

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประกอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

#### 1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.1 ความหมาย

1.2 การดำเนินโรค

1.3 อาการ และอาการแสดงทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.5 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1.6 สถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดพิจิตร

#### 2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Concepts)

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง : การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

#### 1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

##### 1.1 ความหมาย

เอดส์ (AIDS : Acquire Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่มีได้เกิดขึ้นโดยกำเนิดแต่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV : Human Immunodeficiency Virus) เข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที-เฮลเปอร์ ลิมโฟไซต์ มีผลทำให้เกิดความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่งจะทำให้มีการติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ และยังทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ง่ายอันเป็นสาเหตุของการตายของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาท

เชื้อเอชไอวีอยู่ในตระกูลเรโทรไวรัส (retrovirus) มีจีโนมเป็นอาร์เอ็นเอ (RNA) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เอชไอวีชนิดที่ 1 (HIV-1) และ เอชไอวีชนิดที่ 2 (HIV-2) การระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกส่วนใหญ่เป็นการระบาดของเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงการระบาดของเชื้อเอชไอวี จึงหมายถึงเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1

เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ 3 ทางคือ 1) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี 3) จากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วติดต่อไปสู่บุตร

การติดเชื้อเอชไอวี ในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา การระบาดส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ในประชากรรักร่วมเพศ และจากเข็มฉีดยาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ส่วนในทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้และเอเชีย การระบาดส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ในประชากรรักร่วมเพศ (พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ, 2548. หน้า 1133 ; Wikipedia. Inc, 2006. online)

การที่บุคคลได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่เซลล์โดยจะจับกับ ซีดีโฟร์ ซึ่งเป็นเซลล์เป้าหมาย โดยไวรัสใช้โปรตีนจีพี 120 (gp120) บนผิวของเซลล์ จับกับแอนติเจนซีดีโฟร์ บนผิวของทีเซลล์ (T-cell) เชื้ออาจเข้าสู่เซลล์โดยกลไกทางอื่นได้อีก เช่น จีพี 120 จับกับกลัยโคไลปิด (glycolipid) บนผิวเซลล์ที่ไม่มีแอนติเจนซีดีโฟร์ ทำให้เกิดการหลอมตัว (fusion) และสร้างรู (pore) เชื่อมระหว่างไวรัสกับเซลล์เมมเบรน หลังจากเชื้อเอชไอวีเข้าไปในเซลล์แล้วจะใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) ของตัวไวรัสเอง เปลี่ยน อาร์เอ็นเอ ให้เป็น ดีเอ็นเอ เพื่อที่จะรวมตัวกับดีเอ็นเอของเซลล์ของร่างกาย จีโนมของเชื้อเอชไอวีจะแฝงตัวอยู่ในทีเซลล์ จนกว่าทีเซลล์จะถูกกระตุ้น เมื่อทีเซลล์ถูกกระตุ้น จะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน และทำให้จีโนมของเชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตามไปด้วย เชื้อเอชไอวีที่สมบูรณ์จำนวนมากจะถูกสร้างขึ้น และปลดปล่อยออกจากทีเซลล์เหล่านั้นเพื่อไปเข้าซีดีโฟร์ตัวอื่น ๆ ต่อไป ทำให้เซลล์ซีดีโฟร์ในร่างกายติดเชื้อและอาจถูกทำลายลงในเวลาอันรวดเร็ว การลดจำนวนของซีดีโฟร์ เป็นผลจากกลไกหลายประการได้แก่ การเกิดพยาธิสภาพเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโดยตรง การกำจัดเซลล์ติดเชื้อโดยระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาสมดุลของเซลล์ของร่างกาย การออกฤทธิ์ของสารไซโตไคน์ (cytokines) และการทำลายตนเองของเซลล์ (apoptosis) (เขาวรัตน์ อินทอง และคณะ, 2544. หน้า 1-11; ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546. หน้า 47-57; Klatt, 2005. online)

การที่ซีดีโฟร์ลดลงอย่างมากมีผลทำให้เกิดการบกพร่องของภูมิคุ้มกัน ชนิดทีเซลล์ ก่อให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ จากแบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส เชื้อรา ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ และหรือทำให้เกิดมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi sarcoma) หรือมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (B-cell lymphoma) ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547; พรรณทิพย์ ฉายากุล, และคณะ, 2548; สมนึก สังฆานุกาพ, 2549. หน้า 39-59; Wikipedia Foundation, Inc, 2006. Online)

## 1.2 การดำเนินโรค

จันทพงษ์ วะสี (2541, หน้า 87-95) และพิไลพันธ์ พุทธิวัฒนะ (2541, หน้า 2.41-2.42) ได้แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามลักษณะการดำเนินโรคเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ติดเชื้อ (Typical progressors) ที่มีการดำเนินโรคลายเป็นเอ็ดส์ในระยะเวลาประมาณ 8-10 ปีโดยเฉลี่ย พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ ร้อยละ 80-90 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Primary infection) จะมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เรียกว่า กลุ่มอาการการติดเชื้อไวรัสเฉียบพลัน (Acute retroviral Syndrome) ใช้ระยะเวลาในการแสดงอาการหลังการติดเชื้อ ประมาณ 3-6 สัปดาห์ โดยมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย มีผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดข้อ เจ็บคอ ซึ่งคล้ายกับอาการของไข้หวัดใหญ่ อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่ภายใน 9-12 สัปดาห์ ในระยะติดเชื้อเฉียบพลัน จะยังตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อ เอชไอวี ในระยะนี้เรียกว่า ระยะแฝง (Window period) แต่จะพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมาก (พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ, 2548. หน้า 1139)

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อไม่แสดงอาการ (clinical latency or asymptomatic infection) หมายถึง ระยะเวลาหลังจากที่อาการของระยะติดเชื้อเฉียบพลัน สิ้นสุดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่แสดงอาการเป็นเวลานานหลายปี โดยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี จึงเริ่มแสดงอาการของโรคเอ็ดส์ จะพบเชื้อไวรัสเอชไอวีมีการเพิ่มจำนวนตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อโดยเฉพาะในต่อมน้ำเหลือง (lymphoid tissues) และจะพบว่าปริมาณภูมิคุ้มกันจะค่อย ๆ ลดจำนวนลง เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะน้อยกว่าในต่อมน้ำเหลืองมาก และเมื่อเข้าสู่ตอนกลางของระยะไม่แสดงอาการ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะไม่ต่างจากในต่อมน้ำเหลืองมากนัก

**ระยะที่ 3** ระยะแสดงอาการของโรคเอดส์ (clinically apparent disease or symptomatic disease progression) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อ 8-10 ปี มีการเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่องของเชื้อไวรัสในต่อมน้ำเหลืองอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการของโรคเอดส์ และพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำได้บ่อย ๆ หรือเกิดเนื้องอก หรือทั้งสองอย่าง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง หรือเป็นมะเร็งหลอดเลือด หรือแสดงอาการของระบบประสาท อาการเหล่านี้มักนำมาก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย

**กลุ่มที่ 2** ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการอย่างรวดเร็ว (Rapid Progressors) หมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการดำเนินโรคลายเป็นเอดส์อย่างรวดเร็ว ระยะเวลาในการแสดงอาการโรคเอดส์เกิดขึ้นภายใน 2-3 ปี โดยเฉลี่ยหลังตรวจพบแอนติบอดี ในคนกลุ่มนี้พบการสูญเสียการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน และระดับแอนติบอดีต่อโปรตีนต่าง ๆ ของเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ จะพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับสูง พบได้ในผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 5-10

**กลุ่มที่ 3** ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการของโรคเป็นเวลานาน (long-term nonprogressors) หมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 10 ปี โดยไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ ไม่พบอาการป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนภูมิคุ้มกันมากกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร และไม่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้จะมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับที่ต่ำมาก และระบบภูมิคุ้มกันยังทำหน้าที่เป็นปกติ พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 5

เกียรติ รัชรัฐธรรม (2541, หน้า. 11) ได้แบ่งประเภทผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการของโรคเป็นเวลานาน (long-term nonprogressors) ออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1) Long-term nonprogressors คือผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคที่ช้ามากหรือคงสภาพเดิม (คือไม่มีอาการของโรค และระดับภูมิคุ้มกันมากกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร) โดยไม่มีการดำเนินของโรคเลย พบน้อยกว่าร้อยละ 5 ผู้ติดเชื้อประเภทนี้จะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในระดับต่ำมาก และมีระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งๆที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประเภทที่ 2) Long-term Survivors คือผู้ติดเชื้อที่อยู่ได้นานกว่า 10-15 ปีภายหลังการติดเชื้อโดยไม่ได้รับการรักษา ไม่คำนึงถึงระดับภูมิคุ้มกันและการดำเนินโรคฉวยโอกาส และจะพบผู้ติดเชื้อบางรายมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร แต่ยังมีสภาพของโรคคงที่เป็นเวลานานหลาย ๆ ปีได้

### 1.3 อาการและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ภายหลังการได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการลดลงของจำนวนซีดีโฟร์ ลิมโฟรซัยท์ เฉลี่ยปีละ 50-70 เซลล์ พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ (2548. หน้า 1140 -1141) และ Wikipedia Foundation, Inc (2006. Online) ได้แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามอาการ และอาการแสดงทางคลินิก เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์ว่า ผู้ป่วยระยะใดควรมีอาการทางคลินิกหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใดบ้าง และในทางกลับกันเมื่อมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการทางคลินิก ก็พอจะคาดคะเนถึงระดับภูมิคุ้มกันได้ว่าควรอยู่ระดับใด โดยสามารถแบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามลักษณะทางคลินิกได้เป็น 4 ระยะ คือ ระยะ Early-stage คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกันมากกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ นอกจากอาจมีต่อมน้ำเหลืองโตเล็กน้อย ถ้ามีอาการมักเป็นทางผิวหนัง เช่น โรคหน้าลอกหรือเซบเดิม (seborrheic dermatitis) บางรายมีเชื้อราที่เล็บเรื้อรัง บางรายมีแผลร้อนในในช่องปาก มีฝ้าขาวข้างลิ้น และในผู้ที่เป็โรคสะเก็ดเงินอยู่เดิมอาจถูกกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น ระยะ Mid-stage คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกันอยู่ระหว่าง 200-500 เซลล์/ไมโครลิตร อาจมีอาการหรือไม่มีอาการทางผิวหนังหรือเยื่อช่องปาก แต่ในบางรายจะพบเริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศได้บ่อย เป็นงูสวัดหรือเชื้อราในปากและช่องคลอด มีอาการท้องเสียบ่อย มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ และน้ำหนักลดโดยไม่มีสาเหตุ และบางรายมีอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ และมักพบไซนัสอักเสบเรื้อรัง หรือปอดอักเสบจากแบคทีเรียบ่อยขึ้น โดยเป็นเชื้อที่มักพบในคนปกติ ระยะ Advance-stage คือ ผู้ติดเชื้อที่มีระดับภูมิคุ้มกันระหว่าง 50-200 เซลล์/ไมโครลิตร เป็นผู้ป่วยเอดส์ตามนิยามของ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) เพราะระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่องทำให้มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ที่พบมากได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี การติดเชื้อราในปากและหลอดอาหาร วัณโรคปอดหรือนอกปอด จะพบผู้ป่วยในระยะนี้มาด้วยอาการผื่นผิวหนังอักเสบเป็นจำนวนมาก บางรายมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve palsies) พยาธิในสมอง (Toxoplasmosis) ไซสันหลังอักเสบ และปลายประสาทเสื่อม จอประสาทตาอักเสบจากเชื้อซีเอ็มวี (CMV retinitis) และสูญเสียการมองเห็น ในผู้หญิงอาจพบปัญหามะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลาม และระยะ End-stage คือผู้ติดเชื้อที่มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร เป็นระยะสุดท้ายของโรค มักมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนที่กล่าวแล้ว และยังติดเชื้อจุลชีพได้ง่ายขึ้น เช่น จอประสาทตาอักเสบจากเชื้อซีเอ็มวี ทำให้สูญเสียการมองเห็น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา การติดเชื้อ Histoplasma แบบแพร่กระจาย (disseminated histoplasmosis) บางรายมีการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia

complex หรือ ADC) มีความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า หรือบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ เมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมมากมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 เรียกว่าภาวะนี้ว่า HIV Wasting Syndrome

#### 1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และเผชิญกับความกลัว ความไม่แน่นอนในอนาคต ถูกรังเกียจจากคนรอบข้างและสังคม ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีไม่เพียงเป็นเรื่องของปัญหาด้านสุขภาพ แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (จิตรลดา รัตนพันธ์ และคณะ, 2547; ชูตินันท์ นัยแสง, 2545; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540; รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย สภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยภายหลังการรับเชื้อในระยะแรก ๆ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย มีผื่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ต่อม้ำเหลืองโต ซึ่งพบอาการเหล่านี้ได้หลังรับเชื้อ 2-4 สัปดาห์ และตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี หลังการติดเชื้อประมาณ 3 สัปดาห์ขึ้นไป (พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ, 2548) หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินโรคเร็วและช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อเอง (Host genetic) จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) และการดูแลตนเอง การลดปัจจัยเสี่ยงในการรับเชื้อเพิ่ม เช่น การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การไม่ใช้เข็มฉีดยาและของมีคมร่วมกับผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้เวลาเฉลี่ยจากการเป็นผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ จนเป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการเฉลี่ย 8-10 ปีหลังได้รับเชื้อ (เกียรติ รัชกรรุ่งธรรม, 2541. หน้า 11; จันทพงษ์ ะสี, 2541. หน้า 93) และระยะเวลาจากการติดเชื้อจนซีดีโฟร์ น้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร ประมาณ 6.9 ปี (พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ, 2548. หน้า 1137) โดยจะเริ่มแสดงอาการ เช่น มีเชื้อราที่เล็บเรื้อรัง มีแผลร้อนในในช่องปาก เริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศบ่อย เป็นงูสวัดหรือเชื้อราในปาก ท้องเสียบ่อย มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด หรือมีปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่พบในคนปกติ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ เมื่อภูมิคุ้มกันลดต่ำลงตามการดำเนินของโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยขึ้น เช่น จอประสาทตาอักเสบจากเชื้อซีเอ็มวี ทำให้สูญเสียการมองเห็น ติดเชื้อราที่หลอดอาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ปอดอักเสบจากพีซีพี เกิดวัณโรคปอดและหรือวัณโรคนอกปอด บางรายมีการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตประสาท มีความจำเสื่อม อารมณ์

เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า หรือบางรายอาจมีอาการคลื่นคลั่ง เมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมมากน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้มากมาย ผลข้างเคียงที่สำคัญของยาด้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI (Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors) ที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดผื่นและพิษต่อตับ โดยยาเนวิราพิน (NVP : Nevirapine) พบผื่นได้ ร้อยละ 16 ซึ่งมักเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรก และเกิดตับอักเสบได้ ร้อยละ 12.5 มักเกิดใน 12 สัปดาห์ หลังเริ่มรับประทานยา ส่วนยาเอฟาไวเรนซ์ (EFV :Efavirenz) ทำให้เกิดผื่นได้ ร้อยละ 18 โดยเกิดภายใน 1-3 สัปดาห์แรก นอกจากนี้ยังพบอาการของระบบประสาทส่วนกลาง คือ มึนงง เวียนศีรษะ ผื่นร้าย และนอนไม่หลับ หากรับประทานพร้อมอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดลดลง จากการศึกษาเชิงคุณภาพของสุจิตร์ แก้วมณี และคณะ (2549. หน้า 93) ในเรื่อง อาการและการจัดการกับอาการของผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ พบว่าอาการพบมากที่สุดที่ผู้ป่วยประเมินทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และอาการที่ปรากฏในปัจจุบัน ได้แก่ อาการผื่น/คัน และกังวลเรื่องรูปร่างหน้าตาและผิวพรรณที่เปลี่ยนแปลงไป โดยส่วนใหญ่วิตกกังวลการเกิดความผิดปกติของการกระจายของไขมัน จากการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการผิดปกติของการกระจายไขมันในร่างกายผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยสุจิตรา พุทธรังษี (2545.) พบความชุกของการเกิดความผิดปกติของการกระจายของไขมัน ร้อยละ 17 และจากการประเมินตนเองของผู้ป่วย พบความผิดปกติที่ ใบหน้าได้บ่อยที่สุด รองลงมาได้แก่ ก้น ขา แขนและท้อง ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติของการกระจายของไขมันในร่างกายร้อยละ 93 จะพบความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม ของน้ำตาลหรือไขมันอย่างน้อย 1 อย่าง โดยพบภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 88 มีความผิดปกติของความคงทนต่อกลูโคส ร้อยละ 41 จะมีภาวะคีโตนูริน ร้อยละ 31 และเป็นเบาหวานร้อยละ 21 ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ประมาณร้อยละ 70

ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วิตกกังวลมาก ได้แก่ ภาวะไขมันย่ำที่ (lipodystrophy) โดยมักจะเริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง บริเวณใบหน้า ก่อนเป็นอันดับแรก โดยไขมันบริเวณกระพุ้งแก้มจะบางลง ทำให้แก้มตอพบสังเกตเห็นกระดูกขากรรไกรชัดเด่นขึ้น รวมถึงไขมันบริเวณขมับจะหายไป ทำให้มองเห็นเป็นรอยบุ๋ม เมื่อระยะเวลาผ่านไปหน้าท้องเริ่มใหญ่ขึ้น แขนขาผอมบางลง สังเกตเห็นเส้นเลือดดำชัดเด่นขึ้น ในผู้ชายมักสังเกตเห็นก้นที่เล็กลง ในผู้หญิงมักพบหน้าท้องหรือหน้าอกที่ขยายใหญ่ขึ้น แม้ว่าการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพและความมั่นใจ และยังส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอีกด้วย

จากการติดเชื้อเอชไอวี และการใช้ยาต้านไวรัสที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง ในรายที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยผู้ดูแล และไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ ในปัจจุบันเมื่อมีการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง อัตราป่วยและอัตราตายลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดีขึ้น แต่การใช้ยาต้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เรียกว่า " ภาวะไขมันย่ำยที่ " ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร ซึ่งมีผลต่อร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

#### 1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

นอกจากการติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ดังที่กล่าวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ และจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จริยวัตร คมพัยค์ม์ และคณะ (2541) รายงานผลกระทบด้านจิตใจ ที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อมักจะมีอาการ เสียใจ ตกใจ กังวล ไม่เชื่อ สับสน เครียด และจากการวิเคราะห์งานวิจัยเรื่องเอดส์ของ พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ (2541) พบว่าผู้ติดเชื้อกลัวคนรอบข้างรู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสียและสูญเสียทุกอย่างในชีวิต กลัวตายและมีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของจามจรี แซ่หลู่ (2543) พบว่าผู้ติดเชื้อมีความคิดประชดชีวิตคิดฆ่าตัวตาย ส่วนเรื่องอัตลักษณ์และภาพลักษณ์ พิเศษฎุ คุณวโรตม์ (2545) ได้ทำการศึกษาในเรื่อง อัตลักษณ์และกระบวนการต่อสู้เพื่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV พบว่าผู้ติดเชื้อมองตนเองเปลี่ยนไปในทางลบว่า ตนเองเป็นคนไม่ดี ต่ำต้อยแตกต่างจากคนอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า สูญเสียความมั่นใจ และหวาดระแวงว่าคนอื่นอาจรังเกียจ ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคมที่เคยมี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความหวั่นไหวไม่มั่นใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต รู้สึกไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน และการประกอบอาชีพ ไม่แน่ใจว่า เพื่อนฝูง ครอบครัว นายจ้าง และคนในชุมชนจะแสดงความรังเกียจ ยอมรับตนเอง และครอบครัวได้หรือไม่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความคิดวนเวียน กัดกรุ่นและกังวลมากผิดปกติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และโกรธที่ตนเองต้องตกอยู่ในสภาพที่โหดร้าย โกรธผู้อื่นที่ทำให้ตนเองต้องติดเชื้อ และในผู้ติดเชื้อบางคนมีความคิดประชดสังคม โดยแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น ขณะที่ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นตามการดำเนินโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะรู้สึกผิดทั้งต่อตนเอง

และครอบครัว ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมในอดีตที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ หรือนำโรคเอดส์ไปสู่คนในครอบครัวหรือผู้อื่น และรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องเดือดร้อน ต้องรับภาระในการดูแลตนเอง และถูกเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนรังเกียจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีความรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่ตนเองดำรงอยู่ สูญเสียความหวังในชีวิตและบทบาทในสังคม บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ต้องสูญเสียความสามารถที่ตนเองเคยมี หวาดกลัวถึงผลร้ายของโรคและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความสวยงามและภาพลักษณ์ มณีบุษ ธรรมวัฒน์ (2542) พบว่ากำลังใจทั้งจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สนใจดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักจะกลัวความตาย โดยเฉพาะกลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย กลัวถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแล และกลัวตายอย่างโดดเดี่ยวหรือตายอย่างทรมานจากผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจิตใจ ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและคิดอยากฆ่าตัวตายได้ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540; รจนา วิริยะสมบัติ, 2540)

#### 1.4.3 ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ

การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การที่ภูมิคุ้มกันลดต่ำลงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องหยุดงานเพื่อรักษาตัว จะพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายถูกออกจากรานเนื่องจากมีผลตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีให้ผลบวก หรือถูกออกจากรานเพราะมีการลาหยุดงานบ่อยจากการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาคือ การขาดรายได้ ทำให้ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีต้องอยู่ในสภาพที่พึ่งพาบุคคลอื่น สูญเสียบทบาทหน้าที่จากการเป็นผู้นำครอบครัว หรือผู้หารายได้หลักของครอบครัว มาเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงจากเดิม ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายจากการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของสุธีรา สุนทรระกุล และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ (2547) ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐมพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 3,684.15 บาทต่อคนต่อครั้ง และเป็นค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการรักษาเฉลี่ย 653.87 บาทต่อคนต่อครั้ง ถ้าผู้นำครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีป่วย ภรรยาหรือคนในครอบครัว ต้องเป็นผู้รับภาระในเรื่องการหารายได้มาใช้เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และถ้าป่วยมากจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนในครอบครัวต้องเสียสละในการเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน นับเป็นการสูญเสียด้านแรงงานและเศรษฐกิจของครอบครัว

การติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลกระทบต่อด้านสังคม ซึ่งส่วนใหญ่จะตกอยู่กับผู้ที่มีความเสี่ยงโดยไม่รู้ตัวตัวเองเสี่ยง เช่น เด็กหญิง ภรรยา เนื่องจากเป็นผู้ได้รับผลกระทบ โดยถูก

สังคมตีตราถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง และในบางพื้นที่จะพบเด็กที่มีบิดา มารดาเป็นผู้ติดเชื้อมี ปัญหาเรื่องการเรียน โดยหาโรงเรียนเข้าเรียนไม่ได้ หรือถูกเพื่อนล้อเลียน ทำให้เกิดปัญหาไม่ ยากไปโรงเรียน เพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย ซึ่งผลกระทบที่เกิดกับเด็กและครอบครัว จะกระทบกัน เป็นลูกโซ่ก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ตามมาอีกมากมายในอนาคต

### 1.5 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Agents) หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อ หยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัวของไวรัส โดยการยับยั้งการเกาะจับ และเข้าเซลล์ ยับยั้งขบวนการรีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcription) ไม่ให้มีการเปลี่ยน อาร์เอ็นเอ เป็น ดีเอ็นเอ ยับยั้งไม่ให้เกิดการประกอบตัวเป็นไวรัส และเชื้อไวรัสไม่สามารถออกจากเซลล์ได้

การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส เป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เมื่อใช้ยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสมและถูกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรค เข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 3 ตัวร่วมกัน ตามสูตรยาต้านไวรัสที่เรียกว่า HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) สามารถลด ปริมาณไวรัสเอชไอวี ให้อยู่ในปริมาณที่น้อยจนวัดไม่ได้ และทำให้ปริมาณภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ส่งผล ให้อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้ออวัยวะลดลง ช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลงและอัตราการตาย ลดลงอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การใช้ยาต้านไวรัสมีประโยชน์ชัดเจน แต่มีข้อจำกัดหลายประการ ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ ส่วนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือไม่ได้รับประโยชน์จากยาต้านไวรัส กล่าวคือ ยามีราคาแพง ยาบางชนิดรับประทานยาก มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และส่วนที่สำคัญที่สุดคือ สูตรยาแต่ละสูตรมีระยะเวลาที่ใช้ได้ผลดีจำกัด ในระยะเวลาหนึ่ง หรืออาจกล่าวได้ว่ายาต้านไวรัสแต่ละสูตรมีอายุการใช้งานที่จำกัด เพื่อที่จะ หลีกเลี่ยงความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่จะเกิดขึ้น จึงต้องใช้ยาต้านไวรัสอย่าง ถูกต้องและเหมาะสม

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการพัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ ตามข้อมูลทาง วิชาการของโรคที่มีมากขึ้น โรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ลักษณะที่สำคัญคือ มีการเพิ่มปริมาณของไวรัสเอชไอวีอย่างรวดเร็ว โดยประมาณกันว่ามีการเพิ่ม จำนวนถึง 109 เซลล์/วัน ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สำคัญ จึงเป็นการลดปริมาณไวรัส ให้ได้มากที่สุด และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

นอกจากนี้ การให้ยาต้านไวรัสในระยะเวลาที่เหมาะสมแต่ไม่ช้าจนเกินไป ไม่ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ประโยชน์จากการรักษาน้อยลง ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าไม่ควรให้ยาต้านไวรัสเร็วหรือช้าเกินไป ต้องเลือกจุดที่เหมาะสมที่สุด และควรให้ยาแบบ HAART เสมอ โดยเลือกใช้สูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละราย ประกอบด้วยยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เคยได้รับ และไม่เคยล้มเหลวในการรักษามาก่อน และยาที่เลือกใช้ไม่มีการดื้อแบบข้ามกลุ่ม (cross resistance) ต่อยาที่เคยใช้ และเมื่อเริ่มให้ยาให้เริ่มยาทุกตัวพร้อม ๆ กัน

### 1.5.1 หลักการพิจารณาการใช้ยาต้านไวรัส

การเริ่มให้ยาต้านไวรัส นั้น พิจารณาให้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทุกรายที่มีอาการและความเจ็บป่วยของโรค หรือไม่มีอาการเจ็บป่วยของโรคแต่มีระดับภูมิคุ้มกัน น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร หรือในรายที่มีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด มากกว่า 30,000 เซลล์/ไมโครลิตร (WHO, 2006. online) เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณภูมิคุ้มกัน สูงกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร จะมีโอกาสในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อย ยกเว้นวัณโรคปอด ซึ่งในประเทศไทยเป็นแหล่งที่มีความชุกของวัณโรคสูง

การเริ่มให้ยาต้านไวรัส ควรเริ่มด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะได้รับผลประโยชน์มากกว่าเริ่มให้ยาเร็ว แต่เป็นสูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (สมนึก สังฆานุกภาพ, 2549. หน้า 184) สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2548. หน้า 49) ได้ให้หลักสำคัญในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไว้ดังนี้ สูตรการรักษาต้องง่าย ผู้ป่วยต้องทนต่อยาได้ดี ยานั้นต้องมีพิษน้อย และยาต้องออกฤทธิ์แรงเพียงพอ

ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต้องซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ติดเชื้ออย่างละเอียด ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ติดเชื้อ อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส โรคประจำตัวและ/หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน น้ำหนักตัว ตรวจเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ตรวจระดับภูมิคุ้มกัน ตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด และตรวจการทำงานของตับ ตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคและถ่ายภาพรังสีทรวงอก การประเมินและการตรวจร่างกายที่กล่าวแล้ว เพื่อประเมินระยะโรคและโรคแทรกซ้อนที่อาจมีอยู่ก่อนการให้รักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS – defining illness) 2) มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยกว่า หรือเท่ากับ 250 เซลล์/ไมโครลิตร ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร ทุ่งวัด มากกว่า 1 dermatome มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง อุจจาระร่วงเป็นเวลานานมากกว่า 1

เดือน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว อ่อนเพลียหรือขาดกำลัง (asthenia) นานมากกว่า 1 เดือน ผิวน้ำอวัยวะเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน มีภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ มีอาการไอเรื้อรังหรือปอดบวมมากกว่า 1 เดือน (ยกเว้นวัณโรคปอด)  
 ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตมากกว่า 2 เซนติเมตรอย่างน้อย 2 ที่เป็นเวลามากกว่า 1 เดือน  
 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน ได้มีการนำยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ มาใช้ร่วมกันเป็นสูตรในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสในโครงการ NAPHA ได้แนะนำสูตรยา ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547. หน้า 41-42; รั้งสิมา โสฬ์เลขา, 2549. หน้า 208)

กรณีผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

สูตร 1 สตาวูดีน + ลามิวูดีน + เนวิลาปีน (จีพีไอ-เวียร์)

สูตร 2 แบ่งออกเป็น

สูตร 2.1 สตาวูดีน + ลามิวูดีน + เอฟาไวเรนซ์

ใช้ในกรณีมีอาการข้างเคียง และ/หรือแพ้ยา เนวิลาปีน

สูตร 2.2 ซิโดวูดีน + ลามิวูดีน + เนวิลาปีน

ใช้ในกรณีมีอาการข้างเคียง และ/หรือแพ้ยา สตาวูดีน

สูตร 2.3 ซิโดวูดีน + ลามิวูดีน + เอฟาไวเรนซ์

ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา เนวิลาปีน และ สตาวูดีน

สูตร 3 สตาวูดีน + ลามิวูดีน + อินดินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์

หรือ ซิโดวูดีน + ลามิวูดีน + อินดินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์

กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนให้ใช้ยา สตาวูดีน + ลามิวูดีน + เนวิลาปีน (จีพีไอ-เวียร์) เป็นสูตรแรก

กรณีผู้ป่วยเดิมอยู่ในโครงการ Access to care. ปี 2544 สมัครใจเปลี่ยนสูตรยาให้เป็น สตาวูดีน + ลามิวูดีน + เนวิลาปีน (จีพีไอ-เวียร์)

สมนึก สังฆานุภาพ (2549. หน้า 185) ได้แนะนำการเลือกใช้ยาต้านไวรัส โดย สูตรยาแรกี่ควรเลือกใช้ และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันควรประกอบด้วย NRTI 2 ตัวร่วมกับ PIs หรือ NNRTI 2 ตัว โดยยาในกลุ่ม NNRTI 2 ตัวที่เลือกใช้ ควรมี 1 ตัวที่เป็น สามทีซี อีกตัวอาจเป็น เอแซคที ดีดีไอ หรือ เอบีซี ส่วนการเลือกยาตัวที่ 3 ควรใช้ยาในกลุ่มใดนั้นขึ้นอยู่กับ การพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้ยานั้น ๆ

### 1.5.2 การติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การใช้ยาต้านไวรัสทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้มากมาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง กังวลเรื่องรูปร่างหน้าตาและผิวพรรณที่เปลี่ยนไป เกิดตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ภาวะกรดแลคติกคั่งในร่างกาย และภาวะไขมันย้ายที่ นอกจากนี้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพ สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการตายจากเอดส์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ และตรงเวลา) และรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับประโยชน์จากการรักษาและยาต้านไวรัส จึงต้องมีการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ดังนี้

#### 1) การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

การรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ผลดี และมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณไวรัส ในกระแสเลือด ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส (adherence) มากกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547. หน้า 44; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547. หน้า 10 อ้างอิงจาก Paterson et al, 2000; สมนึก สังฆานูภาพ, 2549. หน้า 186) การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ว่าเคยลืมรับประทานยาหรือไม่ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือสอบถามเวลาในการรับประทานยา ว่ารับประทานยาในเวลาใด และใน 1 สัปดาห์รับประทานยาไม่ตรงเวลากี่ครั้ง โดยวิธีที่ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อยคือ การนับจำนวนเม็ดยา หรือการบันทึกเวลารับประทานยาในบัตรบันทึก เนื่องจากไม่ต้องพึ่งความจำของผู้ป่วย และสามารถตรวจสอบได้ง่าย สะดวกและถูกต้อง

#### 2) การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา ปัจจุบันใช้การวัดปริมาณไวรัส หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า HIV viral load และการวัดระดับภูมิคุ้มกัน โดยดัชนีที่บอกการดำเนินของโรคได้แม่นยำและมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากคือ ปริมาณไวรัส โดยจะพบว่ามี การเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มมีความล้มเหลวของการรักษาเร็วกว่า การลดลงของระดับภูมิคุ้มกัน (สมนึก สังฆานูภาพ, 2549. หน้า 187)

#### 3) การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ในการรับประทานยาต้านไวรัส สิ่ง que ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องดูแลและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น มีอาการไอ มีไข้ต่ำ ๆ ตอนกลางคืน น้ำหนักลด มีฝ้าที่ลิ้นและปากหรือไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย หรือเมื่อยล้าผิดปกติ ต้องคอยสังเกตดูการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง มีแก้มตอบ มีก้อนไขมัน

พอกที่คอ ที่ท้องมีไขมันสะสม ไขมันที่แขนสับ อาการต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรแจ้งให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบเพื่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

4) การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีระดับภูมิคุ้มกันค่อนข้างต่ำ เพราะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังสามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่รอให้การรักษา หรือรอให้ยาต้านไวรัสทำให้ปริมาณระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น จนพ้นระดับที่เป็นความเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด และในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นใหม่ ๆ ในช่วง 3 เดือนแรก ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส จากภาวะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงขึ้นหลังจากได้รับยาต้านไวรัสไปแล้ว และภูมิคุ้มกันที่เพิ่มกับมานั้นสามารถจำโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เคยรักษา และได้ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านมากขึ้น เรียกว่า ภาวะนี้ว่า กลุ่มอาการภูมิฟื้นตัว (IRIS : Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome) ซึ่งมีโอกาสเกิดกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้เกือบทุกชนิด และข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการเกิด IRIS คือ มีระดับภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้นแต่มีอาการอย่างอื่นเพิ่มขึ้นด้วยในทางที่เลวลง (พีระมณ ینگสานนท์ และคณะ, 2549. หน้า 47; สมนึก สังฆานภาพ, 2549. หน้า 188)

### 1.5.3 การจำแนกกลุ่มยาต้านไวรัส

กลุ่ม 1 นิวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (NRTI: Nucleoside reverse transcriptase inhibitor)

ยาในกลุ่ม NRTI ที่มีใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 5 ตัว เรียงตามลำดับการมีให้ใช้ในทางคลินิก คือ ซิโดวูดีน [zidovudine (AZT)], ไดดาโนซีน [didanosine (ddI)], สตาเวอูดีน [stavudine (d4T)], ลามิวูดีน [lamivudine (3TC)], อับาคาเวียร์ [abacavir (ABC)]

ยาทุกตัวในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ ที่เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (reverse transcriptase) และหยุดยั้งการเรียงลำดับสายเบสของดีเอ็นเอ ส่งผลให้ดีเอ็นเอของไวรัสไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถสร้างไวรัสตัวใหม่ได้ โดยทั่วไปแล้ว NRTI จะมีความสามารถในการลดปริมาณไวรัสน้อยกว่ายาในกลุ่ม NNRTI (Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors) และ PIs (Protease inhibitors) ยาในกลุ่มนี้เกือบทุกตัว มีผลข้างเคียงที่ควรจะต้องระวังก่อนที่จะใช้คือ อาจทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกคั่งในร่างกาย (lactic acidosis : ภาวะที่มีระดับแลคติกในเลือด สูงกว่า 18 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ 2 มิลลิโมล/ลิตร ร่วมกับเลือดแดงเป็นกรด) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ค่อนข้างเฉียบพลันและต้องรีบรักษา แม้ว่าจะเกิดขึ้นไม่บ่อย โอกาสในการเกิดผลข้างเคียงนี้จะแตกต่างกันไปในยาแต่ละตัว โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับ ดีโฟรที มากที่สุด และมากขึ้นถ้าใช้ร่วมกับ ดีดีไอ

ซิดอวูดีน [Zidovudine (AZT)] เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีตัวแรก ที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นยาที่กินได้ไม่ยาก โดยเฉพาะในรายที่ระดับภูมิคุ้มกันยังไม่ต่ำมาก ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ อาจพบเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือซีด ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยขึ้นในรายที่อยู่ในระยะของ โรคเอดส์ โดยพบภาวะซีดได้บ่อยกว่า ควรติดตามใกล้ซีดในรายที่ต้องใช้ เอแซดที ร่วมกับยาอื่นที่มีฤทธิ์กดไขกระดูกเช่นเดียวกัน

เอแซดที ยังเป็นยาที่มีข้อมูลมากที่สุดในการใช้เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และลดการติดเชื้อจากอุบัติเหตุในการทำงาน

ไดดาโนซิน [Didanosine (ddI)] สิ่งสำคัญของการให้ยาดี้ดีไอ คือต้องยากับผู้ป่วยว่าต้องรับประทานยาตอนท้องว่างจริง ๆ และรอให้รับประทานยาไปแล้ว 1-2 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารได้ ผลข้างเคียงของยาไดดาโนซินที่พบบ่อย คือ ถ่ายเหลว (ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง) และการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีมากแล้ว และ/หรือได้รับยาอื่นที่มีพิษต่อระบบประสาทร่วมกับ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมาด้วยอาการเหน็บชา เจ็บ หรือปวดบริเวณปลายมือปลายเท้า ประวัติที่เฉพาะมาก คือเวลาเดินจะเจ็บเหมือนย่ำลงบนหนามหรือของมีคม ถ้ายังไม่มีการหยุดยาอาการเหล่านี้อาจเป็นมากขึ้นจนไม่หาย ส่วนตับอ่อนอักเสบจะพบบ่อยขึ้นในรายที่เคยมีตับอ่อนอักเสบมาก่อนหรือดื่มสุราบ่อย ๆ ควรคิดถึง ตับอ่อนอักเสบ เสมอในผู้ป่วยที่กินยา ดี้ดีไอ และบ่นว่าปวดท้อง

สตาวูดีน [Stavudine (d4T)] ดีโฟร์ที เป็นยาที่รับประทานง่าย โดยสามารถให้ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ ผลข้างเคียงที่พบได้เช่นเดียวกับ ดี้ดีไอ คือ การอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลาย ผลข้างเคียงที่พบได้ไม่บ่อยแต่เกิดขึ้นแล้วมีความรุนแรงคือ เกิดภาวะกรดแลคติกคั่งในร่างกาย ถ้าให้การวินิจฉัยช้าและให้การรักษาไม่ถูกต้องจะทำให้อาการผู้ป่วยแย่ลง จนถึงเสียชีวิตได้

ลามิวูดีน [Lamivudine (3TC)] สามทีซี สามารถให้ยาก่อนหรือหลังอาหารได้ เป็นยาที่ไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง มีประสิทธิภาพดีและสามารถลดปริมาณไวรัสได้อย่างรวดเร็ว แต่จะมีการดื้อต่อยาอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะถ้าใช้ยานี้แบบเดี่ยว (monotherapy) หรือ ใช้ยาแบบสองตัวในการรักษา (duotherapy)

กลุ่ม 2 Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI)

NNRTI เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการจับกับจุดที่ใกล้กับเอ็นซัยม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (reverse transcriptase) ส่งผลให้ลดการทำงานของเอ็นซัยม์นี้ ยาในกลุ่มนี้ที่มีใช้ใน

ช  
ค  
607  
A2b  
พธจพ  
2550  
c.2

20 พ.ย. 2550



1,378,509 c.2

สำนักหอสมุด

ปัจจุบันคือ เนวิลาปีน และ เอฟาไวเรนซ์ บทบาทของยาในกลุ่ม NNRTI เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อมีการศึกษาว่าสามารถใช้ทดแทน Pls ได้ในสูตรยา HAART

เนวิลาปีน [Nevirapine (NVP)] เอ็นพีวี เป็นยาที่ทำให้ระดับยา Pls ในกระแสเลือดทุกตัวลดระดับลง เมื่อมีการใช้ร่วมกันต้องมีการเพิ่มขนาดของยา Pls นอกจากนี้ เอ็นพีวี ยังมีปฏิกริยากับยา ไรแฟมปีน (rifampicin) โดยไรแฟมปีน จะลดขนาดยาของ เอ็นพีวี ในขณะที่ยาคีโตโคนาโซล (ketoconazole) และยาด้านจุลชีพในกลุ่ม macrolides จะเพิ่มขนาดยาเอ็นพีวี จึงไม่แนะนำให้ใช้ยาเหล่านี้ร่วมกัน

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดของเอ็นพีวี คือ ผื่น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นใน 6 สัปดาห์แรก โดยพบเป็นผื่นแบบ maculopapular rash ที่ใบหน้า ลำตัวและแขนขา ส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง แต่เนื่องจากมีรายงานผื่นแบบรุนแรงในบางราย ผู้ป่วยรายที่มากด้วยผื่นพร้อมกับอาการอื่น เช่น ไข้ แผลในปาก หรือเป็นผื่นแบบตุ่มน้ำใส (vesicle) ควรจะหยุดยาทันที ผลข้างเคียงที่เป็นพิษต่อตับ พบได้ประมาณร้อยละ 4 จึงควรติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 4-6 เดือนแรก ควรตรวจการทำงานของตับ โดยเฉพาะระดับเอนไซม์เอแอลที (ALT) ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือตัวเหลืองตาเหลือง

เอฟาไวเรนซ์ [Efavirenz (EFV)] อีเอฟวี เป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงสามารถใช้แบบวันละ 1 ครั้ง ต้องรับประทานตอนท้องว่าง และยาอีเอฟวีอาจจะมีปฏิกริยาระหว่างยาเช่นเดียวกับ NNRTI ตัวอื่น ๆ ทำให้รบกวนระดับยา Pls ได้

ผลข้างเคียงที่มักจะพบคืออาการทางระบบประสาท เช่น วิงเวียนศีรษะ ผื่นร้าย เป็นต้น แต่มักเป็นไม่มากและเป็นในวันแรก ๆ ของการเริ่มยา การให้ยาก่อนนอนจะช่วยลดผลข้างเคียงเหล่านี้ได้ การดื้อยาอีเอฟวี เกิดขึ้นได้ง่ายเช่นเดียวกับยา NNRTI ตัวอื่น ๆ โดยเฉพาะถ้าให้ขนาดไม่เพียงพอหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ จึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวังในลักษณะเดียวกัน

กลุ่ม 3 โปรติเอส อินฮิบิเตอร์ (Pls : Protease inhibitors)

ยาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดปริมาณไวรัส เมื่อใช้ร่วมกับ ยา NRTI อีก 2 ตัวพบว่าสามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีเป็นเวลานาน ปัจจุบันมี Pls อยู่ 8 ตัว เรียงตามลำดับการใช้ทางคลินิกคือ ซาคิวินาเวียร์ [saquinavir (SQV)] ริโทรนาเวียร์ [ritonavir (RTV)] อินดินาเวียร์ [indinavir (IDV)] เนลฟินาเวียร์ [nelfinavir (NFV)] แอมรีนาเวียร์ [amprenavir (APV)] ไมมีไนไทย โลพินาเวียร์ [lopinavir (LPV)] อะทาซานาเวียร์ [atazanavir (ATV)] และ โฟร์ซอมรีนาเวียร์ (fosamprenavir) แม้ว่ายาในกลุ่มนี้แต่ละตัวจะมี

สูตรโครงสร้างคล้ายกัน แต่พบว่ามีผลข้างเคียงและเกิดการดื้อยา (resistance profile) แตกต่างกัน การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในยาในกลุ่มนี้ด้วยกันและต่อยาในกลุ่มอื่นจะพบได้บ่อย

PIs จะออกฤทธิ์ยับยั้ง การทำงานของเอนไซม์โปรติเอส (protease) ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้โปรตีนที่ถูกสร้างขึ้นไม่สามารถเปลี่ยนเป็นชิ้นส่วนของเชื้อเอชไอวีได้ อย่างไรก็ตามเชื้อเอชไอวียังสามารถถูกสร้างขึ้น แต่เป็นเชื้อเอชไอวีที่ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื่อต่อเซลล์อื่นได้

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา PIs เป็นที่รู้จักกันดี เนื่องจากเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการใช้ยา โดยเฉพาะผลข้างเคียงที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว เป็นต้น ผลข้างเคียงในระยะยาวที่พบในทางคลินิกหลังจากที่มีการใช้ยา PIs มาระยะหนึ่งคือ พบว่ามีการสะสมไขมันในร่างกายผิดปกติที่เรียกว่า "ภาวะไขมันย่ำยี้" (Lipodystrophy) ผู้ป่วยจะมีไขมันชั้นใต้ผิวหนังที่หน้า แขนและขาลดลง ทำให้แก้มตอมองเห็นหลอดเลือดที่แขนขาชัดขึ้น มีการสะสมไขมันมากขึ้นที่ท้องและคอด้านหลัง มีเต้านมใหญ่ขึ้น ผลข้างเคียงในระยะยาวอื่นที่พบจากการใช้ยา PIs คือ มีการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ และโคเรสเตอรอลในเลือด และมีข้อมูลว่าจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคุมระดับน้ำตาลยากขึ้น เป็นผลข้างเคียงระยะยาวอีกอย่างที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่ม PIs

#### กลุ่ม 4 ฟิวชั่น อินฮิบิเตอร์ (Fusion inhibitors)

ยาในกลุ่มนี้เป็นยาด้านไวรัสกลุ่มใหม่ ที่มีกลไกการทำงานโดยการยับยั้งการหลอมรวมของไวรัสเอชไอวีกับเซลล์เป้าหมาย ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถส่งผ่านส่วนประกอบต่าง ๆ ของเชื้อเข้าไปในเซลล์ได้ Enfuvirtide (T-20) เป็นยาตัวแรกในกลุ่มนี้ที่ได้รับการรับรองให้ใช้โดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2546 ยังไม่มีในประเทศไทย บทบาทในยา T-20 คือใช้เป็นส่วนหนึ่งของสูตรยาสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อต่อยาต้านไวรัสมาแล้วหลายสูตร T-20 เป็นยาฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ในขนาด 90 มก วันละ 2 ครั้ง ไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยา และไม่ต้องปรับขนาดยานี้ในผู้ป่วยโรคไต

### 1.6 สถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดพิจิตร

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา งานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึง 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งสิ้น จำนวน 2,729 ราย แยกเป็นผู้ป่วยเอดส์ 2,190 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ

539 ราย จำนวน ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตสะสม 767 ราย และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่รวม 1,962 ราย

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามอาชีพ พบอาชีพรับจ้าง จำนวน 1,582 ราย ร้อยละ 58.0 อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 438 ราย ร้อยละ 16.1 เด็กต่ำกว่าวัยเรียนที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 83 ราย ร้อยละ 3.0

จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ พบการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 2,446 ราย ร้อยละ 89.6 ติดเชื้อจากยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 36 ราย ร้อยละ 1.3 จากมารดาสู่ทารก 83 ราย ร้อยละ 3.0

สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.4:1

จำแนกตามกลุ่มอายุพบ อายุ 30 – 39 ปี มีจำนวน 1,139 ราย ร้อยละ 41.7 อายุ 20 – 29 ปี มีจำนวน 983 ราย ร้อยละ 36 อายุ 40 - 49 ปี มีจำนวน 358 ราย ร้อยละ 13.1 อายุ 0 -19 ปี มีจำนวน 127 ราย ร้อยละ 4.6 อายุ 50 -59 ปี มีจำนวน 88 ราย ร้อยละ 3.2 อายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 34 ราย ร้อยละ 1.2

จังหวัดพิจิตรแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมแยกตามรายอำเภอที่มีผู้ป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ อำเภอเมืองพิจิตร จำนวน 743 ราย ร้อยละ 27.2 อำเภอตะพานหิน จำนวน 558 ราย ร้อยละ 20.4 อำเภอโพทะเล จำนวน 318 ราย ร้อยละ 11.6

จำนวนผู้เสียชีวิตสะสมแยกตามรายอำเภอที่มีผู้เสียชีวิตสะสมมาก 3 อันดับแรก คือ อำเภอเมืองพิจิตร จำนวน 238 ราย ร้อยละ 31.0 อำเภอตะพานหิน จำนวน 131 ราย ร้อยละ 17.0 อำเภอโพทะเล จำนวน 72 ราย ร้อยละ 9.4

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิต สะสมแยกตามรายอำเภอที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตสะสมมาก 3 อันดับแรกคือ อำเภอเมืองพิจิตร จำนวน 505 ราย ร้อยละ 25.7 อำเภอตะพานหิน จำนวน 427 ราย ร้อยละ 21.8 อำเภอโพทะเล จำนวน 246 ราย ร้อยละ 12.5 (สำนักกระบาดวิทยา, 2549. เว็บไซต์)

ในเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2545 จังหวัดพิจิตรได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสตามโครงการ“การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์” (NAPHA : National Access to Antiretroviral Program for PHA) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสถึงปัจจุบัน (20 กุมภาพันธ์ 2549) จำนวน 529 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 44 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโครงการ “การดูแล

หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี" จำนวน 119 ราย และโครงการ " ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก" จังหวัดพิจิตร รายงานระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2549 มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใหม่ทั้งหมด 22,187 ราย พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 267 ราย ร้อยละ 1.2 มีจำนวนทารกเกิดมีชีพจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 246 ราย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและเกิดการติดต่อ ยาต้านไวรัส สูตรมาตรฐาน (สูตรยาตามโครงการ NAPHA) มีจำนวน 4 ราย และมีผู้สตรีที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วเกิดการตั้งครรภ์ จำนวน 11 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2549. เว็บไซต์)

จังหวัดพิจิตร มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรผู้ป่วยเอดส์ ใน 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับดังนี้ 38.26, 35.56, 35.77 และ 39.38 ต่อแสนประชากรผู้ป่วยเอดส์ มีอัตราผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต จำแนกตามปีที่เสียชีวิต ในปี 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับดังนี้ 345, 96,44, และ 81 หลังเริ่มโครงการ NAPHA ได้ 1 ปี มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรผู้ป่วยเอดส์ลดลง ในปี 2546, 2547, และ 2548 ตามลำดับดังนี้ 27.06, 37.12, และ 14.68 ต่อแสนประชากรผู้ป่วยเอดส์ มีอัตราผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตจำแนกตามปีที่เสียชีวิต ในปี 2546, 2547, และ 2548 ตามลำดับดังนี้ 39, 35, และ 4 (สำนักกระบาดวิทยา, 2549, เว็บไซต์)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของ อัตราป่วย อัตราตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ลดลง จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้บริการด้านสาธารณสุขทั้ง ด้านงบประมาณ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์บริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ต้องเพิ่มตามจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปัญหาการติดเชื้อฉวยโอกาสภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยาต้านไวรัส ปัญหาการติดต่อ ยาต้านไวรัส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ติดต่อการรักษา ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากเชื้อเอชไอวีเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม จากการพูดคุยซักถาม ขณะให้บริการในคลินิกสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่ามี ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ บางส่วนมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มารับยาต้านไวรัสไม่ตรงตามนัดทำให้ขาดยา ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อคนอื่นรับประทาน ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หรือบางคนเมื่อมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นก็หยุดยาต้านไวรัส และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดต่อ ยาต้านไวรัส เห็นได้จากการที่เริ่มพบผู้ติดเชื้อที่มีการติดต่อ ยาต้านไวรัส ในจังหวัดพิจิตร และพบผู้หญิงที่ได้รับยาต้านไวรัสตั้งครรภ์

## 2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Concepts)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรมที่มนุษย์ปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Pender, 1987. p. 38 citing Harris & Glutein, 1979) และเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีความเชื่อหรือความคิดว่าจะก่อให้เกิดสุขภาพดี โดยมุ่งที่ปัญหาด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ (มัลลิกา มติโก, 2534. หน้า 71 อ้างอิงจาก Kasl & Cobb, 1966.) โดยเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความภาคภูมิใจในตนเอง (กิ่งแก้ว ไชยเจริญ, 2543. หน้า 40 อ้างอิงจาก Palank, 1991.) เป็นการกระทำหรือองค์ประกอบของการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (สมทรง รักษาเฝ้า และสรงค์กัญณ์ กองคำสวัสดิ์, 2540. หน้า. 9) และเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรครวมทั้งเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (สุกาญญา กลิ่นถือศีล, 2543. หน้า 15)

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือองค์ประกอบของการกระทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวันที่บุคคลริเริ่มด้วยตนเอง ตามความเชื่อ ความรู้ และเจตคติ โดยมุ่งที่ปัญหาด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ เพื่อเป็นการแสดงศักยภาพของตนเอง และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

### 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง : การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

#### 2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self care) ของโอเร็ม

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536. หน้า 22-23 อ้างอิงจาก Oram, 1991; Orem, 1995. pp. 103-104.)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึง การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิการของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพา

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่ตั้งใจและมีเป้าหมายซึ่ง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 การกระทำและติดตามผลของการกระทำ

ระยะที่ 1 การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นได้ว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม บุคคลต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 การกระทำและติดตามผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระ

โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. หน้า 27-30 อ้างอิงจาก Orem, 1995; Afaf Ibrahim Meleis, 1997. p. 393; Connie M. Dennis, 1997. pp. 54-55)

ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้เป็นกระบวนการของชีวิตเพื่อรักษา โครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 1) การคงไว้ซึ่งการได้รับ อาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอ 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) การรักษาความสมดุลระหว่าง การมีกิจกรรมต่าง ๆ และการพักผ่อน 4) การรักษาความสมดุล ระหว่าง การมีกิจกรรมส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ สวัสดิภาพ และความผาสุก 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และ พัฒนาการให้ถึงขีด สูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ใน ระยะ ต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และ เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรือ อาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแล ตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่ง ภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยให้สนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดย จัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหา การปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนา การกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ

ผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัว และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นต้น

ด้านที่ 3 การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายซึ่งมีพยาธิสภาพหรือทุพพลภาพ และอยู่ระหว่างรักษาอันเป็นเหตุให้ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การ รักษาพยาบาลได้ เช่น การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ แขนขาหัก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่น การเบี่ยงเบนหรือขาดต่อการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็น ในภาวะนี้มีดังนี้ คือ 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล 2) มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรค 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้ และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการ รักษาโรคที่เป็น 5) ปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ เพื่อให้สามารถยอมรับตนเองใน ภาวะสุขภาพในขณะนั้น และในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยโรค และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง การดูแลตนเองใน ภาวะนี้ บุคคลต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด

ในการดูแลตนเองบุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้การดูแลตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคล ต้องเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้อง กับการเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้ปกติ และส่งเสริมพัฒนาการ และมีส่วนร่วม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การที่จะเข้าใจกระบวนการพิจารณากำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้น จะต้องเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ) รูปแบบการ ดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ (การรับรู้ภาวะสุขภาพ การให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว) สังคมและวัฒนธรรม

## 2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงจนเกิดการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ภาวะสุขภาพมีการเบี่ยงเบนไปจากปกติ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายโดยปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้

### 1) การแสวงหาความช่วยเหลือ และบริการสุขภาพ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการรักษา วิทยาศาสตร์การแพทย์ และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องมีการแสวงหาความรู้ และบริการสุขภาพ ตลอดจนความช่วยเหลือจากระบบบริการภาครัฐ องค์กรเอกชนหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง เพื่อจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรค การดูแลรักษา ยา ผลข้างเคียงจากยา และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง และนานเท่าที่จะดำรงอยู่ได้ ตลอดจนประเมินปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตทั้งจากการดำเนินของโรค และจากผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และขอรับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถแสวงหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ และยาต้านไวรัสได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น รายการสารคดีทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร และสามารถค้นหาความรู้ได้ทางอินเทอร์เน็ต นอกจากนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม และชมรมต่าง ๆ ในการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง เช่น การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ ทุนการศึกษาแก่บุตรและผู้รับผลกระทบ ทุนในการเลี้ยงชีพ และจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาและยาต้านไวรัส การดูแลตนเอง การแนะนำสถานบริการและสิทธิในการได้รับบริการ รวมถึงการเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจและคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนมีการสร้างเครือข่าย ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อและองค์กรเอกชน ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

ในปัจจุบันสถานบริการด้านสุขภาพ ทั้งของรัฐและเอกชนเปิดให้บริการการให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงเรื่องเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส บ้างแห่งมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเข้าถึงบริการ ติดตามข้อมูลข่าวสารความรู้ และสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีการแสวงหาบริการสุขภาพ จากหลากหลายระบบ โดยพบว่า เมื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะเลือกรับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่สามารถเข้าถึงได้ เมื่อประเมินว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงและเจ็บปวด แต่เมื่อการรักษาผ่านไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง จะมีการประเมินอาการเจ็บป่วย โดยถ้าพบว่าอาการเจ็บป่วยไม่ทุเลาเป็นมากขึ้น หรือมีลักษณะเรื้อรังไม่รุนแรงจะเริ่มแสวงหาวิธีการเยียวยา จากแหล่งบริการในระบบการแพทย์พื้นบ้าน และการประกอบพิธีกรรมอื่น ๆ โดยมักจะทำทดลองทำการรักษา ในหลาย ๆ วิธีผสมผสานกันทั้งจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (รัชณี ภูริวิทย์, 2545; สุทธิรัตน์ บุษดี, 2544; สุธีรา ชูนตระกูล และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2547) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมีการประเมินความน่าเชื่อถือ ของแหล่งที่มาของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ และความเป็นไปได้ที่จะนำวิธีการที่ได้รับคำแนะนำนั้นมาปฏิบัติ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสีย และผลข้างเคียงหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น ก่อนที่จะนำวิธีการดูแลตนเอง คำแนะนำ หรือวิธีการรักษาพยาบาลที่ได้รับไปปฏิบัติ

## 2) มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค และการดำเนินโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรเรียนรู้ และทำความเข้าใจในการดำเนินโรค เพราะการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายที่ลดต่ำลง และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระบบของร่างกาย การมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค และการดำเนินโรคจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถคิดพิจารณาตัดสินใจที่จะปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังต่อไปนี้

### 2.1) มีความรู้เข้าใจการดำเนินโรค และการใช้ยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรทราบระดับภูมิคุ้มกันของตนเอง เพื่อที่จะได้ระมัดระวังป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่อาจเกิดขึ้นในขณะนั้น ส่วนใหญ่ถ้าระดับภูมิคุ้มกันเกิน 500 เซลล์/ไมโครลิตร มักจะไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยกเว้นโรคปอดที่สามารถเกิดได้ในทุกระดับภูมิคุ้มกัน ภูมิคุ้มกันอยู่ระหว่าง 200 – 350 เซลล์/ไมโครลิตร อาจเป็น งูสวัด (herpes zoster) เชื้อราในช่องปากหรือฝ้าขาวข้างลิ้น (OHL : oral hairy leukoplakia) ตุ่มคันตามตัว (PPE : pruritic popular eruption) ท้องเสียเรื้อรัง เรียกระยะนี้ว่าระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (symptomatic HIV หรือ AIDS-related complex) ถ้าระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร จะเกิดโรคฉวยโอกาสชนิดรุนแรง เช่น ปอดอักเสบจาก

เชื้อพีซีพี เชื้อราขึ้นสมอง วัณโรคต่อมไทม์เหลือง พยาธิในสมอง (toxoplasmosis) เรียกระยะนี้ว่า AIDS – defining illnesses (นิตยา ภาณุภาค, 2549. หน้า 5)

ยาด้านไวรัสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับ ไม่ได้มีผลโดยตรงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส แต่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันโดย ยาด้านไวรัสจะลดปริมาณไวรัสเอชไอวี และเพิ่มปริมาณภูมิคุ้มกัน โดยมีการเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกันอย่างรวดเร็วใน 2-3 เดือนแรกของการรับยา และจะพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ในช่วงสั้น ๆ (6-12 สัปดาห์) โดยมีลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่พบในผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้รับยาด้านไวรัส โดยทั่วไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2547. หน้า 140-141)

เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองในเบื้องต้น และแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งบริการทั้งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกได้อย่างเหมาะสม ทันเวลาและสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอหรือบริเวณที่อื่น ๆ โตขึ้น มีฝ้าขาวในปากและลิ้น งูสวัด ผื่นคันตามตัว อาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นลดลง ตาพร่ามัว มองไม่ชัด ควรมาพบแพทย์เมื่ออาการต่าง ๆ ไม่ดีขึ้น (สมนึก สังฆานุกาพ, 2549)

## 2.2) การป้องกันการรับเชื้อและการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมีการดูแลตนเองในการป้องกัน ไม่ให้ตนเองรับเชื้อเพิ่มจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลการระบาดในประเทศไทยส่วนใหญ่ พบการระบาดของ HIV1 ชนิด E ในคนรักต่างเพศและชนิด B ในผู้ใช้สารเสพติด (พรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ, 2548) ทำให้โอกาสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง มีโอกาสที่จะได้รับเชื้อต่างชนิดกันเพิ่มมากขึ้น จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างมาก เพราะเป็นการช่วยยืดระยะเวลาในการดำเนินโรค และลดการติดเชื้อฉวยโอกาสลง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรระมัดระวัง ในการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ ระวังการใช้อุปกรณ์เหตุขณะทำงานหรือขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ งดการเที่ยวหญิงบริการถ้าจำเป็นต้องใช้บริการ ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและต้องเป็นการใช้ที่ถูกต้อง ควรอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาดทันทีหลังการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงและระมัดระวังการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่น อสุจิ เสมหะและเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คนอื่น ๆ และระมัดระวังไม่ให้

ผู้อื่นสัมผัสสารคัดหลั่งของตนเอง ไม่บริจาคเลือดหรืออวัยวะใด ๆ ไม่ใช่เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น กุละระวี วิวัฒน์ชิววัน (2541, หน้า 22 อ้างอิงจาก Schmidt & Crespo-Fierro, 1995) แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เปื้อนเลือด น้ำเหลือง อาเจียน หรืออสุจิ ด้วยการแช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 9 ส่วน นาน 30 นาที หรือนำไปต้มนาน 20 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาดตามปกติ สิ่งขับถ่ายต่าง ๆ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ ควรชำระล้างให้สะอาด รวมทั้งการทำลายของเสีย เช่น สิ่งปนเปื้อน น้ำลาย เสมหะ เลือดและน้ำเหลืองโดยการเผา

3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคติดเชื้อที่ปัจจุบันได้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และรับประทายอย่างต่อเนื่อง มีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของการดำเนินโรค ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าถึงบริการยาด้านไวรัสมีจำนวนมากขึ้น ทั้งจากระบบบริการภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายในการรักษาด้วยยาด้านไวรัส คือ เพื่อให้สามารถลดการเพิ่มจำนวนของไวรัสให้มากที่สุด และนานที่สุด รักษาหรือเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยและการตายของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547, หน้า 10; สมนึก สังฆานุกาพ, 2549, หน้า 183) ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีอายุยืนยาวขึ้น

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสในปัจจุบัน มีสูตรยาให้เลือกใช้ได้หลายสูตร การเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมีความจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีข้อจำกัดมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่หลากหลาย การใช้ยาด้านไวรัสในสูตรเดียวกัน อาจให้ผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งยาด้านไวรัสมีผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีความรุนแรงของผลข้างเคียงมากน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มีข้อจำกัดในการใช้ เช่น ต้องรับประทานตรงเวลาทุกครั้ง (ทุก 8 ชั่วโมงหรือทุก 12 ชั่วโมง) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงหรือต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นกรดที่มีผลต่อการดูดซึมของยา ควรรับประทานยาเมื่อท้องว่าง หรือรับประทานหลังอาหาร ในสูตรยาบางสูตรมีจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานมาก และยาด้านไวรัสบางชนิดใช้ร่วมกับยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางไม่ได้ เนื่องจากมีผลรบกวนต่อระดับยาในกระแสเลือด

กระทรวงสาธารณสุข (2547. หน้า 44) วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547 หน้า 10 อ้างอิงจาก Paterson et al, 2000) และสมนึก สังฆานุภาพ (2549. หน้า 186) แนะนำ การรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ผลดี ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัส ได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา

จากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส และความยุ่งยากในการใช้ยาต้านไวรัส ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และในการที่ต้องรับประทานยา ต่อเนื่องตลอดไปโดยไม่มีกำหนดนั้น เป็นปัจจัยทางลบที่ทำให้ผู้ป่วยเบื่อ และขาดความตระหนัก ที่จะใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้เกิดการดื้อยาและล้มเหลวในการรักษาในที่สุด (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2547. หน้า 24) เพื่อให้เกิดประโยชน์ และประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงควรมีการดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแล เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนี้

3.1) การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา เนื่องจาก การติดตามประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีในปัจจุบัน ทำได้โดยการวัดระดับภูมิคุ้มกัน และการวัด ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด โครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ได้กำหนดให้มีการตรวจภูมิคุ้มกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้าน ไวรัส ทุก 6 เดือน และในกรณีที่ทำได้ควรตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดร่วมด้วย และติดตาม ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นโดยตรวจ CBC และ ALT ก่อนเริ่มยาและในสัปดาห์ที่ 2,4,8 และทุก 2 เดือนในปีแรก และทุก 3 เดือนในปีถัดไป โดยทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ไม่สามารถทำการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้เอง ต้องทำการส่ง ตรวจในโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย โดยต้องส่งตรวจภายใน 24 ชั่วโมงหลังเจาะเลือด และใน แต่ละโรงพยาบาลจะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการที่โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบใน การส่งตรวจให้ เพราะฉะนั้นในการนัดเพื่อติดตามผลการรักษาในแต่ละครั้งจึงมีความสำคัญ ถ้าผู้ติดเชื้อไม่สามารถมาได้ในวันนัด ผู้ติดเชื้อต้องเดินทางไปเจาะภูมิคุ้มกันด้วยตนเองที่ โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย

3.2) มีการวางแผน และกำหนดเวลาในการรับประทานยาด้วยตนเอง เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา และเกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ และ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อต้องรับประทานยาตรงเวลา ถูกวิธี ครบทุกมื้อ ครบถ้วนทุกเม็ด เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้าน

ไวรัสเอดส์ในระยะยาว (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547. หน้า 10 อ้างอิงจาก DHHS, 2004) เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ลืมรับประทานยา ควรคิดหาวิธีการที่จะช่วยเตือนให้รับประทานยาได้ตรงเวลาและไม่ลืม เช่น การตั้งนาฬิกาปลุก หรือตั้งเวลาเตือนจากโทรศัพท์มือถือ การทำตารางเวลา การทำบันทึกการรับประทานยา และการกำหนดเวลาในการรับประทานยาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรปรับเปลี่ยนการรับประทานยาให้เข้ากับการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากกว่าที่จะปรับการดำเนินชีวิตให้เข้ากับการรับประทานยา จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น

3.3) ต้องไม่หยุดการรับประทานยาด้านไวรัส หรือยาป้องกันการติดเชื้อช่วยโอกาสเอง ถึงสภาพร่างกายและสุขภาพแข็งแรงดีขึ้น เนื่องจากการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อช่วยโอกาส เป็นการใช้เพื่อป้องกันในระดับปฐมภูมิ และในผู้ติดเชื้อบางส่วนเป็นการใช้เพื่อป้องกันในระดับทุติยภูมิ การหยุดยาเองในขณะที่ระดับภูมิคุ้มกันยังไม่สูงมากพอที่จะหยุดยาป้องกันการติดเชื้อช่วยโอกาส จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสกลับเป็นโรคติดเชื้อช่วยโอกาสซ้ำได้ ผู้ติดเชื้อบางส่วนใช้การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย เช่น การใช้ยาสมุนไพร การใช้อาหารเสริม การนวด การอบสมุนไพรและอื่น ๆ ผู้ติดเชื้อสามารถใช้ร่วมกับการใช้ยาด้านไวรัสได้ โดยวิธีการที่ใช้ต้องไม่ส่งผลต่อการรับประทานยาด้านไวรัส และระดับยาด้านไวรัสในกระแสเลือด และควรดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

3.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรระมัดระวังในเรื่องของประเภทอาหารที่รับประทาน มืออาหารและการใช้ยาอื่นร่วมกับยาด้านไวรัส เนื่องจากประเภทอาหาร มืออาหาร และยาอื่น ๆ มีผลต่อการดูดซึม และระดับของยาด้านไวรัส และหรือรบกวนต่อระดับยาด้านไวรัส ในกระแสเลือด เช่น กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ยา ดีดีไอ ต้องรับประทานยาขณะท้องว่าง และหลังรับประทานยาไปแล้ว 1-2 ชั่วโมงจึงรับประทานอาหารได้ หลีกเลี่ยงการละลายยาหรือรับประทานยาพร้อมกับน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม ที่มีฤทธิ์เป็นกรดซึ่งความเป็นกรดจะทำให้ ดีดีไอ ถูกทำลายก่อนการดูดซึม หรือในกรณีที่ได้รับโทรนาเวียร์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถรับประทานพร้อมอาหารได้ และอาหารที่มีไขมันสูงจะเพิ่มการดูดซึมของยา แต่ถ้าใช้ร่วมกับยาไรแฟมปีน หรือยากันชัก จะรบกวนต่อระดับยาในเลือด โดยไรแฟมปีนจะลดระดับยาในกลุ่ม NNRI และPIs ทุกตัว กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การรับประทานยากุมกำเนิดชนิดรับประทาน (estrogen based) ถ้ารับประทานยาด้านไวรัส เอ็นทีวี จะลดระดับของยากุมกำเนิดในกระแสเลือดลง ดังนั้นผู้ติดเชื้อต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น หรือใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ควรซื้อยาใช้เอง ควรปรึกษา

แพทย์ หรือมารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน และควรบอกผู้ให้บริการทราบถึงการติดเชื้อเอชไอวี และยาต้านไวรัสที่ใช้อยู่ เพื่อประโยชน์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความรู้ความเข้าใจถึงผลของยา และอาหารที่มีต่อยาต้านไวรัส จะช่วยให้สามารถดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ซึ่งส่งผลต่อการป่วย การตายและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

#### 4) ดูแลและสนใจป้องกันผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

การรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ทั้งที่มีความรุนแรงและไม่มีความรุนแรง จากการศึกษาเรื่องผลการรักษาระยะแรกของผู้ป่วยในโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลในเขต 9 ของ ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ และคณะ (2546) พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสคือ ผื่นผิวหนัง ร้อยละ 10.6 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 5.5 ตับอักเสบ ร้อยละ 3.6 และจากการรายงานของปรีชา มณฑานติกุล และคณะ (2550) พบอาการผื่นที่ผิวหนังชนิดรุนแรงน้อยถึงปานกลาง จากการใช้ ยาเอ็นพีวี ยาอีเอฟวี และยาเอบีซี โดยพบได้ ร้อยละ 14.8, 26 และน้อยกว่า ร้อยละ 5 ตามลำดับ กรณีเกิดผื่นชนิดรุนแรงน้อยสามารถใช้ ยาต้านฮีสตามีน (antihistamine) ได้โดยไม่ต้องหยุดยา ส่วนการเกิดผื่นผิวหนังชนิดรุนแรงพบจากการใช้ ยาเอ็นพีวี และยาอีเอฟวี โดยพบร้อยละ 1.5 และ 1 ตามลำดับ ผื่นผิวหนังชนิดรุนแรงจะมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำใส มีไข้ มีผื่นที่เยื่อ บุตาขาวอักเสบ บวมหรือมีอาการปวดข้อ ให้หยุดยาทันทีและควรรีบมาพบแพทย์

อาการทางระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ มีเนเวียนตีระชะ ผื่นร้าย อาการมึนงง ง่วงอยากนอนหลับ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีเอฟวี โดยมักเกิดขึ้นหลังการใช้ยาขนาด แรก ๆ แต่อาการมักหายไปภายใน 1 เดือน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจมีอาการคงอยู่ได้เป็นเวลานาน การป้องกันคือการรับประทานยาอีเอฟวี ก่อนนอนหรือ 2-3 ชั่วโมงก่อนนอนหรือรับประทานตอนท้องว่างเพื่อป้องกันการดูดซึมยาที่มากเกินไป และควรหลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักรกล ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกของการใช้ยา

ภาวะไขมันย้ายที่ (lipodystrophy) โดยจะพบ ไขมันที่แก้ม ขมับ แขนขา และก้นลดลง อาจเกิดร่วมกับมีการสะสมของไขมันที่คอด้านหลัง (buffalo hump) ขนาดทรวงอกที่เพิ่มขึ้น (gynecomastia) และอาจพบเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น โดยพบได้ในผู้ที่ใช้ยา PIs และดีโฟรที จากการศึกษาของสุจิตรา พุทธรังค์ (2545) เรื่อง กลุ่มอาการผิดปกติของการ

กระจายของไขมันในร่างกายผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติของการกระจายของไขมันในร่างกายร้อยละ 93 จะมีความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมของน้ำตาลหรือไขมันอย่างน้อย 1 อย่าง โดยภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะดื้อต่ออินซูลิน จะพบได้จากการใช้ยาในกลุ่ม PIs ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรที่จะสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะแจ้งแพทย์ผู้ให้การรักษาให้ทราบเพื่อการแก้ไขต่อไป และควรปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม เช่นการควบคุมอาหารโดยลดอาหารประเภทไขมันและอาหารที่มีความหวานมาก ออกกำลังกายลดน้ำหนัก หยุดสูบบุหรี่ และควรได้รับการตรวจภาวะไขมันและเบาหวานทุกปี

ภูริชญา บุรินทร์กุล (2547) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีวิธีการจัดการ เช่น ปวดมึนศีรษะจะนอนหลับพักผ่อนหรือหายาแก้ปวดมาทา มาดมหรือมารับประทาน หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจะแก้ไข โดยการรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือยาสมุนไพรแก้คลื่นไส้อาเจียน หรือรับประทานยาแก้แพ้มารับประทาน แต่หากพบว่าตนเองมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ควรไปปรึกษาแพทย์

#### 5) การปรับเปลี่ยนอัตรามโนทัศน์ และยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ต้องสูญเสียบทบาททั้งในครอบครัว และในหน้าที่การงาน มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรค มีความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และกลัวความตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์และอัตรามโนทัศน์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักมีความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ส่งผลให้มีการลดลงของจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ และมีการลดลงของคิลเลอร์เซลล์ (Killer' cell) ของร่างกาย (ภูริชญา บุรินทร์กุล, 2547. หน้า 13 อ้างอิงจาก Gray, 1996) สอดคล้องกับจากการศึกษาของชยันตธีรกร ปทุมานนท์ และคณะ (2545. หน้า 166) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีสภาพจิตใจที่เครียดจะมีอัตราการดำเนินโรคเร็ว และมีอัตราตายมากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีสภาพจิตใจปกติ และจากการศึกษาของ กฤษณา วงศ์ชู (2544) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรามโนทัศน์ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าอัตรามโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีอัตรามโนทัศน์ที่ดี จะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองมีแนวโน้มที่ดีด้วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะที่ปรากฏอาการของโรค มักปรับเปลี่ยน การแต่งตัว เช่นการสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม ๆ เพื่อปกปิดไม่ให้ดูผอม หรือการเลือกใส่เสื้อผ้า ที่มี แขนยาว ขายาว เพื่อไม่ให้เห็น ตุ่ม ผื่นคัน แผลเรื้อรังตามตัว เพื่อลดความรังเกียจของบุคคลใน สังคมและส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะที่ปรากฏอาการของโรค มักลดหรืองดการมี ส่วนรวมในกิจกรรมในชุมชน ส่วนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และมีการ เปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เรียกว่า ภาวะไขมันย้ายที่ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการสูญเสียไขมันบริเวณ ลำตัวโดยทั่วไป แขน ขาและใบหน้า เกิดการสะสมของไขมันบริเวณส่วนกลางลำตัวทำให้ท้องยื่น ใหญ่ ต้นคอด้านหลังมีลักษณะคล้ายโหนกคอ แก้มตอบ ส่งผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า รู้สึกผิด ความเชื่อมั่นในตนเองลดต่ำลง (จิตรลดา รัตนพันธ์ และคณะ, 2547. หน้า 20) ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนการแต่งตัว เพื่อสร้างความมั่นใจ และสร้างความเชื่อมั่น ในตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องพยายามเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า ค้นหา และยอมรับความมีคุณค่าในตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับ สภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และผลจากการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อให้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมีการตั้งเป้าหมาย และความหวังเกี่ยวกับ ตนเองให้ชัดเจน ตามสภาพความเป็นจริงที่สามารถเป็นไปได้ การมีความหวังเป็นสิ่งที่มีความ จำเป็นต่อการคงอยู่ของชีวิต ทำให้เกิดกำลังใจ มีจิตใจที่เข้มแข็งและการมีความหวังในชีวิตช่วยให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดแรงจูงใจและปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540.; มารยาท วงษาบุตร, 2539.) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่มีความหวังมักเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจและกำลังใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหา ต่าง ๆ และมีความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง

6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ และมี พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพที่เป็นอยู่

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นการติดเชื้อที่ถาวรตลอดชีวิต ไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ การใช้ยาต้านไวรัสเป็นเพียงการลดจำนวนเชื้อเอชไอวี และช่วยเพิ่มระดับ ภูมิคุ้มกัน ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมีการเรียนรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ และยาต้านไวรัสได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยควรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องดังต่อไปนี้

#### 6.1) การรับประทานอาหาร

##### ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

เพียงพอต่อความต้องการทั้งคุณภาพและปริมาณการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญอาหารในร่างกายทำให้ขาดโปรตีนและพลังงาน (วิชาญ วิทยาศาสตร์ และ ประคอง วิทยาศาสตร์, 2540) ประกอบกับเมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลง ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น วัณโรคปอด เชื้อราในปากและหลอดอาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีแผลในปาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2546, หน้า 39-40 ; สมนึก สังฆานุกาภาพ และ อัมภา วิชากุล, 2548. หน้า 1252-1260 ; อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547. หน้า 23 ; Willis, 2005. pp.34-39) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานอาหารได้น้อย นำหนักตัวลดลง จากการศึกษาของ ชัยันตร์ธร ประทุมมานนท์ และคณะ (2545. หน้า 166) นิรัติศัย น้อยบุญสุข (2540. หน้า 225) พบว่าน้ำหนักตัวที่ลดลงมีผลต่อการดำเนินโรคและอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูง และควรได้รับโปรตีนสูงกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540. หน้า 23) หรือควรได้รับโปรตีน 90 – 100 กรัมต่อวัน ควรได้รับอาหารที่ให้พลังงานหรือแคลลอรี่สูงกว่าปกติวันละ 500 กิโลแคลลอรี่ขึ้นไป และควรได้ คาร์โบไฮเดรตไม่ต่ำกว่า 300 – 400 กรัมเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน ควรรับประทานอาหารพวกเมล็ดข้าว ข้าวสาลี ข้าวโพด และเมล็ดธัญพืชที่ไม่ได้ขัดสีหรือผ่านขั้นตอนกระบวนการใด ๆ มากเกินไป เช่น ข้าวซ้อมมือ (ข้าวกล้อง) แป้งสาลีที่ไม่ได้ขัดเมล็ดและงา (ไมตรี สุทธจิตต์ และคณะ, 2543, หน้า 31) ซึ่งงาให้ทั้งโปรตีน กรดไขมันที่จำเป็น แคลเซียมและวิตามินโดยเฉพาะวิตามินอี ซึ่งมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญ จึงควรรับประทานเป็นประจำ (อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ, 2547. หน้า 67)

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่ม PIs จะเกิดผลข้างเคียงจากยา คือ ภาวะไขมันย่ำยี่ มีการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอลในเลือด และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546. หน้า 41; สมนึก สังฆานุกาภาพ และ อัมภา วิชากุล, 2548. หน้า 1258; อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547. หน้า 23; อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ, 2547. หน้า 68) ผู้ป่วยเอดส์ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้ไขมันสูง ควรรับประทานอาหารที่ให้โปรตีนสูงแต่ไขมันน้อย เช่น เนื้อปลา ถั่วเมล็ดแห้ง นมถั่วเหลือง เต้าหู้และงา และควร

รับประทานอาหารจำพวกพืช ผัก ผลไม้ตามฤดูกาลที่ปลอดจากยาฆ่าแมลงและสารพิษ เช่น ตำลึง ผักบุ้ง กระถิน ดอกแค ยอดมะกอก มะระ ฟักทอง กัลยน้ำว่า สับปะรด ฝรั่ง มะม่วง มะละกอ (จินดา อ้นบุญเรือง, 2539; วิณา จิรัจฉริยากุล และคณะ, 2543; ไมตรี สุทธิจิตต์ และคณะ, 2543)

หลีกเลี่ยงสารพิษที่ปนเปื้อนอาหารและเครื่องดื่ม งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค เช่น นมสดที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารทะเลที่ไม่สุก ไข่และเนื้อที่ดิบ ๆ สุก ๆ เพราะเนื้อสดมีเชื้อท็อกโซพลาสมา กอนดิไอ (toxoplasma gondii) ทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้

กรณีที่มีแผลหรือติดเชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด อาหารแข็ง เพราะจะระคายเคืองเยื่อในช่องปากและหลอดอาหาร (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540. หน้า 24)

#### 6.2) การบริโภคน้ำและเครื่องดื่ม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายขับของเสียต่าง ๆ ออกจากไตได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยรักษาความสมดุลของเกลือแร่ และรักษาอุณหภูมิของร่างกาย (จินดา อ้นบุญเรือง, 2539) ลดอาการปากแห้งและช่วยไม่ให้ท้องผูก (The Body, 2006. online) ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลที่ผ่านขั้นตอน หรือน้ำตาลทราย กาแฟ และแอลกอฮอล์ เพราะเป็นตัวกดการทำงานของลิมโฟไซต์ และเป็นตัวทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ควรดื่มน้ำสะอาดให้มากพอเป็นประจำ (ไมตรี สุทธิจิตต์ และคณะ, 2543. หน้า 24. อ้างอิงจาก Kaiser Jon D, 1995; พัทรี ตั้งตุลยางกูร, 2540. หน้า 32; วิณา จิรัจฉริยากุล และคณะ 2543. หน้า 110) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000 - 2,500 ซีซีต่อวัน (จามจุรี แซ่หลู่, 2543) ควรดื่มน้ำคั้นจากผักสด น้ำผลไม้สด ชาขิง ชาเขียว ชาขมิ้นชัน ชาดอกคำฝอย ที่ไม่แช่เย็น เพราะมีประโยชน์เป็นการเพิ่มโปรตีน และวิตามิน ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น และสดชื่นแบบธรรมชาติ (วิณา จิรัจฉริยากุล และคณะ, 2543. หน้า 109) ลดการได้รับสารที่ทำให้พิษหรืออนุมูลอิสระ เช่น กาแฟ สุรา เบียร์ ไวท์ กระแส เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด และงดหรือหลีกเลี่ยงอาหาร ที่มีรสหวานจัด น้ำตาลที่ผ่านการฟอกสี น้ำอัดลม (ไมตรี สุทธิจิตต์ และคณะ, 2543)

#### 6.3) อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบเป็นอันดับ 1 และ 3 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ วัณโรค ทั้งชนิดในปอดและวัณโรคนอกปอด และปอดอักเสบจากเชื้อ พืชีพี

(*Pneumocystis carinii*) (สำนักกระบาดวิทยา, 2549. เว็บไซต์) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี และการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ (จามจรี แร่หลู่, 2543; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539.) ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะวัณโรคปอด ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่อยู่อาศัยควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีไม่อับชื้น เปิดประตูหน้าต่างให้แสงแดดส่องถึง และควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรลด หรืองด หรือเลิกการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มอัตราการดำเนินโรคและระยะเวลาการรอดชีพ (ชยันตรีธร ปทุมานนท์ และคณะ, 2545. หน้า 68; 2545. หน้า 167; นิรติศัย น้อยบุญสูง, 2540. หน้า ค) จากการศึกษาของ Cole SB. et al (2005. online) เรื่อง ปริมาณออกซิเดชัน (Oxidative stress) และ แอนติออกซิแดน (Antioxidant) ในผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลูตาไธโอน (glutathione) เป็นตัวแทนแอนติออกซิแดน ในชายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่สูบบุหรี่ในพลาสมา (169 [118-295]  $\mu\text{mol}/\text{min}/\text{L}$ ) มีระดับที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยยะสำคัญว่า ชายที่ติดเชื้อที่ไม่สูบบุหรี่ (197 [149-414]  $\mu\text{mol}/\text{min}/\text{L}$ ) ไมตรี สุทธิจิตต์ และคณะ (2543. หน้า 25) ให้ความหมายของ กลูตาไธโอน (glutathione) ไว้ว่ากลูตาไธโอน ทำหน้าที่เป็นสารแอนติออกซิแดนท์ ที่ทำลายอนุมูลอิสระภายในเซลล์และกำจัดสารพิษออกจากร่างกาย ทำให้ลดภาวะวิกฤติทางออกซิเดชัน (Oxidative stress) ปกป้องการทำลายเซลล์

#### 6.4) การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและการขับถ่าย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และสะอาด ก่อนการรับประทานอาหาร และหลังการเข้าห้องน้ำควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ควรล้างทำความสะอาดผักและผลไม้ดิบให้สะอาดก่อนการรับประทาน เพื่อป้องกันอาการท้องเสีย และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และควรล้างมือหลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง หรือทำสวน ควรหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะแมว และไม่ควรถามสัตว์เลี้ยงป่วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้าและเย็น ควรเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน ไม่ควรใส่เสื้อผ้าซ้ำตัวเดียวกันหลายวัน หรือเสื้อผ้าที่เปียกชื้น ควรซักทำความสะอาดและตากแดดให้แห้ง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีภูมิคุ้มกันที่ต่ำอาจเกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า-ก่อนนอน และควรบ้วนปากด้วยน้ำ หรือน้ำเกลือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2543. หน้า 25-26) เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก และควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี หรือมากกว่านั้น ถ้ามีปัญหาเรื่องปากและฟัน (The Body, 2003. online)

ควรสังเกตอาการผิดปกติและควรรีบมาพบแพทย์ในเรื่องต่อไปนี้ มีปัญหาเรื่องการหายใจ เช่น มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบ มีน้ำหนักลด มีไข้มากกว่า 2 วัน ท้องเสีย มีผื่นคันที่ผิวหนัง มีปัญหาเรื่องปากและฟัน การมีฝ้าขาวที่ลิ้นและช่องปาก การรับรู้รสที่เปลี่ยนไป มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ความสามารถในการมองเห็นลดลง ตามัวมีจุดลอยขวางสายตา (The Body, 2003. online)

#### 6.5) การออกกำลังกายและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การมีระบบหัวใจและหลอดเลือดที่แข็งแรง มีการทำงานของกล้ามเนื้อที่ดีขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมือนกับสถานการณ์ที่เป็นไปในทางบวก การออกกำลังกายในระดับปกติและระดับปานกลางจะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดภาวะเครียด (วัชรารัฐ วัชรกุลย์, 2543.) ช่วยเพิ่มความอยากอาหารช่วยในการนอนหลับให้ดีขึ้น และลดระดับไขมันและน้ำตาลในกระแสเลือด (The Body, 2006. online) การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายใช้ ไกลโคเจน (glycogen) ไตรกรีเซอไรด์ (triglyceride) กรดไขมันอิสระ (free fatty acid) และกลูโคส (glucose) เปลี่ยนเป็นพลังงาน และการออกกำลังกายยังช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพราะขณะออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น และช่วยเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน หลังออกกำลังกาย 48 ชั่วโมงร่างกายยังไวต่ออินซูลิน หากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ดีขึ้นโดยที่น้ำหนักตัวไม่เปลี่ยนแปลง การออกกำลังกายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายในขณะนั้น ตามความสนใจและความถนัดของแต่ละบุคคล ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะได้รับการบาดเจ็บ และไม่ทำให้เกิดความเครียดจากการแข่งขันหรือการพ่น สถานที่ออกกำลังกายควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนและอบอ้าวเกินไป เนื่องจากจะทำให้เสียเหงื่อมาก และควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) จะให้ประโยชน์มากกว่าการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic

exercise) (อุดมศักดิ์ มหาวีระวัฒน์ และคณะ, 2547. อ้างอิงจาก Nixon S., et al, 2003; วัชรวิฑูรย์, 2543. หน้า 111)

แอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้ระบบ การสร้างพลังงานที่ใช้ออกซิเจน ควรมีความแรง (intensity) ระดับปานกลาง หรือต่ำกว่าความแรง สูงสุด โดยทำเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ซ้ำ ๆ กันแบบไดนามิก โดยเน้นการทำงานของกล้ามเนื้อที่มี ขนาดใหญ่ และต้องทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่ง การเดิน การว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เต้นแอโรบิก

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และระบบ ภูมิคุ้มกันของ วัชรวิฑูรย์ (2543. หน้า 105 อ้างอิงจาก Neiman D.C., 1997) พบว่าการ ออกกำลังกายหนัก ๆ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดิน หายใจส่วนต้น แต่การออกกำลังกายปานกลางและสม่ำเสมอ อาจช่วยลดอาการของการอักเสบ ของทางเดินหายใจส่วนต้น เมื่อมีภาวะเครียดทางจิตใจ ภาวะขาดสารอาหาร น้ำหนักลดอย่าง รวดเร็วและการมีสุขภาพอนามัยไม่ดี มีส่วนทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องได้ เมื่อร่วมกับการออกกำลังกาย หนักจะยิ่งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันแย่มากขึ้น The Body (2006. online) ให้คำแนะนำในการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ระดับปานกลาง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มีพลังที่จะต่อสู้กับโรคได้ดีขึ้น โดยควรนอนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน (จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541. หน้า 29; สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) ถ้าตื่น มาแล้วยังรู้สึกเพลียไม่สดชื่น ควรหาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน เมื่อว่างจากการทำงาน และ ถ้านอนไม่หลับ ควรหาหนังสืออ่านซึ่งควรเป็นหนังสือประเภทเบาสมอง ทำจิตใจให้สงบโดยการ กำหนดลมหายใจเข้าออก หรือทำสมาธิก่อนเข้านอน ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีนและไม่สูบบุหรี่ก่อนนอน ควรจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวที่รบกวนต่อการนอน เช่น การทำความสะอาดเครื่องนอนห้องนอน การดูแลปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม ไม่ควรมีแสง สว่างและเสียงดังรบกวน ควรดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การนอนหลับ ทำความสะอาดร่างกาย และดูแลเรื่องเสื้อผ้าที่สวมใส่ให้สะอาดสบาย เหมาะแก่การนอน

### 6.6) การงดเว้นจากสิ่งเสพติดทุกชนิด

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรงดใช้สารเสพติดทุกชนิด และควรเลิกใช้ยาที่มีผลต่ออารมณ์ เลิกดื่มสุราเพราะมีผลต่อการทำงานของตับ และระบบคุ้มกันของร่างกาย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, (2547. หน้า 12 อ้างอิงจาก Muoz-Moreno et al, 2004) พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่นเดียวกับการดื่มสุรา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547. หน้า 12 อ้างอิงจาก Bonolo et al, 2004.) สอดคล้องกับการศึกษาของ นีรติศัย น้อยบุญสูง (2540. หน้า 224) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดื่มสุรา มีความเสี่ยงทั้งต่อการตายและความก้าวหน้าของโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ดื่มสุรา

### 6.7) การจัดการกับภาวะเครียด

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ห่อเหี่ยว กาลังใจ ซึมเศร้า และรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม บางรายถูกปฏิบัติจากครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งส่งผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันลดลง สุขภาพร่างกายอ่อนแอก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมึวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จากการศึกษาของปองลดา พรหมจันทร์ (2542) ในเรื่อง วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดทุกวิธี ส่วนใหญ่จะเลือกใช้แต่ละวิธีเป็นบางครั้ง โดยวิธีแรกที่เลือกใช้ คือ การควบคุมตนเอง การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา และการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา สอดคล้องกับภูริชญา บุรินทร์กุล (2547) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลมึวิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฟังเพลง การไปเที่ยว การพูดคุยเพื่อระบายสิ่งที่ไม่สบายใจ การทำเป็นไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น การพยายามหาแนวทางแก้ปัญหาและการคิดในทางบวก สมจิต หนูเจริญกุล (2537. หน้า 113) รายงานวิธีการจัดการกับความเครียดว่าสามารถกระทำได้ 3 ด้านคือ 1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต 2) การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน 3) เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ

จากการศึกษาของจามจรี แซ่หลู่ (2543) และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรมึกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ เพื่อช่วยให้จิตใจผ่อนคลายลดความเครียด เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ติดเชื้อ การปลูกต้นไม้หรือการไปวัดฟังธรรม และหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เช่น พูดคุยปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนผู้ติดเชื้อ แสวงหาข้อมูลและเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวย

โอกาส และการแก้ไขลดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกสมาธิ การออกกำลังกาย การนวดตนเอง การใช้ดนตรีบำบัดและอื่น ๆ

### 2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

#### 1) เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางสรีระของบุคคล เพศชายส่วนใหญ่ แข็งแรง มีความอดทน และในสภาพสังคม วัฒนธรรมไทย เพศยังบอกถึงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยทั่วไปเพศชาย มีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว หารายได้เลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวและตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ๆ โดยเพศหญิงแสดงบทบาทในการเป็นผู้ตาม การดูแลบุตร และสมาชิกภายในครอบครัว ดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดภายในบ้าน และดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีความเจ็บป่วย ทำให้เพศอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ศดานันท์ ปิยกุล (2542) และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2537) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของไปรมาษต์ บิณฑจิตต์ (2544) สุภารัตน์ วรรณसार (2541) และกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวัลย์ บุญมงคล และ คณะ (2541. หน้า 95) ที่ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับเอดส์ ในปีพ.ศ. 2530 - 2540 พบว่า เพศ ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

#### 2) อายุ

อายุเป็นสิ่งที่บอกระยะพัฒนาการ วุฒิภาวะและความเจริญของร่างกาย เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะมากขึ้น ส่วนใหญ่จะมีการตัดสินใจ การแสวงหาความรู้และมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะที่น้อยกว่า และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถดังกล่าวจะลดลงตามลำดับ จากการศึกษาของกฤษณา วงศ์ชู (2544) กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) และเกสร เหล่าอรระคะ (2540) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับ ไปรมาษต์ บิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ มาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ที่ทำการศึกษ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาต้านไวรัส จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อายุมีความสอดคล้องทางลบกับ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของอังคณา ศรียาภรณ์ และคณะ (2538) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุน้อยกว่า และสอดคล้องกับสุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3) สถานภาพสมรส

คู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเอง และบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536. หน้า 41) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยสามารถขอคำปรึกษาในเรื่องที่ไม่สามารถพูดให้คนอื่นรับรู้ได้ มีคนคอยให้กำลังใจ ดูแล เป็นแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศदानันท์ ปิยกุล (2542) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสุดารัตน์ วรรณसार (2541) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านรูปแบบการนอนหลับ จุดมุ่งหมายในชีวิตและการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของกนกเกลา แก้วสว่าง (2540) และไปรมาชาติ บิณฑจิตต์ (2544) พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา สิริอัสตะกุล (2546) เรื่อง การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัว และสุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

### 4) ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารความสามารถในการเรียนรู้เรื่องโรค การรักษา วิธีการดูแลตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจที่จะเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลที่ได้รับอย่างมีเหตุผล นอกจากนั้นการศึกษายังช่วยให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญปัญหา และแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ

ทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สอดคล้องกับสุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของผู้ป่วยมะเร็ง และสุदारัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา วงศ์ชู (2544) และไปรมาชาติ บิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเกสร เหล่าอรรค (2540) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

#### 5) อาชีพ

การประกอบอาชีพทำให้บุคคลมีรายได้ ในการที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง ในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ค่าเดินทางมารับยา และการประกอบอาชีพยังทำให้บุคคลมีเครือข่ายทางสังคมที่เป็นแหล่งสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ ที่บุคคลไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง และมีโอกาสที่ดีในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ นอกจากนี้การทำงานยังทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ ดังนั้นการประกอบอาชีพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ พีระมน ینگานนท์ และคณะ (2547) อ้างอิงจาก Gordillo et al. 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีงานทำสามารถรับประทานยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีงานทำ แต่วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) กลับพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งไม่ได้ทำงานรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาระงานต้องทำ และจากการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) และเกสร เหล่าอรรค (2540) ที่พบว่าอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และไปรมาชาติ บิณฑจิตต์ (2544) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสอดคล้องกับสุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และศดานันท์ ปิยกุล (2542) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

## 6) รายได้

รายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางไปรับบริการ การซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เงิน สอดคล้องกับทองดี ยนจอหอ (2548. หน้า 97 อ้างอิงจาก Becker. 1977. pp. 348 – 366) พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสที่จะตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และจากการศึกษาของสุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด และความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และรายได้ของครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา สิริวัตตะกุล (2546) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้สูงกว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่า ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีกว่า แต่จากการศึกษาของทิศย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงหรือต่ำ ก็ไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) และ ไปรมาษต์ บิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสอดคล้องกับ เกสร เหล่าอรรคะ (2540) และกฤษณา วงศ์ชู (2544) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

## 7) ระดับภูมิคุ้มกัน

ความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่ลดต่ำลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ได้รับเชื้อเอชไอวี (กรณีที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลเพื่อทดแทนความพร้อมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทิศย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่า การแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคมามาก จะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองมากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคน้อย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการของโรคมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของโรคมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี และมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาด้านไวรัส จังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อเอดส์นานขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองได้ดี และ ศदानันท์ ปิยกุล (2542) พบว่าระยะเวลาการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคมามากและทวีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่จากการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่า การแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไปรษณีย์ บิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่า ระยะเวลาการดำเนินของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา วงศ์ชู (2544) ที่พบว่าระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และสุกัญญา เตชะไชยวิวัฒน์ (2544) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

#### 8) ระยะเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัส

โรคเอดส์ในปัจจุบันเป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาด้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลาและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น และลดจำนวนเชื้อเอชไอวี ในกระแสเลือดให้ต่ำกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง และนานเท่าที่จะสามารถทำได้ การรับประทานยาด้านไวรัสต่อเนื่องตลอดไปโดยไม่มีกำหนด เป็นปัจจัยลบที่ทำให้ผู้ป่วยเบื่อและขาดความตระหนักที่จะใช้ยา เป็นเหตุให้เกิดการดื้อยาและล้มเหลวในการรักษาในที่สุด (อรอนพ หิรัญดิษฐ์. 2547. หน้า 21-24) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อรับประทานยาด้านไวรัส จนระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นและภาวะสุขภาพดีขึ้น มักคิดว่าตนเองแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา สอดคล้องกับวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547. อ้างอิงจาก Kyngass, 2000) ที่พบว่ากรณีของโรคที่มักไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยา และเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตรงเวลา ครบทุกมื้อ ทุกเม็ด ตลอดไปโดยไม่มีกำหนด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางรายเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ แต่จากการศึกษาของมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แสดงว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประสบการณ์ในการรับประทานยาด้านไวรัสยาวนานขึ้น ไม่ได้หมายถึงพฤติกรรมดูแลตนเองจะมีระดับที่ดีขึ้นตามระยะเวลาที่รับยา

### 9) การเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แม้ว่าจะได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสม แต่ในการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าสามารถควบคุมระดับเชื้อเอชไอวีได้นาน 3–6 ปี (ปริชา มณฑานติกุล และคณะ, 2550. หน้า 131) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ ควรเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้สูงกว่า 300–500 เซลล์/ไมโครลิตร จึงควรมีการตรวจระดับภูมิคุ้มกันทุก 6 เดือน โดยระดับภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 50 เซลล์/ไมโครลิตร ในช่วง 4–8 สัปดาห์ หลังจากการที่ยาต้านไวรัสสามารถลดการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีได้ และหลังจากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นปีละ 50 เซลล์/ไมโครลิตร

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องมีการดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาเรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงมาก คือต้องรับประทานยาครบถ้วนต่อเนื่อง ร้อยละ 95 เพื่อควบคุมระดับเชื้อเอชไอวี เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น และจากการศึกษาของนิรติศัย น้อยบุญสูง (2540) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพ และการชะลอความก้าวหน้าของโรคเอดส์ คือ การไม่สูบบุหรี่ Cole SB. et al (2005. online) พบว่าในผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่สูบบุหรี่มีกลูตาไธโอน (glutathione) ที่เป็นตัวแทนแอนติออกซิแดน มีระดับที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยยะสำคัญกว่าชายที่ติดเชื้อที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งกลูตาไธโอน ทำหน้าที่เป็นสารแอนติออกซิแดนท์ ที่ทำลายอนุมูลอิสระภายในเซลล์ และกำจัดสารพิษออกจากร่างกาย ปกป้องการทำลายเซลล์

ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### 10) ขนาดของสถานพยาบาล

โดยทั่วไปมีการแบ่งประเภทของสถานพยาบาล ตามจำนวนเตียงที่มีไว้สำหรับรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล ออกได้เป็น 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยระดับของสถานพยาบาลสามารถบอกรับบริการความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

ขนาดของสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับ ระบบบริการที่จัดให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ความยุ่งยากซับซ้อนของระบบบริการ การใช้เวลาในการรับบริการและความสะดวกของบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, (2847. หน้า 11 – 15 อ้างอิงจาก Ickovics & Meads, 2002) ที่ทบทวนผลการศึกษาวิจัย สรุปว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย

และปัจจัยด้านการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส ในส่วนของปัจจัยด้านการดูแลรักษานั้นลักษณะสถานบริการ เช่น ความสะดวกในการใช้บริการ การมีคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัส มีบริการการให้คำปรึกษา และระยะทางจากบ้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับสถานพยาบาล เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ส่วนใหญ่สถานพยาบาลของรัฐ ที่มีจำนวนเตียงไว้สำหรับรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไป (โรงพยาบาลทั่วไป) จะมีระบบบริการที่ซับซ้อนและมีผู้ให้บริการเป็นจำนวนมาก บางแห่งไม่สามารถแยกคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับยาต้านไวรัสออกจากคลินิกตรวจโรคอื่น ๆ ได้ หรือบางแห่งจัดคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แยกออกจากคลินิกอื่น แต่ยังคงอยู่ในบริเวณเดียวกับคลินิกอื่น ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกอายเวลามารอรับบริการ หรือไม่สะดวกในการมารับบริการ ระบบบริการที่ซับซ้อนและมีผู้มารับบริการมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการรอผลการตรวจนาน หรือรอพบแพทย์นานแต่มีเวลาในการพูดคุย ปรึกษากับแพทย์ไม่มากนักเนื่องจากมีผู้มารับบริการมาก และในกรณีที่มาผิวดำวันนัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสที่ไม่ได้รับบริการหรือต้องมาโรงพยาบาลใหม่ให้ตรงวันที่มีคลินิก

สำหรับสถานพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีจำนวนเตียงไว้สำหรับรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 120 เตียง (โรงพยาบาลชุมชน) ส่วนใหญ่มีการจัดคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แยกออกจากคลินิกบริการ อื่น ๆ มีสถานที่แยกออกมาเป็นสัดส่วน มีระบบบริการที่ไม่ซับซ้อน และมีความยืดหยุ่นในการให้บริการมากกว่า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกกว่า

#### 11) กลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การมีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และสิ่งของเครื่องใช้ โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ยาต้านไวรัส การดูแลตนเอง การรับรู้สิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพูดคุยปรับทุกข์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเรียนรู้ร่วมกัน ถือได้ว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง การทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ มีแบบอย่างในการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ หวังสุข (2541) เรื่อง ประสิทธิภาพของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการช่วยเหลือหรือสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ทั้งด้านจิตใจให้กำลังใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวรวมทั้งด้าน  
 สิ่งของเครื่องใช้ ต่าง ๆ และความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ได้รับจากกลุ่มในด้านต่าง ๆ ทำให้  
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดกำลังใจ และรู้สึกว่ามีเพื่อน การที่ได้พูดคุยระบายความในใจ  
 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยกันในกลุ่มช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย  
 เกิดความสบายใจที่ปัญหาของตนเองคล้ายกับของคนอื่น นอกจากนี้ยังเกิดการยอมรับในตัวผู้อื่น  
 ยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น และหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม  
 ช่วยเหลือตนเองทั้ง 4 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และ  
 การส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือ  
 ตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ศรียาภรณ์ และคณะ  
 (2538) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านจิตสังคม ก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือ  
 ตนเองในครั้งที่ 3 สูงกว่าครั้งที่ 1 และ 2 โดยการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3  
 มีความแตกต่างกับครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

ศदानันท์ ปิยกุลชัย (2542) ได้ทำการศึกษาในเรื่อง คุณภาพชีวิต  
 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตในทางบวก และสอดคล้องกับ  
 มารยาท วงษานูตร (2539) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ  
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเข้มแข็ง  
 อดทน และสามารถปรับตัวได้ดีกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า  
 (ปริญา สิริอตะกุล, 2546) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังมีส่วนช่วยประคับประคองให้  
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของปริยศ กิตติวีระศักดิ์  
 (2547) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิด  
 ความคิดฆ่าตัวตายได้สูง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับที่  
 ต่างกันทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน

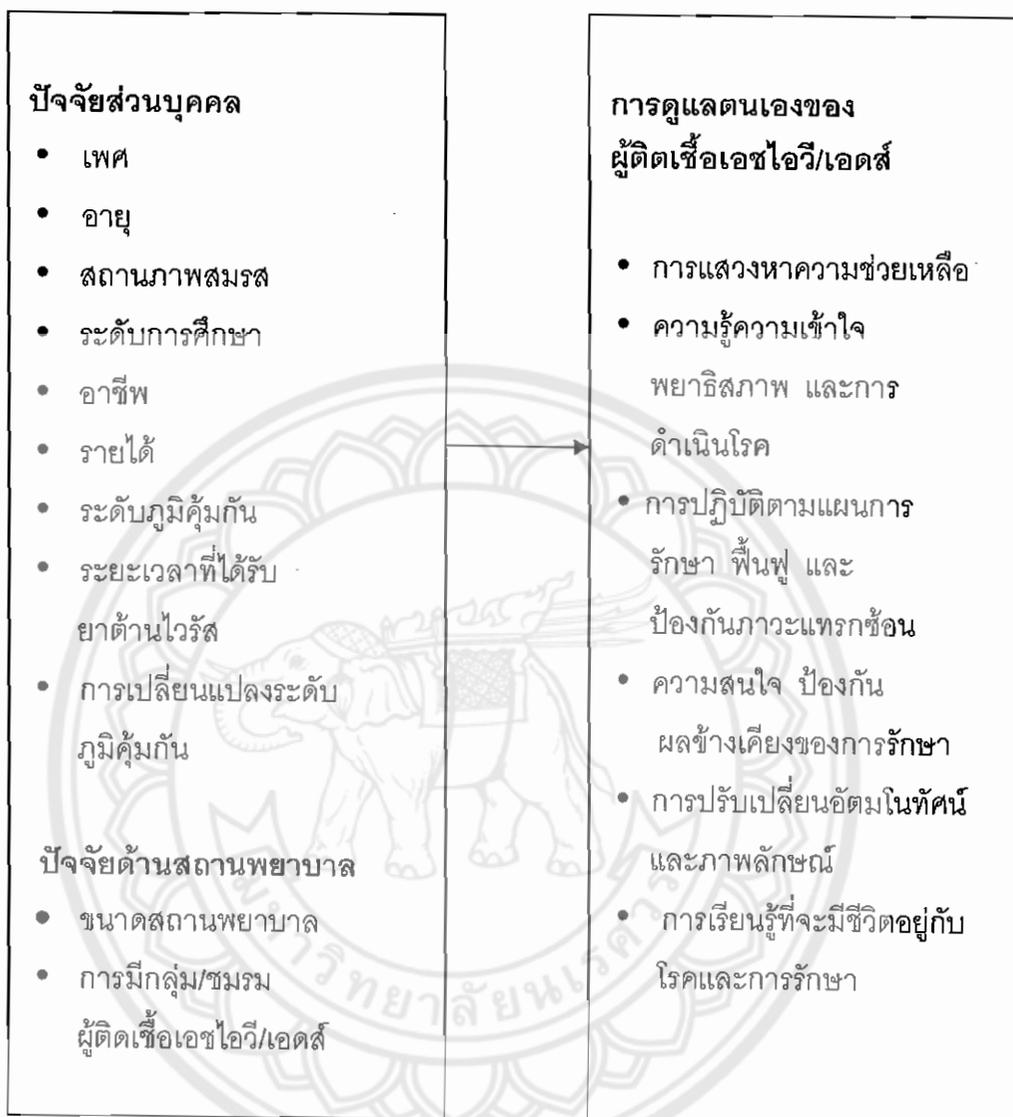
การดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส มีความสำคัญเนื่องจากการใช้  
 ยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวี เพิ่มปริมาณภูมิคุ้มกัน ลดการติดเชื้อ  
 อวัยวะ และช่วยให้การดำเนินโรคให้ช้าลงนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องรับประทานยาต้าน  
 ไวรัสอย่างถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ทุกเวลา) ให้ได้มากกว่า 95% และต้องสังเกต  
 ติดตามร่วมถึงมีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัส มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

เหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ดูแลความสะอาดอนามัยส่วนบุคคลและ สิ่งแวดล้อม มีการจัดการกับความเครียด มีการปรับเปลี่ยนอัตรานอนที่สั้นและยอมรับภาพลักษณ์ที่ เปลี่ยนไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรเฝ้าระวังพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การพูดคุยเมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีการเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมทาง สังคมในชุมชน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ต้องมีความรู้ และต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำเหมาะสมในสถานการณ์นั้น การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญในการกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นการดูแลเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และพยาธิสภาพของโรค เพื่อที่จะรักษาโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายให้ปกติ และสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิต ที่ดีเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในจังหวัดพิจิตร ว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้าน ต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีไอเอ็มอย่างไร มีพฤติกรรมดูแลตนเองในปัจจุบันอยู่ในระดับใด ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานพยาบาล ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ แตกต่างกันหรือไม่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย