

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล



การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมทั้งสิ้นจำนวน 54 ราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 20 เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1.1.2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาและปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อและระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

1.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

1.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.2 พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน

1.2.3 พฤติกรรมสุขภาพรายข้อ

2. การอภิปรายผล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 54 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.30 และเพศชายร้อยละ 40.70 มีอายุเฉลี่ย 43.10 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.10 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 35.20 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.80 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 37.00 ค่ามัธยฐาน (Median) รายได้ของครอบครัวเท่ากับ 9,000 บาท/เดือน (ระหว่าง 2,000 ถึง 100,000 บาท/เดือน) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	40.70
หญิง	32	59.30
อายุ (ปี)		
Mean (S.D.)	43.10 (6.45)	
ศาสนา		
พุทธ	53	98.10
อิสลาม	1	1.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.90
ประถมศึกษา	19	35.20
มัธยมศึกษา	18	33.30
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	7	13.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	16.70
สถานภาพสมรส		
โสด	11	20.40
คู่	35	64.80
หม้าย/หย่า/แยก	8	14.80

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 54) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	8	14.80
เกษตรกร	8	14.80
รับจ้าง	20	37.00
ค้าขาย	7	13.00
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	10	18.50
ว่างงาน	1	1.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
Median (Min : Max)	9,000 (2,000:100,000)	

1.1.2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาและปัญหาด้านเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 44.40 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคมร้อยละ 31.50 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 87.00 และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 13.00 เนื่องจากต้องใช้จ่ายในชีวิตประจำวันร้อยละ 7.40 ต้องเลี้ยงดูบุตรร้อยละ 5.60 ยังทำงานหารายได้ไม่พอเพียงร้อยละ 5.60 และอื่นๆ ร้อยละ 3.70 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาและปัญหาด้านเศรษฐกิจ (n = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้		
ใช้สิทธิบัตรทอง	24	44.40
ใช้สิทธิเบิกจากราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	13	24.10
ประกันสังคม	17	31.50
ปัญหาด้านเศรษฐกิจ		
ไม่มีปัญหา	47	87.00
มีปัญหา (ระบุ)	7	13.00
ต้องเลี้ยงดูบุตร	3	5.60
ต้องใช้จ่ายประจำวัน	4	7.40
ยังทำงานหารายได้ไม่พอเพียง	3	5.60
อื่นๆ (ค่าเดินทาง เป็นหนี้รถส.)	2	3.70

1.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อและระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ ร้อยละ 88.90 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 168 เดือน (ระหว่าง 120 ถึง 252 เดือน) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อถึงระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัสเท่ากับ 24 เดือน (ระหว่าง 0 ถึง 132 เดือน) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ 132 เดือน (ระหว่าง 120 ถึง 192 เดือน) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรับประทานไวรัสเอชไอวีมากที่สุด 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.59 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิถีทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อและระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (n = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งของการติดเชื้อเอชไอวี		
การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	5	9.30
การมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ	48	88.90
การได้รับเลือด	1	1.90
ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี (เดือน)		
Median (Max : Min)	168 (120:252)	
ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อถึงระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัส (เดือน)		
Median (Max : Min)	24 (0:132)	
ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (เดือน)		
120-131 (≥ 10 ปี)	23	42.59
132-143 (≥ 11 ปี)	15	27.78
144-155 (≥ 12 ปี)	7	12.96
156-167 (≥ 13 ปี)	3	5.56
168-179 (≥ 14 ปี)	3	5.56
180-191 (≥ 15 ปี)	2	3.70
192-203 (≥ 16 ปี)	1	1.85
Median (Max : Min) (เดือน)	132 (120:192)	

1.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใหม่ร้อยละ

83.30 เหตุผลส่วนใหญ่ที่ต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยา รุนแรงมาร้อยละ 51.90 รองลงมาคือเกิดการดื้อยาชนิดเดิมร้อยละ 25.90 เมื่อทราบว่าต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยเคร่งครัดร้อยละ 83.30 รองลงมาคือหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเดิมตามแผนการรักษาร้อยละ 68.50 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานกลุ่ม A ร้อยละ 46.30 รองลงมาคือสูตรพื้นฐานกลุ่ม C ร้อยละ 35.20 ส่วนใหญ่บุคคลที่ให้คำแนะนำในการตัดสินใจในการรับประทานไวรัสเอชไอวีคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 98.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุผลในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพราะคิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงร้อยละ 92.60



รองลงมาคือ คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลงร้อยละ 90.70 และคิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น ร้อยละ 88.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสร้อยละ 61.10 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด คือ แก้มตบ/แขนชาลิบ/ก้นลิบร้อยละ 37.00 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 18.50 เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการแก้ไขโดย ไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 67.70 รองลงมาคือ หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเองร้อยละ 7.40 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (n=54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนยาต้านไวรัสสูตรใหม่		
เคย	45	83.30
ไม่เคย	9	16.70
เหตุผลที่ท่านต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสใหม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรงมาก	28	51.90
เกิดการดื้อยาชนิดเดิม	14	25.90
เปลี่ยนตามสูตรยาต้านไวรัสใหม่ตามแผนการรักษา	7	13.00
การจัดการเมื่อทราบว่าต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเดิมตามแผนการรักษา	37	68.50
สอบถามเหตุผลในการเปลี่ยนยาต้านไวรัสใหม่จากแพทย์	23	42.60
ปฏิบัติตามตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยเคร่งครัด	45	83.30
ปฏิเสธที่จะไม่รับยาต้านไวรัสตัวใหม่	1	1.90
ขอความอนุเคราะห์ในเรื่องค่ายา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย	1	1.90
สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน		
สูตรพื้นฐานกลุ่ม A	25	46.30
d4T + 3TC + NVP (GPO VIR S)	5	9.30
AZT + 3TC + NVP (GPO VIR Z)	15	27.80
AZT + 3TC + EFV	5	9.30

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี
(n=54) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สูตรพื้นฐานกลุ่ม B	6	11.10
d4T + 3TC + IDV/r	3	5.55
AZT + 3TC + IDV/r	3	5.55
สูตรพื้นฐานกลุ่ม C	19	35.20
ddI + 3TC + EFV	2	3.70
TDF + 3TC + EFV	4	7.40
TDF+ 3TC + NVP	10	18.50
TDF + 3TC + IDV/r	2	3.70
3TC+TDF	1	1.90
สูตรดื้อยากกลุ่ม D	4	7.40
AZT + 3TC +ATV/r	1	1.90
AZT + TDF + Kaletra (IDV/r)	1	1.90
TDF + 3TC+ ATV/r	1	1.90
NVP + 3TC + Kaletra (IDV/r)	1	1.90
บุคคลที่ให้คำแนะนำในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวี		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	53	98.10
ผู้ติดเชื้อ	1	1.90
เหตุผลตัดสินใจรับยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง	49	90.70
คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง	50	92.60
คิดว่าจะทำให้โรคหายขาด	4	7.40
คิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น	48	88.90
คิดว่าจะไม่ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก	4	7.40
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส		
ไม่มี	21	38.90
มี	33	61.10
อาการข้างเคียงของที่เกิดขึ้นจากยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผื่นตามร่างกาย	6	11.11
คลื่นไส้/อาเจียน	3	5.60

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (n=54) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จึงเวียน	1	1.90
ปวดศีรษะ	4	7.40
ชาตามแขนขา	2	3.70
นอนไม่หลับ	2	3.70
ผื่นร้าย	1	1.90
แก้มตอบ/แขนขาเล็บ/ก้นเล็บ	20	37.00
ไขมันในเลือดสูง	10	18.50
อื่นๆ	6	11.11
การจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอง	4	7.40
ไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	36	66.70

1.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ข้อมูลของภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีระดับของ CD₄ cell count หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 119.63 cell/mm³ เป็น 474.81 cell/mm³ โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับ CD₄ cell count ก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น 355.18 cell/mm³ (95% CI = 299.18, 411.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) น้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 48.89 กิโลกรัม เป็น 54.45 กิโลกรัม โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 5.56 กิโลกรัม (95% CI = 3.92, 7.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.16 กิโลกรัม/เมตร² เป็น 21.28 กิโลกรัม/เมตร² โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 2.12 กิโลกรัม/เมตร² (95% CI = 1.45, 2.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) คะแนน Karnofsky's score ของผู้ป่วยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 67.59 คะแนน เป็น 99.81 คะแนน โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน Karnofsky's score ก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 32.22 คะแนน (95% CI = 24.82, 39.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) และมีค่าเฉลี่ยของ Viral load หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ 25.48 copies/ml ดังตารางที่ 11 และ 12

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (Medical adherence มากกว่าหรือเท่ากับ 95) คิดเป็นร้อยละ 99.87

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่ได้รับการตรวจก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและที่ได้รับการตรวจครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (n=54)

ตัวบ่งชี้ของภาวะสุขภาพ	ก่อนรับยาต้านไวรัสเอชไอวี		หลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวี	
	Mean (S.D.)	Median (Max : Min)	Mean (S.D.)	Median (Max : Min)
ระดับของ CD ₄ cell count (cell/mm ³)	119.63 (97.36)	113 (0:500)	474.81 (166.08)	497.50 (161:776)
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	48.89 (8.29)	47.50 (32:70)	54.45 (8.52)	54.50 (40:70)
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	19.16 (2.78)	19.07 (13.84:24.73)	21.28 (3.23)	20.76 (15.91:30.92)
Karnofsky's score (คะแนน)	67.59 (27.19)	70 (30:100)	99.81 (1.36)	100 (90:100)
Viral load (copies/ml)	-	-	25.48 (76.85)	0 (0:505)

ตารางที่ 12 ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจก่อน
ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและที่ได้รับการตรวจครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี
(n=54)

ตัวบ่งชี้ของภาวะสุขภาพ	ผลต่างของค่าเฉลี่ย ของตัวบ่งชี้ทางภาวะ สุขภาพก่อน-หลังได้รับ ยาต้านไวรัสเอชไอวี	95% CI	t-test	p-value
ระดับของ CD ₄ cell count (cell/mm ³)	355.18 (205.18)	299.18, 411.19	12.72	< 0.0001
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	5.56 (6.01)	3.92, 7.21	6.80	< 0.0001
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	2.12 (2.43)	1.45, 2.78	6.41	< 0.0001
Karnofsky's score (คะแนน)	32.22 (27.10)	24.82, 39.62	8.74	< 0.0001

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50-3.49 และ 3.50-4.00 คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้และน้อย ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=54)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับคะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย	(1.00-1.49)	0	0.00
พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้	(1.50-2.49)	0	0.00
พฤติกรรมสุขภาพระดับดี	(2.50-3.49)	27	50.00
พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก	(3.50-4.00)	27	50.00

1.2.2 พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 0.15) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.33$, S.D. = 0.40) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.54$, S.D. = 0.32) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.13$, S.D. = 0.44) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.30) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.45$, S.D. = 0.44) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตาม
พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน (n=54)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.75	0.15	ดีมาก
2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	3.33	0.40	ดี
3. ด้านโภชนาการ	3.54	0.32	ดีมาก
4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.13	0.44	ดี
5. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.69	0.30	ดีมาก
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.45	0.44	ดี
โดยรวม	3.48	0.24	ดี



1.2.3 พฤติกรรมสุขภาพรายข้อ

1.2.3.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

(1) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 1 ท่านจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่รับประทานได้ (เช่นลักษณะของเม็ดยา สี หรือชื่อของยา) ($\bar{x} = 3.94, S.D. = 0.25$) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 9 ท่านมาตรวจตามนัด ($\bar{x} = 3.93, S.D. = 0.26$) และข้อที่ 7 เมื่อท่านพบอาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น มีฝ้าขาวในปาก มีไข้สูง ท้องเดิน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.50$)

(2) การป้องกันโรคแทรกซ้อน เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 15 ท่านรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน ($\bar{x} = 4.00, S.D. = 0.00$) ข้อที่ 16 ท่านรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{x} = 3.98, S.D. = 0.14$) ข้อที่ 17 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของท่านเป็นอย่างไร ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.35$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 13 ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคปอด ($\bar{x} = 3.37, S.D. = 0.65$) ข้อที่ 12 ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ($\bar{x} = 3.30, S.D. = 0.60$) ข้อที่ 14 ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมายังท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือท่าน ($\bar{x} = 3.20, S.D. = 0.92$)

(3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 19 การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.45$) ข้อที่ 21 ท่านแยกของใช้ส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) ($\bar{x} = 3.89, S.D. = 0.32$) ข้อที่ 23 ท่านสูบบุหรี่ ($\bar{x} = 3.81, S.D. = 0.70$)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อที่ 1 ท่านจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่รับประทานได้ (เช่นลักษณะของเม็ดยา สี หรือชื่อของยา) คิดเป็นร้อยละ 94.40 ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีรายข้อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย			
การรับประทานยาต้านไวรัส							
1. ท่านจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัว ที่ได้รับประทานได้ (เช่นลักษณะของ เม็ดยา สี หรือชื่อของยา)	51 (94.40)	3 (5.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.94	0.25	ดีมาก
2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรง ตามเวลา	38 (70.40)	16 (29.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.70	0.23	ดีมาก
3. ท่านรับประทานยาต้านไวรัส ถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ	44 (81.50)	10 (18.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.81	0.46	ดีมาก
4. ท่านแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่ มีผลต่อความต่อเนื่องในการ รับประทานยาต้านไวรัสของท่าน	43 (79.60)	10 (18.50)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.78	0.39	ดีมาก
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ ทางด้านร่างกายจากการติดเชื้อฉวย โอกาสได้	45 (83.30)	7 (13.00)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.80	0.46	ดีมาก
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจาก ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสได้	44 (81.50)	8 (14.80)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.79	0.49	ดีมาก
7. เมื่อท่านพบอาการผิดปกติของ การติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น มีฝ้าขาว ในปาก มีไข้สูง ท้องเดิน ปวดศีรษะ อย่างรุนแรง ท่านไปรับคำปรึกษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	49 (90.70)	5 (9.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.91	0.50	ดีมาก
8. เมื่อท่านพบผลข้างเคียงขณะ ได้รับยาต้านไวรัส เช่น มีผื่นตาม ร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ท่านไปรับ คำปรึกษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ที่มสุขภาพ	48 (88.90)	5 (9.30)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.87	0.39	ดีมาก

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีรายข้อ (n = 54) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย			
9. ท่านมาตรวจตามนัด	50 (92.60)	4 (7.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.93	0.26	ดีมาก
10. เมื่อท่านทราบผลการตรวจ ท่านวางแผนปรับพฤติกรรมให้ เหมาะสมกับผลการตรวจได้	39 (72.20)	14 (25.90)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.70	0.50	ดีมาก
11. ท่านปรับพฤติกรรม (เช่น การ รับประทานยา การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย) ให้ สอดคล้องกับผลการตรวจได้ การป้องกันโรคแทรกซ้อน	30 (55.60)	23 (42.60)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.54	0.54	ดีมาก
12. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด	20 (37.00)	30 (55.60)	4 (7.40)	0 (0.00)	3.30	0.60	ดี
13. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิด กับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคปอด	25 (46.30)	24 (44.40)	5 (9.30)	0 (0.00)	3.37	0.65	ดี
14. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือ ใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่ อาจจะแพร่เชื้อโรคมายังท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือท่าน	24 (44.40)	22 (40.70)	3 (5.60)	5 (9.30)	3.20	0.92	ดี
15. ท่านรักษาความสะอาดของ ร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน	54 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.00	0.00	ดีมาก
16. ท่านรักษาความสะอาดของช่อง ปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ทุกวัน	53 (98.10)	1 (1.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.98	0.14	ดีมาก
17. การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะของท่านเป็นอย่างไร	50 (92.60)	3 (5.60)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.91	0.35	ดีมาก
18. ท่านนอนหลับได้เพียงพอทุกคืน	38 (70.40)	14 (25.90)	1 (1.90)	1 (1.90)	3.65	0.62	ดีมาก

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีรายข้อ (n = 54) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย			
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ							
19. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์	51 (94.40)	2 (3.70)	0 (0.00)	1 (1.90)	3.91	0.45	ดีมาก
20. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออก จากร่างกาย สิ่งที่ปนเปื้อนเลือด หรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือ กำจัดทิ้ง	44 (81.50)	6 (11.11)	1 (1.90)	3 (5.60)	3.69	0.77	ดีมาก
21. ท่านแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่ โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) หรือไม่	48 (88.90)	6 (11.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.89	0.32	ดีมาก
22. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (27.80)	39 (72.20)	3.72	0.45	ดีมาก
23. ท่านสูบบุหรี่	1 (1.90)	0 (0.00)	1 (1.90)	50 (92.60)	3.81	0.70	ดีมาก
โดยรวม					3.75	0.15	ดีมาก

1.2.3.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาตามรายข้อทั้ง 4 ข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมาก ไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 26 เมื่อท่านออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านปฏิบัติอย่างไร ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.49) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 24 ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดีเพียงใด ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.48) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 2 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 25 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 1.02) ข้อที่ 27 ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ($\bar{x} = 2.59$, S.D. = 0.84) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมาก

ที่สุดคือ ข้อที่ 26 เมื่อท่านออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านปฏิบัติอย่างไรคิดเป็นร้อยละ 83.30 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย รายข้อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
24. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดีเพียงใด	35 (64.80)	19 (35.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.65	0.48	ดีมาก
25. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์	33 (61.10)	9 (16.70)	7 (13.00)	5 (9.30)	3.30	1.02	ดี
26. เมื่อท่านออกกำลังกายแล้ว รู้สึกอ่อนเพลีย ท่านปฏิบัติอย่างไร	45 (83.30)	7 (13.00)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.80	0.49	ดีมาก
27. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก)	10 (18.50)	14 (25.90)	28 (51.90)	2 (3.70)	2.59	0.84	ดี
โดยรวม					3.33	0.40	ดี

1.2.3.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 32 เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว ท่านจะเปรียบเทียบกับการชั่งครั้งก่อน ($\bar{x} = 4.00, S.D. = 0.00$) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 28 ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ ($\bar{x} = 3.63, S.D. = 0.53$) ข้อที่ 31 ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้ว ($\bar{x} = 3.59, S.D. = 0.57$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 34 เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสม ($\bar{x} = 3.48, S.D. = 0.69$) ข้อที่ 30 ท่านเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ บ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.39, S.D. = 0.57$) ข้อที่ 29 ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ ($\bar{x} = 3.17, S.D. = 0.57$) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อที่ 32 เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว ท่านจะเปรียบเทียบกับการชั่งครั้งก่อนคิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายข้อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
28. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ	35 (64.80)	18 (33.30)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.63	0.53	ดีมาก
29. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ	14 (25.90)	35 (64.80)	5 (9.30)	0 (0.00)	3.17	0.57	ดี
30. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ บ่อยครั้งเพียงใด	22 (40.70)	31 (57.40)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.39	0.53	ดี
31. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้ว	34 (63.00)	18 (33.30)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.59	0.57	ดีมาก
32. เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว ท่านจะเปรียบเทียบกับการชั่งครั้งก่อน	54 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.00	0	ดีมาก



ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ รายข้อ (n = 54) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
33. เมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง ท่านปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม	31 (57.40)	21 (38.90)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.54	0.57	ดีมาก
34. เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสม	32 (59.30)	16 (29.60)	6 (11.10)	0 (0.00)	3.48	0.69	ดี
โดยรวม					3.54	0.32	ดีมาก

1.2.3.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 35 ท่านปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.78, S.D. = 0.42$) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 36 ท่านไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.42$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 3 ข้อ เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ ข้อที่ 37 ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.41, S.D. = 0.71$) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 43 เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.15, S.D. = 0.43$) และข้อที่ 38 ทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด ($\bar{x} = 3.13, S.D. = 0.83$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับพอใช้ มี 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 42 ($\bar{x} = 2.43, S.D. = 0.74$) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อที่ 35 ท่านปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด คิดเป็นร้อยละ 77.80 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รายชื่อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
35. ท่านปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	42 (77.80)	12 (22.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.78	0.42	ดีมาก
36. ท่านไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	36 (66.70)	17 (31.50)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.65	0.52	ดีมาก
37. ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	28 (51.90)	21 (38.90)	4 (7.40)	1 (1.90)	3.41	0.71	ดี
38. ทุกครั้งที่มีการรวมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	21 (38.9)	20 (37.00)	12 (22.20)	1 (1.90)	3.13	0.83	ดี
39. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตท่านปรึกษากับคนในครอบครัวหรือไม่	15 (27.80)	27 (50.00)	12 (22.20)	0 (0.00)	3.06	0.71	ดี
40. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตท่านปรึกษากับคนที่ท่านไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) หรือไม่	9 (16.70)	18 (33.30)	25 (46.30)	2 (3.70)	2.63	0.81	ดี
41. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งเพียงใด	13 (24.10)	23 (42.60)	18 (33.30)	0 (0.00)	2.91	0.76	ดี
41. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งเพียงใด	13 (24.10)	23 (42.60)	18 (33.30)	0 (0.00)	2.91	0.76	ดี

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รายชื่อ (n = 54) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
42. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกับท่านบ่อยครั้งเพียงใด	4 (7.40)	19 (35.20)	27 (50.0)	4 (7.40)	2.43	0.74	พอใช้
43. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้งเพียงใด	18 (33.33)	27 (50.00)	8 (14.8)	1 (1.90)	3.15	0.73	ดี
โดยรวม					3.13	0.44	ดี

1.2.3.5 พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อยได้แก่ ข้อที่ 47 ท่านทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.38$) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 46 ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี ($\bar{x} = 3.87, S.D. = 0.34$) ข้อที่ 44 ท่านดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.38$) และข้อที่ 48 ท่านประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.34$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 50 ท่านสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจดี ($\bar{x} = 3.44, S.D. = 0.66$) และข้อที่ 49 ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ ($\bar{x} = 3.17, S.D. = 0.84$) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 47 ท่านทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี คิดเป็นร้อยละ 90.70 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณรายข้อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้เลย			
44. ท่านดำเนินชีวิตได้อย่างมีจุดมุ่งหมาย	45 (83.30)	9 (16.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.83	0.38	ดีมาก
45. ท่านได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น	43 (79.60)	11 (20.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.80	0.41	ดีมาก
46. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี	47 (87.00)	7 (13.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.87	0.34	ดีมาก
47. ท่านทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี	49 (90.70)	5 (9.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.91	0.29	ดีมาก
48. ท่านประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า	45 (83.30)	9 (16.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.83	0.38	ดีมาก
49. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาเช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ	23 (42.60)	18 (33.30)	12 (22.20)	1 (1.90)	3.17	0.84	ดี
50. ท่านสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจดี	29 (53.70)	20 (37.00)	5 (9.30)	0 (0.00)	3.44	0.66	ดี
โดยรวม					3.69	0.30	ดีมาก

1.2.3.6 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อที่ 52 ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ) ($\bar{x} = 3.70$, S.D. = 0.50) ข้อที่ 51 ท่านยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.51) ข้อที่ 54 เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนัก ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.55) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ท่านปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่งช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดนั้น ($\bar{x} = 2.65$, S.D. = 0.87) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อที่ 52 ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ดี

(เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ)
คิดเป็นร้อยละ 72.20 ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการ
ปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด รายชื่อ (n = 54)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย			
51. ท่านยอมรับความเครียดที่ เกิดขึ้นได้	38 (70.40)	15 (27.80)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.69	0.51	ดีมาก
52. ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การ พูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ)	39 (72.20)	14 (25.90)	1 (1.90)	0 (0.00)	3.70	0.50	ดีมาก
53. เมื่อท่านทำสิ่งใด ๆ ท่านทำตาม กำลังไม่เร่งรัดให้เสร็จโดยเร็ว	33 (61.10)	19 (35.20)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.57	0.57	ดีมาก
54. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมี ความเครียดท่านจัดการกับปัญหา หรือความเครียดได้ภายใน ระยะเวลาไม่นานนัก	37 (68.50)	15 (27.80)	2 (3.70)	0 (0.00)	3.65	0.55	ดีมาก
55. เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่ จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ท่าน ปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่ง ช่วยเหลือในการจัดการกับ ความเครียดนั้น	12 (22.20)	13 (24.10)	27 (50.00)	2 (3.70)	2.65	0.87	ดี
โดยรวม					3.45	0.44	ดี

2. การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการวิจัยตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.30 และ 40.70 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 43.10 ปี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับข้อมูลซึ่งรายงานโดยศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552, 2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 20-44 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 98.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.80 สอดคล้องกับการศึกษาของสุดจิตร์ แก้วมณี และคณะ (2549) สุวรรณมา บุญยะลีพรรณ (2550) สุสารี ประคณกิจ (2551) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) ที่พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะติดเชื้อจากสามีไปสู่ภรรยาหรือคูรัักของตนมากที่สุด โดยส่วนใหญ่จะยังมีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 35.20 สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ พรสมบูรณ์ศิริ & หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ (2545) ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) พวงทอง อินใจ (2548) เสนอ พ่วงเพชร (2548) เสาวคนธ์ อ่อนเกตพล (2549) ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และคณะ (2550) สุวรรณมา บุญยะลีพรรณ (2550) กมลรัตน์ อินธิศักดิ์ (2551) สุสารี ประคณกิจ (2551) Stout et al. (2004) Remor et al. (2007) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 37.00 ค่ามัธยฐานรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 9,000 บาท/เดือน (ระหว่าง 2,000 ถึง 100,000 บาท/เดือน) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 87.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 44.40 และสิทธิประกันสังคมร้อยละ 31.50 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ อ่อนเกตพล และคณะ (2549) สุวรรณมา บุญยะลีพรรณ (2550) กมลรัตน์ อินธิศักดิ์ (2551) สุสารี ประคณกิจ (2551) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง สอดคล้องกับรายงานของศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 44.96 และสอดคล้องกับการศึกษาของ



อมรรัตน์ พรสมบูรณ์ศิริ & หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ (2545) ลัดดา พลพุกธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจและใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศมากที่สุด ร้อยละ 88.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณมา บุญยะสิทธิ์ (2550) ศูนย์ข้อมูลระดับวิทยาลัย สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552, 2553) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุกธา (2553) Remor et al. (2007) Vranceanu et al. (2008) Apisamthanarak et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศมากที่สุด ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 168 เดือน (ระหว่าง 120 ถึง 252 เดือน) และค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ 132 เดือน (ระหว่าง 120 ถึง 192 เดือน) สามารถอธิบายได้ว่า อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันในแต่ละบุคคลเฉลี่ยประมาณ 10 ปี โดยเชื้อเอชไอวีจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย แสดงให้เห็นด้วยปริมาณ CD_4 ที่ลดลง เมื่อระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมากจนถึงระดับหนึ่ง ร่างกายจึงจะแสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวีหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส (ปรีชา มณฑกานติกุล, 2550) แสดงให้เห็นจากระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อจะนานกว่าระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยร่วมด้วย (จามจรี แซ่หลู, 2543; วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ, 2551; Black & Hawks, 2005)

สูตรยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดในปัจจุบันคือ สูตรพื้นฐานกลุ่ม A ร้อยละ 46.30 กลุ่มตัวอย่างเคยเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 83.30 เหตุผลที่เปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากมีผลข้างเคียงรุนแรงจากยามาร้อยละ 51.90 กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 61.10 อาการที่พบมากที่สุดคือ แก้มตบ/แขนชาลิบ/ก้นลิบร้อยละ 37.10 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 18.50 ตามลำดับ โดยเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการแก้ไขโดยไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.70 อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจะได้รับยาสูตรที่ใช้เริ่มต้นในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ คือ สูตรพื้นฐานกลุ่ม A (สมนึก สังฆานุภาพ และคณะ, 2550; สรกิจ ภาคิชีพ และคณะ, 2550) โดยหากผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรือแพทย์ผู้รักษาสสามารถปรับเปลี่ยนสูตรยาได้ตามหลักวิชาการและตามความเหมาะสมซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 98.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gellaitry et al. (2005) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจากผู้ให้

ค่าปรึกษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.00, 70.00 และ 51.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเพราะคิดว่า จะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง อาการของโรคทุเลลงและทำให้อายุยืนยาวขึ้นคิดเป็นร้อยละ 92.60, 90.70 และ 88.90 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพฤษธา (2553) ซึ่งพบว่า เหตุผล ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจรับยาต้านไวรัส ได้แก่ คิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้นคิดว่า จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและอาการของโรคทุเลลงคิดเป็นร้อยละ 99.10, 93.60 และ 89.10 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเพราะคิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลลง คิดว่าจะช่วยให้ ร่างกายแข็งแรงและคิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้นคิดเป็นร้อยละ 98.10, 92.50 และ 56.10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์เห็นประโยชน์ของการ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีว่าสามารถทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความเห็นว่าการ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ชีวิตยืนยาวคิดเป็นร้อยละ 62.10 และ 55.70 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของภุริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550) ที่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น รวมทั้งเป็นการยืด ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ออกไปให้นานที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้เหตุผลของการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอว่าอยากมีชีวิตที่ยืนยาว เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสแล้วรู้สึกว่าการดีขึ้นและเป็น แรงจูงใจที่สำคัญในการทำให้อยากรับประทานยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของ Homes & Pace (2002) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่ต้องการดำเนินชีวิตให้ อยู่ได้หลาย ๆ ปี คิดเป็นร้อยละ 43.00 ต้องการมีชีวิตอยู่จนแก่เฒ่าคิดเป็นร้อยละ 27.00 สอดคล้อง กับการศึกษาของ Reynolds et al. (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจะส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sidat et al. (2007) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ มีประสบการณ์ของการมี Medication adherence 100% กล่าวว่า การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เปรียบเสมือนเส้นชีวิต (life-line) ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี การมีชีวิตยืนยาวและการมี ความผาสุกของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี Medication adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ร้อยละ 99.88 อธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านโรคเอดส์ของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้ให้ ความสำคัญในการให้ค่าปรึกษาในระยะก่อนและขณะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ตลอดจนติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี (ประนอม หนูเพชร,

ประณีต ส่งวัฒนา, & ขวัญตา บาลทิพย์, 2550; สรภิจ ภาคิซิป และคณะ, 2550) ซึ่งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งในด้านการลดปริมาณไวรัส การเพิ่มขึ้นของปริมาณ CD₄ (ธีรพล สุขมาก และคณะ, 2548; เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2549; วิณณ พร้อมประเสริฐ, 2549; ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2550; Mannheimer, et al., 2002; Paterson et al., 2002; Chesney, 2003; Fong et al., 2003; Schrooten et al., 2004) โดยผู้ป่วยจะต้องมี Adherence อย่างน้อยร้อยละ 95 จึงจะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพ (วิณณ พร้อมประเสริฐ, 2549; เสาวคนธ์ อ่อนเกตพล และคณะ, 2549; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2550; เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ, 2551; กมลรัตน์ อินธิศักดิ์, 2551; สมนึก สังฆานุกาพ, 2551; Paterson et al., 2002; Chesney, 2003; Mohammed et al., 2004; Stout et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิณณ พร้อมประเสริฐ (2549) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเฉลี่ยร้อยละ 96.65 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ บัญยะสิพรรณ (2550) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี Medication adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 99.40, 90.65 และ 98.18 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fong et al. (2003) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 100% คิดเป็นร้อยละ 80.70 และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 95-99% คิดเป็นร้อยละ 15.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Remien et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 90% คิดเป็นร้อยละ 81.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 90% คิดเป็นร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สำคัญได้แก่ ระดับของ CD₄ cell count ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจค่า CD₄ cell count เฉลี่ยก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ 119.63 cell/mm³ และผลตรวจค่า CD₄ cell count ครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 474.81 cell/mm³ ซึ่งมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับ CD₄ cell count ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น 355.18 cell/mm³ (95% CI = 299.18, 411.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) อธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของค่า CD₄ cell count บ่งชี้ถึงการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายซึ่งสามารถบอกถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ภิรุณ มุตสิกพันธ์, 2544; ธีรพล สุขมาก

และคณะ, 2548; เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2549; วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549; ธิดาพร จิรวัดนไพศาล และคณะ, 2550; สมนึก สังฆานุกาพ และคณะ, 2550; สรภิจ ภาคิซิป และคณะ, 2550; ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2551; Mannheimer, et al., 2002; Paterson et al., 2002; Chesney, 2003; Schrooten et al., 2004; Smith, 2004; Moore & Keruly, 2007; Nash et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุมศักดิ์ อเนกธนานนท์, วินัย รัตนสุวรรณ, วิชัย เตชะสาธิต, อารีเอื้อ สนใจ, & สุรพล สุวรรณกุล (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-VIR ภายหลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ระดับ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นจาก 96.50 cell/mm³ เป็น 155.10 cell/mm³ สอดคล้องกับการศึกษาของเสนอ เพชรพวง (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส ระดับ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นจาก 68.70 cell/mm³ เป็น 176.00, 227.60, 298.50, 322.90 และ 309.40 cell/mm³ ในเดือนที่ 6, 12, 24, 30 และ 36 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของอเนลเล เกตาฮัน, สมสิทธิ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, วารุณี เทศะกรณ์, จิตติมา รุติวัฒน์, & พรณิ ปิติสุทธิธรรม (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-VIR ภายหลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 48 สัปดาห์ ระดับ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นจาก 19.00 cell/mm³ เป็น 191.00 cell/mm³ สอดคล้องกับการศึกษาของวิวัฒน์ มโนสุทธิ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัจฉรา เขาวงนิช, & สมนึก สังฆานุกาพ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-VIR ภายหลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ระดับ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นจาก 29.00 cell/mm³ เป็น 156.00 cell/mm³ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษา Smith et al. (2004) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะ 6, 12 และ 24 เดือน มีระดับ CD₄ cell count เพิ่มสูงขึ้นเป็น 114.00, 181.00 และ 248.00 cell/mm³ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schrooten et al. (2004) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครบ 5 ปี มีค่าของเฉลี่ยของ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นจาก 280.00 cell/mm³ เป็น 333.00 cell/mm³ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moore & Keruly (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีค่ามัธยฐานของระดับ CD₄ cell count เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานเป็น 274 cell/mm³ ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นระยะเวลา 6 ปี ระดับ CD₄ cell count เพิ่มขึ้นเป็น 493.00, 508.00 และ 829.00 cell/mm³ จากค่าพื้นฐาน ≤ 200 , 201–350 และ >350 cell/mm³ ตามลำดับและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nash et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 6 เดือน, 1, 2, 3, 4 และ 5 ปี ค่า CD₄ cell count เพิ่มขึ้นเป็น 230.00, 263.00, 336.00, 372.00, 377.00 และ 395.00 cell/mm³ ตามลำดับ จากค่าพื้นฐาน 114.00 cell/mm³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Petel et al. (2008) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อการรอดชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

ที่มาตรการตามนัดเป็นระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีระดับ CD₄ cell count, total lymphocyte และระดับ albumin ในกระแสเลือดที่อยู่ในระดับต่ำและมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และมีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้ป่วย (Long-term survival) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (OR = 0.24; 95% CI = 0.11-0.51)

กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจค่า Viral load หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งล่าสุดเฉลี่ย 25.48 copies/ml ซึ่งในการประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำได้โดยการตรวจติดตามปริมาณ Plasma HIV-RNA หรือ Viral load จึงเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สำคัญที่สุด โดยมีเป้าหมายคือค่า Viral load ลดลงอยู่ในระดับที่ต่ำมากจนไม่สามารถตรวจวัดได้ (< 50 copies/ml) และคงอยู่ที่ระดับนั้นตลอดไป (ภิรณ มุตสิกพันธ์, 2544; ปวีณา สนธิสมบัติ, 2550; สมนึก สังฆานุภาพ และคณะ, 2550; สรกิจ ภาคิชีพ และคณะ, 2550; ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล, 2551; Fong et al., 2003; Moore & Keruly, 2007) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณเชื้อไวรัสในพลาสมาอยู่ในระดับที่ต่ำมากบ่งชี้ถึงการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างได้ผลดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอเนลเล เกตาฮัน และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรรวมคงที่ GPO-VIR เป็นระยะเวลา 48 สัปดาห์ มีปริมาณ Viral load ลดลงต่ำกว่า 50 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 63.70 โดยการวิเคราะห์แบบ Intent-to-treat และร้อยละ 82.30 โดยการวิเคราะห์แบบ On-treatment ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศวุฒิ บัวเลิศ (2550) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน หลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดยารวมด้วยขนาดยาคงที่มีระดับ HIV-1 RNA น้อยกว่า 50 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 90.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ballif et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มีระดับ Viral load น้อยกว่า 50 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 84.60 และ 89.10 ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา Mono/Dual และ Combination therapy ทั้งนี้ประเทศไทยยังใช้ค่า CD₄ cell count เป็นตัวบ่งชี้ถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพมากกว่าค่า Viral load ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงกว่าและไม่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล (เพลินจันทร์ เศรษฐโชติศักดิ์, 2546; สรกิจ ภาคิชีพ และคณะ, 2550; สมนึก สังฆานุภาพ, 2551)

จากผลการศึกษายังพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่สนับสนุนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพคือ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและคะแนน Karnofsky's score โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 5.56 กิโลกรัม (95% CI = 3.92, 7.21) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.0001$) ผลต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น 2.12 กิโลกรัม/เมตร² (95% CI = 1.45, 2.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยของ Karnofsky's score ก่อนและครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 32.22 คะแนน (95% CI = 24.82, 39.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) อธิบายได้ว่าการประเมินประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยประเมินจากภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจากการมีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายหรือคะแนน Karnofsky's score ที่เพิ่มขึ้น (พงทอง อินใจ, 2548; สุวรรณ บุญยะสิทธิ์, 2550; Miller, 2003; Ross-Degnan et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของอนามิกา มากจู้ย (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 77.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross-Degnan et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3.90 กิโลกรัม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ (2550) ที่พบว่าน้ำหนักตัวภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 4.62 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 1.70 กิโลกรัม/เมตร² สอดคล้องกับการศึกษาของเสนอ เพชรพวง (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก 47.40 กิโลกรัม เป็น 53.50 กิโลกรัมและค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจาก 17.80 กิโลกรัม/เมตร² เป็น 21.00 กิโลกรัม/เมตร² สอดคล้องกับการศึกษาของ Mwamburi et al. (2005) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายมากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงทอง อินใจ (2548) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมี Karnofsky's score เท่ากับ 100 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 90 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 38.90 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพทุธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส มีการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD₄ cell count น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและคะแนน Karnofsky's score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.24) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) สุภารัตน์วรรณสาร (2541) ไพรมาศน์ บินทิจิตต์ (2544) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพทุธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ยืนยง (2543) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al. (2006) ที่พบว่า ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) รัชณี ภูริสัจย์ (2545) ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ในรายที่เปิดเผยสภาพแก่สมาชิกในครอบครัวและได้รับการยอมรับ จะได้รับความเห็นใจเข้าใจ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจอย่างดี มีความรักใคร่ห่วงใย ทำให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจที่ช่วยให้เกิดกำลังใจและมีแรงที่จะต่อสู้ไปข้างหน้า นอกจากนี้กำลังใจจากครอบครัวยังเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องดูแลตนเองเพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นกำลังใจในการให้ความสนใจเอาใจใส่บำรุงรักษาเยียวสุขภาพของตนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Remien et al. (2005) Weiss et al. (2006) Remien et al. (2007) Atkinson, Schonnesson, William, & Timpson (2008) Ncama et al. (2008) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัย การเข้ากลุ่มและการรับประทานวิตามินของผู้ป่วยอีกด้วย (Gaede et al., 2006) นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลมีระบบการบริการให้คำปรึกษาโดยจัดหน่วยงานและมีเจ้าหน้าที่เฉพาะสำหรับดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะก่อนและขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ตามมาตรฐานของหน่วยบริการนอกจากจะมีมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วสำนักงานหลักประกันสุขภาพยังได้กำหนดให้การให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพเป็นมาตรฐานการบริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร่วมด้วย (สรกิจภาศิณี และคณะ, 2550) อีกทั้งในปัจจุบันรัฐบาลได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ มากมาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือต่างๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ศิริวรรณ ยืนยง และคณะ, 2543; Gellaitry et al., 2005) สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่าอิทธิระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและผู้ให้บริการสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มขึ้นของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ CD₄ cell count น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและคะแนน Karnofsky's score ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความ



ต้องการของตนเองได้ จึงสนับสนุนได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพสามารถแยกประเด็นอภิปรายดังต่อไปนี้

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.15$) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขาก้าวสว่าง (2540) สุตารัตน์ วรรณสาร (2541) ไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) อมรรัตน์ พรสมบูรณ์ศิริ & หวานใจ ชาวพัฒน์วรรณ (2545) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความเอาใจใส่และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถแยกประเด็นอภิปรายดังต่อไปนี้

2.2.1.1 การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ ท่านจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่รับประทานได้ (เช่นลักษณะของเม็ดยา สี หรือชื่อของยา) ($\bar{x} = 3.94, S.D. = 0.25$) ท่านมาตรวจตามนัด ($\bar{x} = 3.93, S.D. = 0.26$) เมื่อท่านพบอาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น มีฝ้าขาวในปาก ใช้สูง ท้องเดิน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.50$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนรับประทานยาต้านไวรัส และมีการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสภายหลังทำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษาซึ่งจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรเกี่ยวกับยาที่รับประทาน เช่น ชนิด ขนาดและเวลาที่รับประทานยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา อาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น ตลอดจนการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ครบถ้วน ตรงตามขนาด นอกจากนี้ขณะมาตรวจตามนัดจะมีการตรวจนับจำนวนเม็ดยาทุกครั้งว่ามีการรับประทานยาครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งการให้คำแนะนำในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (ศิริวรรณ ยืนยง และคณะ,

2543; ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ, 2549; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สรภิกษาศาสตร์ และคณะ, 2550; เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ, 2551) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้สามารถจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่รับประทานได้และเมื่อพบอาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาสจึงไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ส่งผลให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้ออยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.81, S.D. = 0.46$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chesney (2003) Golin et al. (2004) Gellaitry et al. (2005) Sidat et al. (2007) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจากทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล แก้ววิจิตร (2548) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกเดือนคิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะมีวิธีการที่จะช่วยเตือนให้รับประทานได้ตรงตามเวลาที่แตกต่างกันอาทิเช่น การศึกษาของภุริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550) ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชานา ประมินทร์ (2549) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการพกยาติดตัวเมื่อต้องเดินทาง คอยดูนาฬิกาเป็นช่วง ๆ รอฟังเสียงเพลงชาติหรือรายการข่าวในช่วงกลางคืน เป็นต้น ซึ่งเป็นเทคนิคที่ผู้ป่วยใช้เตือนตนเองให้สามารถรับประทานยาได้ตรงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sidat et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 100% มีเทคนิคช่วยเตือนตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ตรงเวลา คือ การได้รับข้อความเตือนในโทรศัพท์มือถือจากหน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแล การตั้งนาฬิกาปลุก การใช้กล่องยา เป็นต้น

2.2.1.2 การป้องกันโรคแทรกซ้อน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ รักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน ($\bar{x} = 4.00, S.D. = 0.00$) รักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{x} = 3.98, S.D. = 0.14$) ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.35$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคที่ตนเองเป็นอยู่เป็นโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายของตนเองอ่อนแอและเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจึงต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของตน การสังเกตลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังตื่นนอนและก่อนเข้านอน สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ พรสมบุรณ์ศิริ & หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาบน้ำหรือเช็ดตัววันละ 2 ครั้งเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 71.40 สอดคล้องกับ

การศึกษาของประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชนา ประมินทร์ (2549) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเน้นในเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกายและผิวหนัง การดูแลความสะอาดของช่องปาก รวมถึง การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวให้สะอาด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ สันทัต และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ดี ในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย คือ อาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สอดคล้องกับ Korubo (2006) ที่กล่าวว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรการรักษาความสะอาดร่างกายของตนเองทุกวัน ได้แก่ การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การซักเสื้อผ้าและนำไปตากแดดให้แห้ง การตัดผมและตัดเล็บให้สั้นเสมอ การล้างมือก่อนทำอาหารและหลังจากเข้าห้องน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันคิดเป็นร้อยละ 99.10 รักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวันร้อยละ 96.49 และมีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 88.20 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์การรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันคิดเป็นร้อยละ 96.30 รักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวันร้อยละ 93.50 และมีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 76.60

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายช้อของกลุ่ม ตัวอย่าง ที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี พบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือการใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจแพร่เชื้อโรคมารูตนเอง เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือห่าน ร้อยละ 9.30 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเลี้ยงเป็ดหรือไก่ไว้เป็นสัตว์เลี้ยงและบางรายใช้การเลี้ยงสัตว์เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น แมวหรือสุนัข จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีการคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยงเป็นประจำ เช่น สุนัข เป็ด ไก่ นก คิดเป็นร้อยละ 40.20 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ อุดมพร (2550) ที่พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม คือ ยังคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจแพร่เชื้อโรคมารูท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่ หรือห่าน คิดเป็นร้อยละ 10.30 และ 5.50 ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพหรือเลี้ยงไว้เป็นสัตว์เลี้ยง

พฤติกรรมดังกล่าวบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ ควรมีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

2.2.1.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ไม่มีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.45$) ท่านแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) ($\bar{x} = 3.89, S.D. = 0.32$) ท่านไม่สูบบุหรี่ ($\bar{x} = 3.81, S.D. = 0.70$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องได้รับคำปรึกษาก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและระหว่างที่มารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพควบคู่กับการมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม (อุมาลี แซ่หลี่, 2548) กลุ่มตัวอย่างจึงตระหนักถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยงดการมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยซึ่งจะได้รับแจกทุกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัด การแยกใช้ของส่วนตัว งดสูบบุหรี่ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุธารัตน์ วรณสาร (2541) ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชานา ประมินทร์ (2549) จันทร์เพ็ญ ผือกไร่ (2550) ภูริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550) ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร, & พัชรีย์ ไชยลังการ (2550) วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ (2551) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุกธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskin & Lyons (2000) Tufts, Wessell, & Kearney (2010) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหยุดหรือเลิกการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jones, Weiss, Bhat, & Bwalya (2006) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง โดยการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์และให้ความสำคัญถึงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเองเท่านั้น

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.33, S.D. = 0.40$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) อมรรัตน์ พรสมบุรณ์ศิริ & หวานใจ ชาวพัฒน์วรรณ (2545) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุกธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al. (2006) ที่พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ดี อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น

การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำงานบ้านและรวมถึงแบบแผนการออกกำลังกายทั้งทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ซึ่งให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะยืดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยเอดส์ได้ ทำให้สุขภาพแข็งแรง ร่างกายกระชุ่มกระชวย ทำให้เกิดความเพลิดเพลินสนุกสนานและคลายเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติดา คงแก้ว และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใช้วิธีการออกกำลังกายในการจัดการปัญหาอ่อนเพลียไม่มีแรงมากที่สุดร้อยละ 40.00 ซึ่งผลที่ได้รับคือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพแข็งแรงและสดชื่นขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Calabrese & LaPemiere, 1993; Chesney & Folkman, 1994 cited in Clingerman (2003) ซึ่งพบว่า การมีกิจกรรมทางกายจะเป็นตัวช่วยในการจัดการกับความเครียด ช่วยเพิ่มความจุปอด ส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bopp et al. (2003) Bopp et al. (2004) ที่พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้ระดับ CD_4 ในร่างกายสูงขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความรุนแรงของโรค ไขมันของร่างกายลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดจำนวนเชื้อไวรัสและช่วยให้ภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เมื่อออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลียก็จะพักทันที ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.49) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน ทำความสะอาดร่างกาย รับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดี ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.48) ออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 1.02) สามารถอธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถของร่างกายที่ดีขึ้น (ดังตารางที่ 11 และ 12) อีกทั้งการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จะทำผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าก่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยจะออกกำลังกายตามความเหมาะสมคือ ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกายและใช้เวลาในการออกกำลังกายที่พอเหมาะคืออย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน ซึ่งจะช่วยให้ระดับ CD_4 ในร่างกายสูงขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ลดความรุนแรงของโรค ไขมันของร่างกายลดลง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ลดจำนวนเชื้อไวรัสและช่วยให้ภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Bopp et al., 2003; Bopp et al., 2004) ทั้งนี้เมื่อมีอาการอ่อนเพลียขณะออกกำลังกายผู้ป่วยก็จะหยุดพักทันที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาษณ์ บินทจิตต์ (2544) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุดคือ การหยุดพักเมื่อเกิดอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชานา ประมินทร์ (2549) ศิริวรรณ สันทิต และคณะ (2549) วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและจะมีการออกกำลังกายในรูปแบบที่แตกต่างกัน

ออกไปตามความชอบของแต่ละบุคคล เช่น กายบริหาร เต็นแอโรบิค กระโดดอยู่กับที่ การออกกำลังกายเบา ๆ เป็นต้น ภายหลังจากผู้ติดเชื่อปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวพบว่า สุขภาพของตนแข็งแรงและสดชื่นขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al. (2006) พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื่อเอชไอวีมีการออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อย 20 นาที/ครั้ง และออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีสุขภาพกายและจิตที่ดี (Gielen, McDonnell, Wu, O'Campo, & Faden, 2001 cited in Abel et al., 2006) การออกกำลังกายจะช่วยให้สภาวะทางอารมณ์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีทั้งเพศหญิงและเพศชายดีขึ้น (Ciccolo, Jowers, & Bartholomew, 2004; Eller et al., 2005; Wagner, Rabkin, & Rabkin, 1998 cited in Abel et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskins & Lyons (2000) Clingerman (2003) พบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะมีการออกกำลังกายด้วยการเดินมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวก การออกกำลังกายสามารถลดความเครียดของผู้ติดเชื่อได้ ทำให้รูปร่างดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ติดเชื่อยังมีการออกกำลังกายด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การว่ายน้ำ การยกน้ำหนัก การลูบนึ่ง การออกกำลังกายขณะทำงาน การเต็นแอโรบิค เป็นต้น รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2002) ซึ่งกล่าวว่า การมีกิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายช้อของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 9.30 และไม่มีการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง (จากหนังสือวิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ร้อยละ 3.70 อธิบายได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าการประกอบอาชีพ การทำงานบ้านหรือการมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานก็ถือว่าการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง การเดินหรือการวิ่งเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ทำได้ง่ายจึงไม่มีความจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายเพิ่มเติม สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553) ที่ระบุว่าการทำงานบ้านถือว่าการออกกำลังกายประเภทหนึ่ง โดยการทำงานบ้านหลาย ๆ อย่างที่ต่อเนื่องผสมผสานกัน เช่น รีดผ้านาน 50 นาที กวาดบ้าน 30 นาที หรือเช็ดถูบ้าน 52 นาที สามารถเผาผลาญพลังงานได้ถึง 100-200 กิโลแคลอรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสูตรรัตน์วรรณสาร (2541) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีการปฏิบัติได้บางครั้งเนื่องจากผู้ติดเชื่อกลุ่มนี้ต้องทำงานหนักเป็นประจำทุกวันอยู่แล้วและคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย จึงออกกำลังกายเป็นบางครั้งในวันที่ว่างจากงานประจำและสอดคล้องกับการศึกษา

ของภุริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีวิถีการออกกำลังกายแตกต่างกันไปตามความชอบและความสะดวกของแต่ละคนหรือแม้แต่อาชีพที่ทำอยู่ที่ทำให้ได้มีการออกกำลังกายกำลังทำได้หนึ่งก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีรูปแบบการออกกำลังกายจากการประกอบอาชีพ เช่น ทำนา ทำสวน และรับจ้างต้องใช้แรงงานในการประกอบกิจกรรม ถือว่าเป็นการออกกำลังกายในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งผู้ติดเชื้อระบุว่าเมื่อทำงานมีเหงื่อออกจะรู้สึกร่างกายแข็งแรงและสุขสบาย ไม่ขัดต่อวิถีชีวิตของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoa (2000) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 60.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Clingerman (2003) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 30.80 โดยเป็นกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ การนั่งหรือเดินร้อยละ 15.40 และจากการประกอบอาชีพที่ต้องใช้กำลังร้อยละ 15.40 สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุกธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีการออกกำลังกายร้อยละ 17.30 และไม่มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมร้อยละ 13.60 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีการออกกำลังกายร้อยละ 29.90 และไม่มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมร้อยละ 21.50

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.54$, S.D. = 0.32) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) สุธารัตน์ วรรณสาร (2541) ไพรมาศน์ บินทจิตต์ (2544) อมรรัตน์ พรสมบุญศิริ & หวานใจ ขาวพัฒน์วรรณ (2545) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุกธา (2553) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al. (2006) ที่พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำปรึกษาทั้งในระยะก่อนและขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและการประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เน้นการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และงดอาหารแสลง ที่รับประทานแล้วทำให้เกิดอาการผิดปกติ จะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง (พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์, 2546; Holmes, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความสำคัญกับโภชนาการที่ดี โดยมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจะส่งผลต่อ



การทำงานของร่างกายต่างๆ ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกัน การเติบโตของร่างกายและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอต่างๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงเลือกรับประทานอาหารที่มีองค์ประกอบหลักจากผักพื้นบ้านและมีเส้นใยสูง การรับประทานอาหารท้องถิ่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและย่อยง่าย การรับประทานอาหารรสไม่จัด การหลีกเลี่ยงอาหารแสลงและการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendricks, Mwamburi, Newby, & Wanke (2008) ที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ประเภทผัก ผลไม้และอาหารที่มีไขมันต่ำ จะช่วยให้ดัชนีมวลกายและระดับของ CD₄ ของผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Marston & De Cock (2004) Heredia, Davis, & Amoroso (2005) ที่พบว่า การได้รับวิตามินที่เพียงพอจะช่วยชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์และลดการติดเชื้อด้านไวรัสเอชไอวีในรายที่ได้รับวิตามินอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (2002) ที่กล่าวว่า โภชนาการที่ดีจะทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการระดับดีมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัวจะเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวกับการชั่งครั้งก่อนทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.00, S.D. = 0.00$) ท่านรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ ($\bar{x} = 3.63, S.D. = 0.53$) และท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ($\bar{x} = 3.59, S.D. = 0.57$) อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อประเมินผลการรักษาและติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งในแต่ละครั้งที่มาตามนัดนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการชั่งน้ำหนักตัวร่วมด้วย ทั้งนี้เมื่อมีปัญหา เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงผิดปกติก็จะได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมและแบบแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกรายทราบว่าตนเองเป็นโรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันทำให้ติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ และมีความเชื่อว่าการมีโภชนาการที่ดีนั้นจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายตนเอง สอดคล้องกับกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายข้อพบว่า การชั่งน้ำหนักเป็นระยะเพื่อตรวจสอบอาการของตนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ & สุรัชชานา ประมินทร์ (2549) จันทรเพ็ญ เผือกไร่ และคณะ (2550) ภูริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550) วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จะเน้นการรับประทานอาหารเช้า ปรุงสุกใหม่ ๆ รับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ครบ 3 มื้อ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารแสลง บริโภคน้ำดื่มที่สะอาดในปริมาณมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoa (2000) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการชั่งน้ำหนักทุก ๆ เดือนคิดเป็นร้อยละ 25.20 และมีการชั่งน้ำหนักตัวทุก ๆ 3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 38.70 รวมทั้งยัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskins & Lyons (2000) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การรับประทานผักและผลไม้ วิตามิน เกลือแร่ การรับประทานอาหารเสริม การรับประทานน้ำผลไม้ การดื่มน้ำแร่ เป็นต้น โดยเชื่อว่าอาหารเหล่านี้จะช่วยเพิ่มพลังงานแก่ร่างกาย ทำให้อารมณ์ดีขึ้นและเพิ่มความต้านทานของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sidat et al. (2007) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 100% มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว จะมีการเปรียบเทียบกับครั้งที่ชั่งน้ำหนักครั้งก่อน รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ (ได้แก่ ข้าว และแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ และการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 100.00, 70.00 และ 79.10 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัวจะมีการเปรียบเทียบกับครั้งที่ชั่งน้ำหนักครั้งก่อน รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ และการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 81.30, 49.50 และ 54.20 ตามลำดับ

2.2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.13$, S.D. = 0.44) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) สุตารัตน์ วรรณสาร (2541) ศิริวรรณ ยืนยง (2543) ไพรมาศน์ บินทจิตต์ (2544) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) Abel et al. (2006) Riley et al. (2008) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นส่งผลให้ภาพลักษณ์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเข้าสู่สังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีการดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนคนปกติ มีการออกไปพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง การร่วมงานกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ตามโอกาส ทั้งนี้เพราะการมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ยอมเข้าสู่สังคม ไม่มีแรงออกไปพบปะผู้คน กลัวผู้อื่นรู้ว่าตนเป็นเอดส์ (กาญจนศรี สิงห์ภู, 2548; Lego, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของจามจรี แซ่หลู และคณะ (2545) สุตจิตร แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา, & อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวเพื่อนบ้านและสังคมรู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวี กลัวสังคมรังเกียจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray (1999) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกกลัวการถูกตีตรา จากสังคมมากกว่ากลัวการเสียชีวิต การทำตัวเหมือนเดิมปกติที่สุดที่เคยปฏิบัติอยู่ การเข้าสู่สังคมและร่วมงานเหมือนเดิม จึงเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อปกปิดตนเองไม่ให้

เพื่อนบ้านและสังคมรู้ ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวัฒนธรรมการดูแลตนเองเพื่อดำรงสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540; สุตจิตร แก้วมณี และคณะ, 2549) ประกอบกับในปัจจุบันมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทำให้ประชาชนคุ้นเคยและเข้าใจเรื่องโรคเป็นอย่างดี ส่งผลให้สังคมยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมได้เป็นอย่างดี (ศิริวรรณ ยืนยง, 2543; รัชณี ภูริสสัย, 2545; Gellaitry et al., 2005) อีกทั้งการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากญาติพี่น้องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (วรารณ บุญเชียง และคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy, Robert, Martin, Marelich, & Hoffman (2000) Roberts (2002) Chesney (2003) Sidat et al. (2007) ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Molassiotis et al. (2002) ซึ่งพบว่า การได้รับคำปรึกษาจากกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันจะช่วยลดความเครียดด้านจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนช่วยชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรงได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมากที่สุดเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีตัวอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.78$, S.D. = 0.42) ไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดีสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.52) และไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดีสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.41$, S.D. = 0.71) อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่หรือญาติพี่น้องเป็นแหล่งอิทธิพลพื้นฐานระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al. 2002) ซึ่งบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นเอดส์ กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโสด บุคคลที่ให้ความสำคัญมาก ได้แก่ บิดา มารดา ญาติสนิท หรือคู่รัก ส่วนผู้ที่สมรสแล้วมักจะมีคู่สมรสและบุตรเข้ามาเกี่ยวข้อง การตระหนักในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจไปสู่การกระทำการดูแลสุขภาพของตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของวรารณ บุญเชียง และคณะ (2551) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลและปฏิบัติตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ บุคคลรอบข้าง เพื่อน บริการทางด้านสาธารณสุข ชมรมที่ผู้ติดเชื้อเป็นสมาชิก โดยสิ่งเหล่านี้จะเป็นแหล่งความรู้ (ข้อมูลข่าวสาร) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Malcolm, NG, Rosen, & Stone (2003) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีแก่ครอบครัว ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวจะช่วยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tufts et al.

(2010) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskins & Lyons (2000) ที่พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านของตน ซึ่งผู้ติดเชื้อมองว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์และความรักจากคนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ, เพชรไสว ลี้มตระกูล & อุบลรัตน์ ตีพร้อม (2545) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องและเพื่อนอยู่เป็นประจำ และยังเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โดยปฏิบัติตัวให้เหมือนปกติก่อนที่จะติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยให้ชุมชนรับทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) สุทธิรัตน์ บุษติ (2544) รัชณี ภูริสัจย์ (2545) ชุตินันท์ โคตรทัศน (2551) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีการปกปิดการติดเชื้อกับบุคคลในชุมชน เพื่อป้องกันการไม่ยอมรับจากสังคมและทำให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอยู่ในเกณฑ์ดีคือ ยังคงไปมาหาสู่ มีการสังสรรค์ สนทนากับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2002) ที่กล่าวว่า การติดต่อและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การพูดคุยพบปะอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าแห่งตน สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ไม่ได้แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันร้อยละ 7.40 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมีการปกปิดผลการติดเชื้อเอชไอวีและจะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจ บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรที่ผู้ป่วยเข้าไปรับบริการจากองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่ทำงานด้านเอดส์เท่านั้น (รัชณี ภูริสัจย์, 2545) อีกทั้งเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจหรือปัญหาในการดำเนินชีวิตมักจะจัดการปัญหาด้วยตนเองก่อนจึงปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างจะปรึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพมากกว่าพูดคุยปัญหาส่วนตัว เนื่องจากไม่ยากเปิดเผยเรื่องส่วนตัวให้ผู้อื่นทราบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskins & Lyons (2000) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการปกปิดผลเลือดของตนเพื่อคงสัมพันธภาพที่ดีของตนเองกับสังคมไว้ โดยจะมีการเปิดเผยผลเลือดเฉพาะกับบุคคลที่ตนเองไว้ใจเท่านั้น เช่น มารดา ญาติและเพื่อนสนิท เนื่องจากกลัวว่าสัมพันธภาพจะเสียไป กลัวถูกรังเกียจ กลัวถูกตีตราจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ สันทัด และคณะ

(2549) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อจะไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อให้ผู้ใดทราบ โดยให้เหตุผลว่าไม่กล้าบอกพ่อแม่ เพราะกลัวจะเสียใจ ยอมรับไม่ได้ และมีความทุกข์จนกระทั่งอาจจะล้มป่วยลง ไม่กล้าบอกเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องเพราะกลัวถูกต่อต้าน ถูกรังเกียจ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร เหล่าอรรค (2540) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขณะรอรับการตรวจจะไม่มี การพูดคุยเรื่องการติดเชื้อเอดส์ของตนกับบุคคลอื่นมากถึงร้อยละ 75.80 สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อที่เกี่ยวกับการพูดระบายความทุกข์และความวิตกกังวลใจกับบุคคลที่ไว้วางใจและการพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่า การพูดคุยกับผู้ติดเชื้อระหว่างรอตรวจมีระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยอมพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่น ๆ เพราะไม่รู้จัก สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา (2553) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันร้อยละ 67.20 ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ชี้ให้เห็นว่ามีประโยชน์ในการสร้างเสริมแรงใจและกำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการได้บำเพ็ญประโยชน์แก่ผู้อื่นและการได้รับกำลังใจกลับคืนมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ในการปฏิบัติตนกับผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง ทำให้มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (กมลวรรณ หวังสุข, 2541; รัชณี ภูริสสัย, 2545; ธมสวรรณ เหลืองเจริญกุล, 2545; อรทัย จินดาไตรรัตน์, 2548; วราภรณ์ บุญเชิษ และคณะ, 2551; Gaskins & Lyons, 2000; Molassiotis et al., 2002; Coursaris & Lui, 2009; Tufts et al., 2010)

2.2.5 พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.30) สอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาษณ์ บินทจิตต์ (2544) เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดีและดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuck et al. (2001) Abel et al. (2006) Cotton et al. (2006) Riley et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายและประพฤตินให้มีคุณค่า สามารถประกอบอาชีพหรือการมีหน้าที่การงานที่ดี เนื่องจากเมื่อได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วทำให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะตัดสินคุณค่าในตนเองจากการที่สามารถทำงานหารายได้ เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ดั้งเดิมจึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545; วงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ, 2548;) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่หลายครั้งในระบบการเข้ารับคำปรึกษาและการรักษาพยาบาล



ผู้ป่วยจึงมีการเตรียมความพร้อมพร้อมกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuck et al. (2001) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 98.10 ความเชื่อทางศาสนาโดยเฉพาะการปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนา การมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกด้านจิตวิญญาณที่จำเป็นในการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ภารตินานา ศิลป์ & พรรณวดี ดันติศิริพันธ์, 2543; อรัญญา รักษาบ, เพลินพิศ ฐานวิวัฒนานนท์, กิตติกรนิลมานัต, & อังศุมา อภิชาติ, 2550; Cotton et al., 2006; Scarinci, Griffin, Grogoriu, & Fitzpatrick, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับ Spector (2004 cited in Peu et al., 2008) ที่กล่าวว่า ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย วัฒนธรรมและศีลธรรมเป็นตัวกำหนดความเข้มแข็งภายในจิตใจของบุคคล ศาสนาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการปล่อยวางและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (จรรยา สุทธิญาโน, 2543; อรัญญา รักษาบ และคณะ, 2550) รวมทั้งช่วยให้บุคคลมีการเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ได้ (Andrew & Boyle, 2003 cited in Peu et al., 2008) นอกจากนี้ Scarinci et al. (2009) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับ CD₄ cell count และการมีภาวะสุขภาพทางกายที่ดี (Phillip, Mock, Bopp, Dudgeon, & Hand, 2006)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี ($\bar{x} = 3.91, S.D. = 0.29$) ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี ($\bar{x} = 3.87, S.D. = 0.34$) ประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.38$) และท่านดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย ($\bar{x} = 3.83, S.D. = 0.38$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีคุณค่าคือ คู่สมรส พ่อแม่และญาติพี่น้อง ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี รวมทั้งให้ความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และประกอบอาชีพได้เป็นอย่างดี (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540; ศิริวรรณ สันทัต และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติงานที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างเต็มความสามารถอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตรายข้อคือ ประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความภาคภูมิใจในตนเองมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปตามอัตรภาพของตน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ภูริสัทย์ (2545) วราภรณ์ บุญเชี่ยง และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คนอื่น ๆ ตลอดจนจนเป็นอาสาสมัครในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ จึงรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่า รวมทั้งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Tufts et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ยอมรับสภาพได้จะช่วยให้ผ่อนคลายจากความเครียดและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การสวดมนต์ การเข้าโบสถ์ กิจกรรมดังกล่าวสามารถช่วยส่งเสริมจิตวิญญาณของผู้ติดเชื่อเอชไอวีแล้วยังสามารถช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้อีกด้วย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Peu et al. (2008) ซึ่งพบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของครอบครัวที่มีเด็กกำพร้าจากการที่พ่อแม่เสียชีวิตจากการติดเชื่อเอชไอวี ได้แก่ การสวดมนต์ การเข้าโบสถ์และการมีกิจกรรมทางด้านศาสนา ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cotton et al. (2006) ที่พบว่า ภายหลังจากที่ทราบว่าได้ติดเชื่อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านศาสนาและจิตวิญญาณ โดยจะให้ความสำคัญกับศาสนาและจิตวิญญาณมากขึ้น เพราะมีความเชื่อว่าศาสนาและจิตวิญญาณจะช่วยส่งเสริมให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ยืนยาวมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอริญญา รักษาบ และคณะ (2550) ที่พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Scarinci et al. (2009) ที่พบว่า กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื่อเอชไอวีมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การสวดมนต์ตามลำพัง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและการฟังเพลง ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติดา คงแก้ว และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใช้วิธีการทำสมาธิในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณได้แก่ รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่าและรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมายร้อยละ 21.30, 22.40 และ 20.00 ตามลำดับ ซึ่งผลที่ได้รับทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่านและจิตใจสงบขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Furler, Einarson, Walmsley, Millson, & Bendayan (2003) ที่พบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะมีกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ/การสวดมนต์ร้อยละ 47.1 การฝึกสมาธิร้อยละ 26.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kempainen et al. (2003) ที่พบว่า การสวดมนต์เป็นวิธีการหนึ่งของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นำมาใช้จัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวได้ถึงร้อยละ 51.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dalmida, Holstad, Dilorio, & Lademan (2009) ที่พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่าร้อยละ 50 มีการสวดมนต์และทำสมาธิเป็นประจำทุกวัน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ได้มีการประกอบกิจกรรมทางศาสนาคิดเป็นร้อยละ 1.90 โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากต้องประกอบอาชีพจึงไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาต่าง ๆ (เบญจมาภรณ์ ชุมแสง, 2553; ลัดดา พลพุทธา, 2553)

2.2.6 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.45$, S.D. = 0.44) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเสนา แก้วสว่าง (2540) ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) เบนจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของอยู่ในระดับดีและดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al. (2006) ที่พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดที่ดี อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดระบายหรือปรึกษาปัญหากับสามีหรือภรรยา สำหรับในรายที่มีสถานภาพโสดก็จะปรึกษาคนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของภารดี นานาคิลป์ & พรรณวดี ตันติศิริพันธ์ (2543) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้วิธีการแก้ปัญหา โดยการปรึกษาหารือกับบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา สุขกำเนิด และคณะ (2545) Hoa (2000) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีการคลายเครียดคือ การปรับทุกข์กับผู้ที่ไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิมา กุสุมา ณ ออยุธยา & อรทัย โสมนรินทร์ (2541) Gray & Carson (2002) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.10 นับถือศาสนาพุทธ จึงได้นำหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นสิ่งลดและคลายความเครียด เช่น การไปวัดทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบ ยอมรับความจริงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและปรับตัวกับสิ่งที่มาคุกคามได้ รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องผ่านการให้คำปรึกษาทุกราย (สรกิจ ภาคีชีพ และคณะ, 2550) จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ ผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ) ($\bar{x} = 3.70$, S.D. = 0.50) ท่านยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.51) และเมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนัก ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.55) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถทำได้สะดวกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก รวมทั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจก็จะปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว เป็นการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสามารถเผชิญความเครียดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเบนจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ดี เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับ

บุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบคิดเป็นร้อยละ 65.40 สามารถยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ร้อยละ 54.20 และเมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนักร้อยละ 57.90 และสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ดี เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบคิดเป็นร้อยละ 99.50 สามารถยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ร้อยละ 91.80 และเมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนักร้อยละ 86.40 สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีคลายเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของภุริชญา บุรินทร์กุล (2547) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฟังเพลง ไปเที่ยว พูดคุยเพื่อให้ได้ระบายสิ่งที่ไม่สบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจามจุรี แซ่หลู่ (2543) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี มีวิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเครียดโดยยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ไม่คิดเรื่องเครียด ระบายความเครียด อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ สัตถัน และคณะ (2549) ที่พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อเกิดความเครียด จะใช้วิธีการต่างๆ หลายวิธีร่วมกันในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ พาบุตรไปเดินเล่น บางรายใช้วิธีการปล่อยวาง ไม่สนใจ ไม่เก็บมาคิด ทำให้ใจสงบ โดยการสวดมนต์ บางรายปรึกษาหรือระบายความรู้สึกกับสามี สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติดา คงแก้ว และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีการคลายเครียดโดยการทำสมาธิร้อยละ 21.10 รองลงมาฟังดนตรี/ฟังเพลงร้อยละ 20.00 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ บุญเชียง และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถดำรงชีวิตได้นานมากกว่า 10 ปี มีการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการยอมรับสภาพการติดเชื้อของตน การพูดระบายกับผู้ติดเชื้อด้วยกัน การสวดมนต์ การทำสมาธิ สิ่งเหล่านี้ทำให้ภาวะจิตใจและอารมณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสภาพดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Riley et al. (2008) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การพูดระบายกับบุคคลอื่น การออกกำลังกาย การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2002) ที่กล่าวว่า การจัดการความเครียดเป็นการกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี พบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.70 ที่เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้ปรึกษากับบุคคลอื่นหรือหาแหล่งช่วยเหลือ

ในการจัดการกับความเครียดนั้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความเครียดจะเก็บไว้คนเดียว เพราะไม่ยอมให้คนอื่นต้องมาทุกข์ใจกับตน บางรายไม่ได้ปรึกษากับบุคคลคนอื่นเพราะไม่ยอมให้ทราบว่าตนเองติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้ปรึกษากับบุคคลอื่นหรือหาแหล่งช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดนั้นคิดเป็นร้อยละ 6.50 และ 8.20 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา วงศ์ชู (2541) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การปรึกษาพูดคุย การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมรอบข้าง การพูดคุยระบายความเครียด ความกลัวหรือความวิตกกังวลใจกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี เขมะวนิช (2541) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการพูดระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาและความทุกข์คิดเป็นร้อยละ 13.16 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 15.10 ไม่เคยเล่าหรือระบายเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจให้กับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดฟัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Eller et al. (2005) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเรียนรู้วิถีในการจัดการกับความเครียดหรืออาการซึมเศร้าที่พบบ่อยที่สุดคือ การลองผิดลองถูกด้วยตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าการพูดคุยกับบุคคลอื่นเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดร้อยละ 21.00 ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Lewis & Brown (2002) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่นเพศหญิงจะมีวิธีการเผชิญปัญหาโดยการพูดคุยหรือระบายกับบุคคลอื่น ได้แก่ นักบวช/พระ อาจารย์/ผู้ให้คำปรึกษา และบิดา ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.13, 1.96 และ 1.80 ตามลำดับ

จากการศึกษารั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับ Pender et al. (1987, 1996, 2002, 2006) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของบุคคล ซึ่งระยะเวลา 10 ปี เป็นช่วงระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเกิดการเรียนรู้ ความรู้และทักษะที่จะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนให้เป็นไปในทางที่ดี แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่ายังมีประเด็นปัญหาที่บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ควรส่งเสริม สนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยในเชิงรุก เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ยั่งยืน อันจะส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการต้อยาในอนาคต ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป