

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลก ณ เดือน ธันวาคม ค.ศ. 2009 มีจำนวนทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 2.7 ล้านคน เสียชีวิตจำนวน 2 ล้านคน ประเทศ Sub-Saharan Africa ได้รับผลกระทบสูงสุดมีผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 22.4 ล้านคน รองลงมาได้แก่ เอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ติดเชื้อจำนวน 3.8 ล้านคน ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีจำนวน 4 ล้านคน (Joint United Nation Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] & World Health Organization [WHO], 2009; WHO, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้นการติดเชื้อเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 352,424 ราย เสียชีวิตจำนวน 94,931 ราย อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ของประชากรในพื้นที่ต่อแสนคน ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางและภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 3.37, 2.14, 1.38, 1.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยพบมากในกลุ่มวัยทำงานอายุ 20-44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีจำนวน 218,459 คน (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552; สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายนั้นระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นขึ้นตามตัว อุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือมีอาการคล้ายเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไร้เชื้อ (Aseptic meningitis) เมื่อเชื้อเอชไอวีแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องจะมีการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคมะเร็ง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (ปรีชา มณฑานติกุล, 2550) ส่วนผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณนั้น ในระยะแรกที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอาจตกอยู่ในภาวะช็อค ตกใจ เสียใจ หวาดกลัว ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตน ในระยะต่อมาเมื่อสภาวะของรุนแรงขึ้นปกปิดอาการไม่ได้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง รู้สึกถูกคุกคามจากโรค มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงแยกตัว หลีกหนีสังคม รู้สึกผิดกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โกรธตนเอง โกรธผู้อื่น โทษผู้อื่นที่นำเชื้อมาสู่ตน มีภาวะซึมเศร้า หวาดระแวง (Lego, 1994) นอกจากนี้แล้วโรคเอดส์ยังถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นโรคของคนไม่ดี ประพฤติผิด

ศีลธรรม การมีพฤติกรรมล่าส่อนทางเพศ ประทับเป็นตราบาปภายในจิตใจของผู้ป่วย (เพ็ญศรี วงษ์พุด, 2545; Garrido, Paiva, do Nascimento, Sousa & Santos, 2007; Makoe et al., 2008) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540; Strawn, 1991; Lego, 1994; Mankoske, Wadsworth, Dugas & Hasney, 1995) ผลกระทบต่อครอบครัวนั้น ทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง สัมพันธภาพของครอบครัวเสียไป คู่สมรสไม่ไว้วางใจกัน มีการละทิ้งคู่สมรสและบุตร การเจ็บป่วยบ่อยครั้งต้องมีการดูแลรักษา ผู้ป่วยจึงต้องขาดงานหรือหยุดงานบ่อยครั้ง เป็นสาเหตุให้ถูกออกจากงาน ครอบครัวจึงขาดรายได้ (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537; เพ็ญศรี วงษ์พุด, 2545; Garrido et al., 2007; Somavia, 2008) การเสียชีวิตของผู้นำครอบครัว ทำให้ขาดผู้หารายได้หลัก ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของครอบครัวและสมาชิกทั้งในแง่เศรษฐกิจและการอบรมเลี้ยงดู ส่วนผลกระทบต่อสังคมนั้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นปัญหาคุณภาพสุขภาพของคนในชุมชน คนในสังคมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547) อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม สถาบันครอบครัวเกิดความแตกแยก วัฒนธรรมเสื่อมถอย ประเทศชาติสูญเสียกำลังคน ครอบครัวสูญเสียผู้นำ ปัญหาเด็กกำพร้าในสังคม ทำให้ตกเป็นภาระของปью่ตายาย พัฒนาการทางสังคมเสื่อมถอยลง (วาสนา อิมเอม & ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542; ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2543) นอกจากนี้แล้วโรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน การทำงานไม่เต็มศักยภาพการผลิต การว่างงานจากความเจ็บป่วย การถูกรังเกียจ และเลือกปฏิบัติในการจ้างงาน จึงส่งผลกระทบต่อภาพรวมของเศรษฐกิจของประเทศ (ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2543; สุวรรณ บุษยะสิพรรณ, 2545; ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547) รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อการวิจัย การเตรียมความพร้อมของสถานบริการและบุคลากรให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2543; ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สัญชัย ชาสมบัติ, & พีรมน นิงสานนท์, 2549; Chasombat et al., 2006) ซึ่งมีการประมาณการค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2553 ว่าต้องใช้งบประมาณสูงมากถึง 7.75 พันล้านบาท เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ, 2549) จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อในระดับเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในหลายระดับ คือ บุคคล ครอบครัว หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและประเทศชาติ (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน เป้าหมายของการรักษา ได้แก่ เพื่อลดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้น้อยกว่า 50 copies/ml ช่วยให้ระดับของ CD₄ (Cell determinant: CD₄) ในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายสูงขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น (ธีรพล สุขมาก และคณะ, 2548; เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2549; วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549; ธิตาพร จิรวัดนไพศาล, 2550; Mannheimer, et al., 2002; Paterson et al., 2002) ชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดอัตราการ

เจ็บป่วย ลดอัตราการตายได้อย่างชัดเจน (เพลินจันท์ เซษฐโชติศักดิ์, 2546; สมนึก สังฆานุภาพ, 2551; Palella et al., 1998; Van Sighem et al., 2003) ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (สุรางรัตน์ สุรงค์พิตร, 2547; สรกีจ ภาคิซิป และคณะ, 2550; ผาสุก ลิ้มรัตน์พิมพา, 2551; Mannheimer et al., 2005)

ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและสามารถมีชีวิตยืนยาวมากกว่า 10 ปี มีจำนวนถึงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด (วราภรณ์ บุญเชียง, วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เตือนราชฎร์, & เอกรัตน์ บุญเชียง, 2551; รัชณี นามจันทรา, 2546; Black & Hawks, 2005) ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (สมนึก สังฆานุภาพ, 2551; Walensky et al., 2006) ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้นโดยสามารถมีชีวิตหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 13 ปี ขึ้นไป (Walensky et al., 2006) และเป็นผลมาจากการปฏิบัติตนในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตยืนยาวมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป (รัชณี นามจันทรา, 2546) รวมทั้งปัจจัยซึ่งส่งเสริมการมีชีวิตยืนยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตอยู่หลังได้รับการวินิจฉัย 10 ปี ได้แก่ การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านจิตใจ การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพทางเพศ การให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง การแสวงหาความรู้ การสนับสนุนและการมีกำลังใจจากเพื่อนสนิทญาติ ที่มีสุขภาพและชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี (วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ, 2551)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัด รับประทานถูกต้องทั้งขนาดและเวลา มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Medication adherence) อย่างน้อยร้อยละ 95 (วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549; เสาวคนธ์ อ่อนเกตพล, กิตติกร นิลมานันต์, & ประณีต ส่งวัฒนา, 2549; ธิดาพร จิรวัดนไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, & สมบัติ, 2550; เชิดเกียรติ แก้วกลีจิจ, 2551; กมลรัตน์ อินธิศักดิ์, 2551; Paterson et al., 2002; Mohammed et al., 2004; Stou, Leon, & Nicoli, 2004) การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดการดื้อยาและทำให้การรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีสุขภาพทรุดโทรม มีการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพราะการรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐานไม่ได้ ทำให้การรักษามีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ธิดาพร จิรวัดนไพศาล และคณะ, 2550; เชิดเกียรติ แก้วกลีจิจ, 2551; กมลรัตน์ อินธิศักดิ์, 2551; Mohammed et al., 2004; Stou et al., 2004) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวียังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยเอดส์ในรัฐ Louisiana รับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากถึงร้อยละ 34.4 ผู้ป่วยเอดส์ชาว Senegalase มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า 95% คิดเป็นร้อยละ 70 เท่านั้น ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศ

อินเดียมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาล บาราคนราตุรมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้องมากถึงร้อยละ 67.8 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคใต้ของประเทศไทยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า 95% คิดเป็นร้อยละ 65.1 ผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีความร่วมมือในการ รับประทานยาตรงกำหนดเวลาในช่วงหนึ่งเดือนก่อนมาโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 61.9 ตามลำดับ (Mohammed et al., 2004; Etard et al., 2007; Cauldbeck et al., 2009; กนกพร เมืองชนะ, วิไลวรรณ พร้อมมูล, & ปิยนุช สมตน; 2547; เสาวคนธ์ อ่อนเกตพล และคณะ, 2549; กมลรัตน์ อินธิศักดิ์, 2551) โดยสาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย ได้แก่ สัมร้อยละ 33 บ้านอยู่ไกล ร้อยละ 27 งานยุ่งร้อยละ 26 (Raynolds et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงความร่วมมือใน การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน ไวรัสสูงสุดอยู่ในภาคกลางแต่ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำสุดอยู่ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (Kongsin et al., 2004) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ไม่สม่ำเสมอ ดังกล่าวจะนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือการดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีในอนาคตได้

ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ เหมาะสมในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคและลดการเกิดภาวะดื้อยา ในอนาคต โดยมีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการ รับประทานยาต้านไวรัส สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิผล การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนอย่างเพียงพอ (พรทิพย์ มาลาธรรม & บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2539; ภูริชญา บุรินทร์กุล, 2547; ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชานา ประมินทร์, 2549; อรพรรณ อุดมพร, 2550; Bopp, Phillips, Fulk, & Hand, 2003; Bopp, Phillips, Fulk, Dudgeon, & Hand, 2004) อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและการเผชิญความเครียด อย่างเหมาะสม การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการตระหนักและเห็นคุณค่าแห่งตน ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ยาวนาน มีภาวะสุขภาพและ คุณภาพชีวิตที่ดี (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในระยะยาวนาน้อยมาก มีเพียงการศึกษาของรัชณี นามจันทร์ (2546) ที่ทำการศึกษเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตยืนยาวมากกว่า 10 ปี แต่เป็น การศึกษาที่มุ่งเน้นทำการศึกษามิตินด้านจิตใจในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น อีกทั้งมี การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (กนกพร เมืองชนะ และคณะ, 2547; วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549; Reynold et al., 2004; Mohammed et al., 2004; Stout et al.,

2004; Etard et al., Carlucci et al., 2006; Olowookere et al., 2008; Cauldbeck et al., 2009) และ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่(พูนพงษ์ พูนภักดี, 2547; Kozal, Amico, Chiarella, Cornman, & Fisher, 2006; Milam et al., 2006; Zekan et al., 2006) แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ มีการศึกษาน้อยมากและเป็นการศึกษาเฉพาะด้านเรื่องการออกกำลังกาย การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การเผชิญความเครียด (พวงทอง อินใจ, 2548; อรพรรณ อุดมพร, 2550; Mankoske et al., 1995; Hoa, 2000; Makoae et al., 2008) ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน เผชิญความเครียดโดยการดื่มสุรา สูบบุหรี่และใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีสุขภาพทรุดโทรมเร็วยิ่งขึ้น มีการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย มีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นจากการไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (Kozal et al., 2006) ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ได้ผล นำไปสู่ปัญหาการติดเชื้อต้านไวรัสเอชไอวีตามมาได้ (ธิดาพร จิรวินไพศาล, 2550; เชิดเกียรติ แก้วกลีภิกข, 2551; กมลรัตน์ อินธิศักดิ์, 2551; Mohammed et al., 2004; Stou et al., 2004)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะยาว ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป จะเป็นอย่างไร โดยนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2002) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพราะรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เป็นรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านจิตสังคม (Biopsychological) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความเป็นองค์รวม เพราะบุคคลเป็นองค์ประกอบของกาย ชีวะและจิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดำรงสุขภาพที่ดีไว้ ไม่ใช่ต้องการแค่เพียงหลีกเลี่ยงโรคเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความผาสุกให้คงอยู่ในระดับสูงสุด เมื่อบุคคลมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)
- 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity)
- 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition)
- 4) ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)
- 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)
- 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)

ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป โดยผลการวิจัยนั้นจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเชิงรุกสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้ดำรงชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีความสุข ตลอดจนป้องกันปัญหาการติดเชื้อต้านไวรัสเอชไอวี ในอนาคตต่อไป

2. คำถามการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 54 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 20 เดือนกันยายน พ.ศ. 2553

5. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ที่ได้รับทราบผลการตรวจเลือดของตนเองว่าติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้ยา คือ มีภาวะเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illness) เท่าใดก็ตามเมื่อเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี มีอาการทางคลินิกและค่า $CD_4 < 250 \text{ cell/mm}^3$ หรือไม่มีอาการทางคลินิกและค่า $CD_4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สรกิจ ภาคิซีพ และคณะ, 2550)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับทราบผลการตรวจเลือดของตนเองว่าติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นระยะเวลา ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป อายุ ตั้งแต่ 15-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 5 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

5.2 ยาต้านไวรัสเอชไอวี

นियามเชิงทฤษฎี หมายถึง ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ภูมิคุ้มกันเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (สรกิจ ภาคิษฐ์ และคณะ, 2550)

นियามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 5 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

5.3 พฤติกรรมสุขภาพ

นियามเชิงทฤษฎี หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ต้องการแค่เพียงหลีกเลี่ยงหนีจากโรคเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความผาสุกให้คงอยู่ในระดับสูงสุด เมื่อบุคคลมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน (Pender et al., 2002) ได้แก่

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง ความเอาใจใส่และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป เช่น การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

2) การมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

3) โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร เลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ช่วยให้เกิดความภูมิใจ เห็นคุณค่าแห่งตน เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและชีวิต

6) การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปลอดภัยจากปัญหาการติดยา ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของ สุวรรณา บุญยะสิทธิ์ (2550)

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว ป้องกันปัญหาการติดยาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

6.2 ด้านการศึกษาและด้านการบริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดการศึกษาหรือการบริหารเชิงรุกให้กับพยาบาล นักศึกษาพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

6.3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็ก หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป