังเกตพฤติกรรมภายนอกของเขาคือคนอื่น หรือสิ่งอื่นว่าเป็นอย่างไร วิธีนี้มีข้อจำกัดคือหาโอกาสได้ยากและต้องใช้ระยะเวลานานในการสังเกต

(2) การรายงานด้วยตนเอง (Self-Report) คือ ให้ผู้นั้นรายงานถึงทัศนคติของเขาเอง ได้มีผู้คิดมาตรวัดทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ไว้

### 2.3 พฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520: 10)

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายของพจนานุกรมว่าหมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

สุชา จันทน์เอม (2541: 248-250) อธิบายสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนี้

(1) ความเชื่อ (belief) คือ การที่บุคคลยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งความคิดของเขาอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้ คนเรามีความเชื่อแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่า ทำดีจะได้ รับความดีตอบแทน บางคนเชื่อโชคลาง บางคนเชื่อถือดวงหรือพรหมลิขิต และบางคนก็เชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์ เป็นต้น ความเชื่อเป็นสิ่งที่หักห้ามได้ยากและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก บุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ก็จะมีพฤติกรรมเป็นไปตามความเชื่อของเขา

(2) ค่านิยม (value) เป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติอย่างกว้างๆ แก่บุคคลว่าจะอะไรที่เป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต สิ่งใดที่ควรประพฤติปฏิบัติหรือไม่ควรประพฤติปฏิบัติ ค่านิยมอาจได้มาจากการอ่าน คำบอกเล่าหรือคิดขึ้นมาเองก็ได้ ค่านิยมของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน โดยทั่วไปแล้วค่านิยมของมนุษย์ส่วนใหญ่ไม่ว่าชาติใด ศาสนาใด มักจะคล้ายคลึงกัน เช่น ความรัก ชื่อเสียง เกียรติยศ เงินทอง สุขภาพ ความรู้ ความสะดวกสบาย เป็นต้น

(3) บุคลิกภาพ (personality) เป็นคุณลักษณะ (trait) ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีหลายแบบ เช่น แบบเผด็จการ จะเป็นคนที่ชอบบังคับใช้อำนาจ ไม่เชื่อใครง่ายๆ และมีอคติ แบบประชาธิปไตย ที่เชื่อในเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค แบบที่ชอบทำอะไรด้วยตนเองและอื่นๆ เป็นต้น บุคลิกภาพแต่ละแบบต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น

(4) สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรม (stimulus object) ซึ่งจะเป็นอะไรก็ได้ เช่น ความสวย ความหิว อาหาร หนังสือ คำชม เสี่ยงปืน ฯลฯ สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมนี้ จะมีความเข้มข้นแตกต่างกันไป และสิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ก็อาจมีพลังกระตุ้นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

(5) เจตคติ (attitude) หรือทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อ บุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะนำไปในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

(6) สถานการณ์ (situation) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสภาวะที่บุคคลกำลัง จะมีพฤติกรรม

วิภาพร มาพบสุข (2540: 3-4) อธิบายว่า พฤติกรรมจัดเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่อินทรีย์ (organism) เป็นผู้กระทำ ทั้งที่แสดงออกมาให้เห็น เช่น การเล่น การนอน การเคลื่อนไหว อิริยาบถ และกิริยาท่าทางต่างๆ จัดเป็นพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ส่วนการกระทำภายในตัวบุคคล ซึ่งผู้อื่นมาสามารถรู้ หรือสังเกตได้โดยตรงแต่ใช้เครื่องมือวัดได้ เช่น เราสามารถวัดความดันเลือด การเปิดของม่านตา คลื่นสมอง แรงต้านทานไฟฟ้าของผิวหนัง เป็นต้น เหล่านี้จัดเป็นพฤติกรรมภายใน (Convert Behavior) และนอกจากจะแบ่งพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในแล้ว นักจิตวิทยายังได้แบ่งพฤติกรรมตามลักษณะการเกิดออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

(1) พฤติกรรมติดตัวมาแต่กำเนิด (Inborn หรือ Innate Behavior) หมายถึง การกระทำ ที่มนุษย์และสัตว์สามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่เกิด ซึ่งเป็นไปตามวุฒิภาวะ หรือความพร้อมของร่างกาย โดยไม่จำเป็นต้องฝึกหัดหรือผ่านการฝึกฝนมาก่อน ไม่ว่าเกิดที่ไหน อยู่ที่ใด และมีวัฒนธรรมอย่างไร ก็สามารถแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นได้เองตามธรรมชาติ

(2) พฤติกรรมการเรียนรู้ (Learned Behavior) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายหลังจาก ที่ได้รับการฝึกหัด เช่น การว่ายน้ำ การขับรถ การพิมพ์ดีด ฯลฯ พฤติกรรมเหล่านี้ต้องมีการฝึกฝน บ่อยๆ จนเกิดการเรียนรู้ขึ้น พฤติกรรมจึงเปลี่ยนจากทำไม่ได้มาเป็นทำได้ ยิ่งมีการฝึกฝนบ่อยเท่าใด ก็ยิ่งจะทำพฤติกรรมซับซ้อนมากกว่าพฤติกรรมของสัตว์มากขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกของ มนุษย์ในแต่ละสถานการณ์จะแตกต่างกันแล้วแต่ปัจจัยแวดล้อม

ดังนั้นสรุปความหมายของพฤติกรรม คือ การปฏิบัติทุกประเภทของบุคคล โดยเกิด จากสิ่งที่มีอิทธิพลหรือกระตุ้น เช่น ความรู้สึก สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การศึกษาพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ไม่สามารถจำกัดขอบเขตเฉพาะเพียงตัวบุคคลเท่านั้น เพราะมนุษย์และพฤติกรรมของมนุษย์อยู่ภายใต้เงื่อนไขและอิทธิพลขององค์กรทางสังคมมากมาย เช่น ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม ประเทศชาติ และความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ของชุมชน ฯลฯ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลจากมุมมองด้านเดียว จึงอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย วิธีที่เหมาะสมจึงควรเป็นมุมมองหลากหลายภายใต้กรอบของสังคม วัฒนธรรม ซึ่งวิธีการดังกล่าวได้พัฒนาเป็นศาสตร์หลายสาขา เช่น เศรษฐศาสตร์ โบราณคดี ภาษาศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา ฯลฯ ศาสตร์ทั้งหลายในกลุ่มนี้รวมเรียกกันว่า “สังคมศาสตร์” สำหรับศาสตร์สายพฤติกรรมนั้น จำกัด้วงที่แคบกว่าสังคมศาสตร์ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ 2550: 18)

วิภาพร มาพบสุข (2540: 551-554) กล่าวว่า นักจิตวิทยาสังคมให้ความสนใจศึกษาอิทธิพลของสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนี้

- (1) การคล้อยตามและการเชื่อฟัง (Conformity and Obedience to authority)
- (2) การร่วมมือและการแข่งขัน (Cooperation and Competition)
- (3) ความก้าวร้าว (Aggression)
- (4) พฤติกรรมการช่วยเหลือ (Prosocial Behavior or Altruism)
- (5) ภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership)

ซึ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือนั้น ได้กล่าวไว้ว่า การร่วมมือ (Cooperation) หมายถึง การทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลทั้ง 2 ฝ่ายเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต่างฝ่ายต่างยอมรับ การร่วมมือจะมีผลให้สมาชิกของทุกฝ่ายเกิดความพึงพอใจ แต่ในการทำงานโดยทั่วไปจะพบความแตกต่างของสมาชิกในการให้ความร่วมมือ บางคนให้ความร่วมมือมาก บางคนให้ความร่วมมือน้อย

ความร่วมมือในการรักษา (Cooperation of Treatment) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะกระทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ (Dracup และ Meleis, 1982: 31-32) หรือการยินยอมทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจในการรักษาหรือเชื่อฟังตามแผนการรักษา (Conway, 1998) ในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหารหรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับแผนการรักษา (Haynes, 1979) การมาตามแพทย์นัด (Bech, 1995)

มาโนช หล่อตระกูล (2542) ให้ความเห็นว่าการไม่ร่วมมือของผู้ป่วยนั้นมีได้หลายลักษณะ เช่น ไม่กินยา กินยาไม่ครบตามขนาด กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือไม่มาตามนัด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป ข้อสังเกตประการหนึ่งคือเมื่อแพทย์พบว่าผู้ป่วย มีปัญหาเหล่านี้ ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบ มองว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ตามจริงแล้วผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาไปทั้งหมด แต่อาจไม่ร่วมมือเป็นบางเรื่อง

เช่น แพทย์สั่งให้กินยาสามมื้อ ก็อาจกินสองมื้อ แต่ก็ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดตามแพทย์สั่ง หรือ กินยาตามที่แพทย์สั่งทุกมื้อยกเว้นมื้อก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ

จากความหมายของความร่วมมือในการรักษาข้างต้นนี้ พบได้ว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษานั้น เป็นชื่อรวมของพฤติกรรมทั้งการยอมรับปฏิบัติตาม และไม่ยอมรับปฏิบัติตามแผน การรักษา ซึ่งในการยอมรับปฏิบัติตามของผู้ป่วยนั้น อาจเป็นไปตามความต้องการของผู้อื่น ทั้งที่ตนเองไม่เห็นด้วยหรือไม่อยากทำ กับอีกลักษณะ คือ เป็นไปด้วยความยินยอม เต็มใจของผู้ป่วยเอง ในการปฏิบัติตนเองให้สอดคล้องกับคำแนะนำ ตามแผนการรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแผนการรักษานั้นต้องเป็นความเห็นชอบของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจึงจะมีพฤติกรรมใหม่ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม

#### 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และพฤติกรรมความร่วมมือหรือการยอมรับปฏิบัติ (Practice)

ความสัมพันธ์ที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ (1) ความรู้ (Knowledge) (2) เจตคติ (Attitude) และ (3) การยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้น ในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น ก็จะไปมีผลทำให้เกิด ทศนคติ และขึ้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ

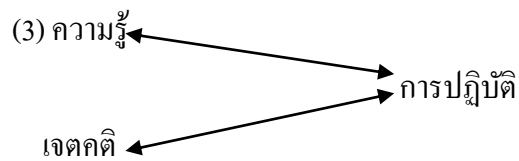
ชาร์ท (Schwartz, 1975: 28-31) ได้ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าว และสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

(1) ความรู้ ↔ เจตคติ ↔ การปฏิบัติ

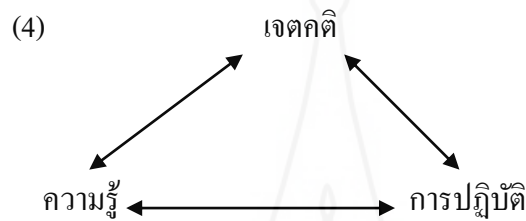
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ

(2) ความรู้  
↙      ↘  
เจตคติ      การปฏิบัติ

ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่  
จำเป็น ต้องสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติ  
เป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

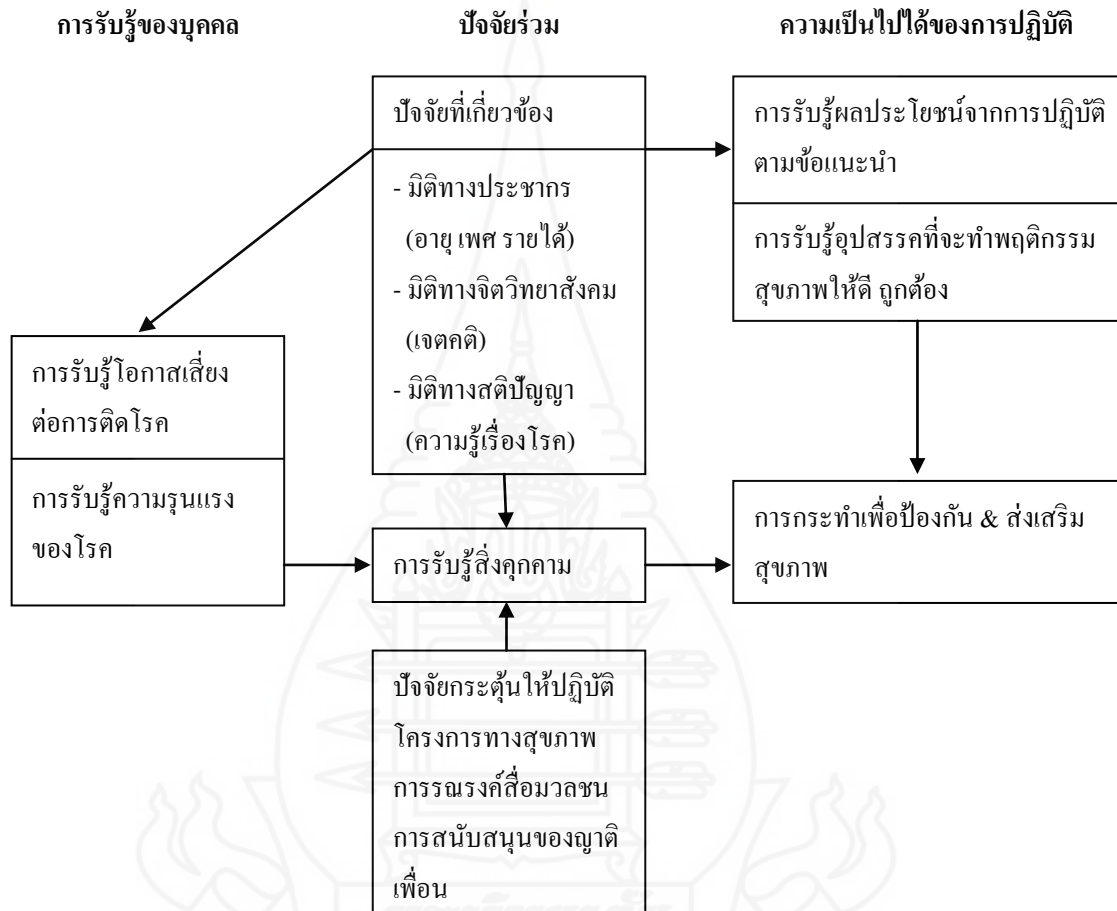
จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่าพฤติกรรมแต่ละด้าน  
ส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้ หรือ  
สังเกตได้นั่นเอง มนุษย์มีพฤติกรรมต่าง ๆ มากมาย ในด้านสุขภาพ พฤติกรรมที่นับได้ว่ามีความสำคัญ  
อย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมการรักษา ซึ่งนับว่าเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกินยา การ  
ปฏิบัติในการดูแลตนเอง การมาตรวจติดตามตามนัด เพื่อช่วยทำให้ร่างกายเป็นปกติ ช่วยให้สามารถ  
ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีสุขภาพที่ดี จากรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าว หากพิจารณาปัญหาความร่วมมือ  
ในการรักษาของผู้ป่วย ก็ต้องวิเคราะห์ประเด็นความรู้และเจตคติ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมตามรูปแบบ  
ความสัมพันธ์ดังกล่าว

### 3. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคของบุคคล ว่าทำไมบุคคลจึงมีพฤติกรรม ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการ  
ป้องกันสุขภาพของตน อาศัยความเชื่อเป็นตัวตัดสินการกระทำของบุคคลโดยความศรัทธา ความ  
ไว้วางใจ ความจริงเป็นการแสดงออกแห่งความเชื่อถือต่างๆ

องค์ประกอบของแบบจำลองประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับ

- การรับรู้ของบุคคล (Individual perception)
- ปัจจัยร่วม (Modifying factors)
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action)



ภาพที่ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Becker and Marshall, 1974: 409-417

### 3.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception)

ประกอบด้วย

**3.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceive susceptibility)** เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพ ทำให้มีการคาดคะเนว่าตนเองมีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด

**3.1.2 การรับรู้ความรุนแรง (Perceive severity)** เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมาในทุกด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต ความพิการ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว และอื่นๆ

**3.1.3 การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceive threat)** เป็นการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ผลที่ตามมาคือบุคคลจะรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

### 3.2 ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้แก่

**3.2.1 ปัจจัยด้านประชากร** เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส รายได้

**3.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม** เช่น เจตคติ ระดับชนชั้นในสังคม

**3.2.3 ปัจจัยด้านสติปัญญา** เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ

**3.2.4 ปัจจัยการกระตุ้นการปฏิบัติ** ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อ หรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

### 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action)

ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

#### 3.3.1 การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits)

เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพ

#### 3.3.2 การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสีย หรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สบาย

พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามระยะพัฒนาการและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม

การทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในแง่การวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และหากเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและนำไปสู่สภาวะที่สมบูรณ์ต่อไป

ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ปัญหาที่พบเสมอในการให้บริการผู้ป่วย คือ ประเด็นความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นในการดำเนินงานบริการให้ประสบผลสำเร็จ การค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาดังกล่าว ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติตัวของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น เช่นเดียวกันกับแนวคิดดังกล่าว จึงต้องมาค้นหาว่าปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่ง ซึ่งได้แก่ มิติทางประชากร มิติทางสังคม และมิติด้านความรู้ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลอย่างไร โดยศึกษาในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรังที่พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มที่ความไม่ร่วมมือดังกล่าวจะส่งผลร้ายแรงต่อผลการรักษา หรือสภาวะในภาพรวมของคนในประเทศ

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

ศิริจิตต์ คณากุล (2543) ศึกษาความพร้อมในการดูแลบุตรของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีวิถีปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ไม่เหมาะสม และพบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่นั้นมีความพร้อมในการดูแลบุตรน้อยมาก โดยในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น แม้ว่ามารดาจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์แต่ก็เป็นความรู้ในระดับเบื้องต้น ขาดความชัดเจนและความเข้าใจลักษณะอาการของโรคอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะประเด็นด้านระยะการดำเนินของโรค ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรนั้น พบว่ามารดาในกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งยังไม่มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองและบุตรเท่าที่ควร โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรค มารดาส่วนใหญ่นั้นมักไม่ได้นำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม

สมนึก แก้ววิไล (2544) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพณิชยการพระนคร เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะพื้นฐานกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับโรค เอดส์และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์จัดบริการทางการแพทย์และสังคม ในช่วงกลางวันของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2542-2543 จำนวน 70 คน เครื่องมือ ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเอดส์โดยภาพรวมและรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ เกี่ยวกับโรค และความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับเพศของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและพบว่าพฤติกรรม ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน 3 ด้าน สามารถพยากรณ์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากตัวแปร 4 ตัวแปร โดยเรียงอำนาจพยากรณ์จากมากไปน้อยดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับ โรค ระดับความรุนแรงของโรค ความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวและระดับการศึกษา ส่วน ด้านร่างกายสามารถพยากรณ์ได้เพียง 3 ตัวแปร โดยเรียงอำนาจพยากรณ์จากมากไปน้อยดังนี้ การ รับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรงของโรค และความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว

อรทัย หรุเจริญพรพานิช, อุบล ธนรุจิวงศ์ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าถึงบริการตรวจเลือดและการให้การปรึกษาแนะนำเรื่องโรคเอดส์ของ ประชากรวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า “การณรงค์ให้ คนในชุมชนตระหนักเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยควรต้องทำอย่างต่อเนื่อง และควรดำเนินการ ควบคู่ไปกับการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าสู่บริการตรวจเลือดและการให้การปรึกษา โดยความสมัครใจ”

ศิริมล แก้ววิจิตร (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 93 คน จากสามอำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุน้อย จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 4.74 ปี อาการที่เกิดขึ้นที่พอสังเกตได้ก่อนทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีคือ ท้องเสีย อาการที่เกิดขึ้นที่พอสังเกตได้หลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี คือ มีผื่นจ้ำหรือคุ่มตามตัว คาดว่าสาเหตุที่ทำให้ตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ด้านสาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การดูแลรักษา และการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสูง มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศในระดับสูง มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง และผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภูริชญา บุรินทร์กุล (2550) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสด้วยสูตรยาสามตัวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องของการรับประทานยาที่ตรงเวลา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการรับประทานอาหารและบริโภคน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนมีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

รจนา ญาณปรีชาชาญ (2550) ได้ศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังรับยาต้านไวรัส เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งศึกษาจากเอกสารงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดเชื้อมีการทำหน้าที่ในบทบาทของคู่ครองที่ดี ซึ่งได้แก่ ความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง การเตือนคู่ครองในการกินยารวมถึงดูแลสุขภาพคู่ครองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย สำหรับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์หลังรับยาต้านไวรัสนั้น พบว่า ผู้ติดเชื้อทั้งหมดยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครองตามปกติ ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อเพศชายส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ แต่ก็ยังคงมีบางส่วนที่มีเพศสัมพันธ์ดังกล่าว และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง

สุชาดา คงแก้ว และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา จำนวน 13 โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่า วิธีการ

ดูแลสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีมากที่สุดในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 40) และใช้วิธีการรับประทานอาหารเสริมในการจัดการกับปัญหาเบื่ออาหาร (ร้อยละ 40)

ธนกร สนิทอินทร์ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 320 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ด้านการปฏิบัติตามแผน การรักษาอยู่ในระดับที่ดีมากและด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี (2) ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อ ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ (3) ปัจจัยร่วมแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (4) ปัจจัยหลักความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาสจากโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคของกระบวนการรักษาโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ (5) ตัวแปรทำนายที่ดีของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มี 5 ตัว เรียงลำดับความสำคัญ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านครอบครัว เพศ แรงสนับสนุนด้านเจ้าหน้าที่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ระดับการศึกษา โดยตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัว ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.3

ธิดารัตน์ สุจิตพิชธรรม (2553) ได้ศึกษาการวัดความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้หลายวิธีรวมกัน ประกอบ ด้วย (1) Self report (2) visual analogue scale (VAS) (3) Pill identification (PIT) และ

(4) Pill count พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยา และพบว่าเพศหญิง ความมั่นใจในการรับประทานยาและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยนั้นจะมีส่วนเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น

#### 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

M. C. SMITH FAWZI (2006) ศึกษาข้อจำกัดในการให้ความรู้ในหมู่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงการบริการในกรณีพื้นที่ยากจน การติดเชื้อเอชไอวีมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มของคนยากจนการให้ความรู้ที่เพียงพอในผู้ป่วยเอชไอวีในเชิงบวกที่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อทุติยภูมิและปกป้องผู้ที่ติดเชื้อ การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มบุคคลที่เข้าโครงการที่ให้บริการผู้ป่วยเอชไอวีที่ยากจนในพื้นที่บอสตันสำหรับกลุ่มนี้เป็นสัดส่วนที่สำคัญของผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการให้ความรู้เอชไอวีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเช่นผู้ที่ไม่ได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพ ไม่เข้าถึงยา มีประวัติของการล่วงละเมิดทางเพศหรือปัญหาการรับรู้ ขาดความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีการศึกษานี้หวังที่จะแจ้งเตือนผู้ให้บริการ ว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงมากที่สุดของพวกเขาอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากการ จำกัดความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี โปรแกรมที่ให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อ การรับมือกับความยากจนและปัญหาร้ายแรงอื่นๆต้องให้แน่ใจด้วยว่า มีความรู้เพียงพอจะลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนยากจน

L Cherian (2009) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เจตคติและพฤติกรรมของลูกจ้างรักษาความปลอดภัยในชุมชน โดยศึกษาในจังหวัดลิมโปโป หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน ซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมจำนวน 57 คน พบว่า ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าการเปลี่ยนแปลง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบทดสอบ pretest-posttest มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น มีหลายประเด็นที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา โดยสรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ (1) ด้านระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านความก้าวหน้าของความรู้ทางวิชาการ ความพร้อมของสถานบริการในการตรวจวินิจฉัย การเข้าถึงยาต้านไวรัสตามสิทธิการรักษา เจตคติและรูปแบบการให้บริการของบุคลากรผู้ให้การรักษา นอกจากนี้แล้วใน (2) ด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก็มีปัจจัยหลายประการที่เป็นส่วนสำคัญ และพบว่ามีความแตกต่างกันในผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา โดยสรุปจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในพฤติกรรมในการรักษาที่ถูกต้อง จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสการติดเชื้อฉวยโอกาส เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน ลดโอกาสคือยา และสามารถดำรงชีวิตใกล้เคียงกับคนที่มีสุขภาพดี ยึดระยะเวลาของการมีชีวิตแบบปกติ โดยพฤติกรรมความร่วมมือ

ในการรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ (1) ความร่วมมือในการใช้ยา (2) การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการเลือกรับประทานอาหาร และ (3) การมาตรวจติดตามตามนัด แต่ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยบางกลุ่มที่ยังมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่เป็นสาเหตุ โดยจากแนวคิรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของชาร์ท (Schwartz, 1975: 28-31) ซึ่งกล่าวว่า 3 ตัวแปรนี้จะสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง และจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) มิติทางประชากร (2) มิติทางจิตวิทยาสังคม และ (3) มิติทางสติปัญญา เช่น การไม่ได้รับความเข้าใจ เจตคติ และลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลการรักษาของผู้ป่วย ประเด็นการค้นหามีผลต่อกฎที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนการรักษาผู้ป่วย ตามแบบจำลองความเชื่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร โดยศึกษาในตัวแปรต้น คือ (1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาเข้าโครงการ (2) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (3) เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา ส่วนตัวแปรตามที่ศึกษา คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ความร่วมมือในการใช้ยา การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และการมาตรวจติดตามตามนัด ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ผลการศึกษาที่ได้ บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการรักษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ต่อไป