



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตชายแดนไทย-ลาว

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ พย.ม.*
อรุณรัตน์ อุทัยแสง พย.บ.*

รัตติยา ทองอ่อน พย.ม.*
สุวรรณา บุญยະสิพรรณ ปร.ด.**
สดดา พลพุกา พย.ม.****

เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร PhD*
เจียมจิต แสงสุวรรณ ปร.ด.***
จินตนา จันทร์หลวง พย.บ.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 120 คน เครื่องมือคือแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.19$, $SD=0.26$) 2) ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีทั้ง 6 ด้าน เรียงตามลำดับ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}= 3.49$, $SD = 0.26$) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}= 3.39$, $SD = 0.40$) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X}= 3.24$, $SD = 0.42$) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}= 3.22$, $SD= 0.62$) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ทางประหวางบุคคล ($\bar{X}= 2.90$, $SD = 0.44$) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X}= 2.90$, $SD = 0.44$) และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.09$; $p = 0.33$, $r = 0.05$, $p = 0.95$; $r = 0.03$, $p = 0.75$; $r = -0.02$, $p=0.83$; $r = 0.37$, $p = 0.69$ และ $r = 0.06$, $p = 0.49$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยาต้านไวรัสเอชไอวี ชายแดนไทย-ลาว

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพนม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ เชื่อจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้สุขภาพทรุดโทรม ติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงเกิดความหวาดกลัวและกลัวความตาย เกิดภาวะโศกเศร้า ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามมา^{1,2} นอกจากนี้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับสถานพยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนการคิดค้นวิจัยเพื่อพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสที่เหมาะสมสำหรับทำการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาพรวมของเศรษฐกิจ และระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ^{1,2} ปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติผู้ป่วยเอดส์ในปี ค.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 33.3; 32.9 และ 34 ล้านคน ตามลำดับ³ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552-2554 มีจำนวน 359,807; 366,945 และ 376,690 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร^{4,5} บุคลากรสุขภาพจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพราะกลุ่มคนวัยแรงงานเป็นวัยที่เป็นกำลังแรงงานที่สำคัญของประเทศ ส่งผลต่อรายได้และภาวะเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม^{1,2}

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน เป้าหมายของการรักษาเพื่อลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ให้น้อยกว่า 50 copies/ml ช่วยให้ระดับ CD₄ cell count ในร่างกายสูงขึ้นผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงชะลอการดำเนินโรคลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส อัตราตาย มีชีวิตยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี^{1,2,6,7} จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่สูงขึ้นส่งผลให้มีผู้ทำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น การสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั่วโลกในปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่ามีจำนวน 4.05; 5.25 และ 6.65 ล้านคน ตามลำดับ³ จากตัวเลขพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประเทศไทยมีผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 158,521 คน¹

ความสำเร็จในการรักษาระยะยาวนั้นผู้ป่วยต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Medication adherence) อย่างน้อยร้อยละ 95^{1,2,6} การขาดยาเพียงมื้อเดียวสามารถก่อให้เกิดการดื้อยาตามมาได้⁸ การศึกษาภาวะดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวีในต่างประเทศ พบว่า อัตราดื้อยาร้อยละ 5.5-11.4⁹ ซึ่งเป็นอัตราค่อนข้างสูง สำหรับประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 30¹⁰ หากมีการดื้อยาค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้น 20-50 เท่า¹ ซึ่งเป็นภาระที่รัฐบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายนี้ แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าหากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ผู้ป่วยจะติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตเร็วขึ้น^{1,2,6,8} ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงมีความสำคัญยิ่ง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมกลับพบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 95 มีเพียงร้อยละ 30-70 เท่านั้น และที่สำคัญคือความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่ำสุดอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศไทยที่เป็นทั้งประเทศส่งประเทศรับ และประเทศทางผ่าน มีการอพยพย้ายถิ่นฐานข้ามพรมแดนระหว่างประเทศส่งผลให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อันเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นฐานของประชากร¹¹ จังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดชายแดนที่มีช่องทางการย้ายถิ่นของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่หลากหลายทั้งการเดินทางด้วยเรือและทางบกผ่านสะพานข้ามแม่น้ำโขง ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากการอพยพย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศ¹¹ ข้อมูลสถิติของด่านตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดนครพนมปีพ.ศ. 2555 รายงานว่า ประชากรที่เดินทางเข้าออกราชอาณาจักรไทยบริเวณด่านตรวจคนเข้าเมืองมีมากกว่าหนึ่งแสนคนต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹² การเดินทางย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศมีทั้งการเดินทางเข้ามาติดต่อเพื่อค้าขาย ท่องเที่ยว แอบแฝงเข้ามาทำงานในประเทศไทย รวมทั้งการมาขายบริการทางเพศโดยแฝงตัวทำงานในร้านอาหารหรือร้าน คาราโอเกะ¹¹ นอกจากนี้แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่มักมีความรู้ที่น้อย ขาดอำนาจ



ในการต่อรอง ต็มสุราษฎร์ถึงร้อยละ 84 และเที่ยวโสภณีสุงถึงร้อยละ 57.3¹³ สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมที่อาจทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งนับว่าปัญหาโรคเอดส์ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ยังคงเป็นสถานการณ์ปัญหาที่บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลนครพนมมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 716 คน รับประทานไวรัสเอชไอวี 410 คน แนวโน้มการต้อยาในปี พ.ศ. 2552-2554 เพิ่มขึ้นจาก 7 เป็น 10 คน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในปี พ.ศ. 2552-2554 ลดลงจากร้อยละ 98 เป็นร้อยละ 93¹⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender et al¹⁵ กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดำรงสุขภาพที่ดี ไม่ใช่แค่หลีกเลี่ยงโรคเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความผาสุกให้คงอยู่ในระดับสูงสุดเมื่อบุคคลมีกรรมสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในทุกด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีต่อไป Pender et al¹⁵ ยังกล่าวว่า ระยะเวลา 6 เดือน เป็นระยะที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัสเอชไอวียังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลซึ่ง Pender et al¹⁵ กล่าวว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาของพัชราตันธีรพัฒน์¹⁶ ลัดดาพลพุทธา¹⁷ อุดมรัตน์นิยมนา¹⁸ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่รับประทานไวรัสเอชไอวี บางปัจจัยมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจน ถึงแม้ว่าบางปัจจัย

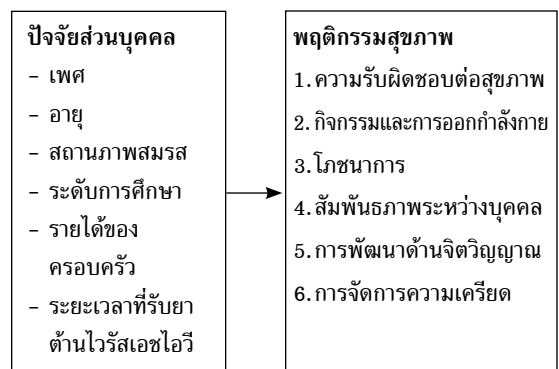
ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่เป็นปัจจัยที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเชิงรุกสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัสเอชไอวีให้ดำรงชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีความสุข ตลอดจนป้องกันปัญหาการต้อยาต้านไวรัสเอชไอวี ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัสเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่รับประทานไวรัสเอชไอวี กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานเอชไอวี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender et al¹⁵ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัสเอชไอวีดังกล่าวกรอบแนวคิดการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 6 เดือน ขึ้นไป เข้ารับบริการที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติตามกำหนด ได้แก่ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 6 เดือน ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) อายุระหว่าง 15-60 ปี 3) เป็นผู้ติดเชื้อที่ดื้อยาและไม่มีการดื้อยา 4) สามารถพูดและฟัง สื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณเพื่อทดสอบอำนาจทำนายของตัวแปรแต่ละตัวของ Green¹⁹ คือ $n = 104 + m$ เมื่อ m คือจำนวนตัวแปรทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเป็น 110 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 120 คน

การสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากกรอบทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย (Sampling frame) ที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการทุกวันอังคารที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นต้น ตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพได้แก่ระดับ CD₄ cell น้ำหนักตัวดัชนีมวลกาย Kamofsky's score ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และครั้งหลังสุด รวมถึงระดับ Viral load และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พัฒนาขึ้นโดย สุวรรณา บุญยะสิทธิ์²⁰

จำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (ข้อที่ 1-23) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (ข้อที่ 24-27) ด้านโภชนาการ (ข้อที่ 28-34) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ข้อที่ 35-43) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (ข้อที่ 44-50) และด้านการจัดการความเครียด (ข้อที่ 51-55) แบบสอบถามนี้เป็น Likert scale 4 ระดับ (ปฏิบัติไม่ได้เลย = 1 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 ปฏิบัติเป็นประจำ = 4) แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์²¹ ดังนี้ 3.50-4.00 คะแนน (พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก) 2.50-3.49 คะแนน (พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี) 1.50-2.49 คะแนน (พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้) และ 1.00-1.49 คะแนน (พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 9 คน ผู้วิจัยจึงทดสอบเฉพาะความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการทุกวันอังคาร ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2556 ณ คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับสิทธิ์ในการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและทำลายข้อมูลทั้งหมดด้วยการเผา ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัย อายุ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 41.25 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.8 มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนครพนมร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้น ประถมศึกษาร้อยละ 65 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 44.2 ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาร้อยละ 85.8 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบผลการติดเชื้อ 8.36 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 5.66 ปี เคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ร้อยละ 43.3 เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยาารุนแรง ร้อยละ 35.8 รับประทานไวรัสสูตรพื้นฐานร้อยละ 93.3 เป็นยาสูตร d4T + 3TC + NVP (GPO VIR S) มากที่สุด ร้อยละ 47.5 เกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ร้อยละ 51.7 อาการข้างเคียงบ่อย คือ แก้มตบ/แขนชาลิบ/ก้นลิบร้อยละ 24.2

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับ CD₄ cell น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และ Karnofsky's score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ระดับ Viral load น้อยกว่า 50 copies/ml ร้อยละ 90 และมีค่า Medication adherence³ 95% ร้อยละ 94.2

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.26) และพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะรับประทานไวรัสเอชไอวี ($\bar{X} = 3.49$, SD = 0.26) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.89$, SD = 0.52) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.24$, SD = 0.42) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.90$, SD = 0.44) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.39$, SD = 0.40) และด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 3.22$, SD = 0.62)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ($r = 0.09$; $p = 0.33$, $r = 0.05$, $p = 0.95$; $r = 0.03$, $p = 0.75$; $r = -0.02$, $p = 0.83$; $r = 0.37$, $p = 0.69$ และ $r = 0.06$, $p = 0.49$)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2,11,17,18,22,23} ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.5 ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี^{1,2,11,17,18} เช่น การศึกษาของพีชรา ต้นธีรพัฒน์¹⁶ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ และ Ncama et al²⁴ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

นอกจากนี้ระบบการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลและมีเจ้าหน้าที่เฉพาะสำหรับดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะก่อนและขณะรับประทานไวรัสอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้^{1,2,17,18,22}

ปัจจุบันการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ มีมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลที่เป็นในการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี^{1,2,11,17,18,22,23,25} สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มขึ้นของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ CD₄ cell count น้ำหนักตัว



ดัชนีมวลกายและคะแนน Karnofsky's score ปังชี้ถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชุมแสง²² และอุดมรัตน์ นิยมนา¹⁸ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี Pender et al¹⁵ กล่าวว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความสนใจและเอาใจใส่แสวงหาข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพและการใช้ระบบบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตน^{1,2,11,17,18,22}

การศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2,11, 17,18,22} อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะปฏิบัติกิจกรรมที่มีกระเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำงานบ้านและการออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะยืดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยเอดส์ได้ ทำให้สุขภาพแข็งแรง ร่างกายกระชุ่มกระชวย ทำให้เกิดความเพลิดเพลินสนุกสนานและคลายเครียด สุขาคงแค้นเพลินพิศฐานิวัฒนานนท์ และพัชรี ไชยลังกา²⁶ พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ใช้วิธีการออกกำลังกายเพื่อจัดการปัญหาอ่อนเพลีย สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพด้านหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของบุคคล บุคคลควรมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2,11,17,18,22,23,27} ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี อธิบาย

ได้ว่า การได้รับคำปรึกษาทั้งในระยะก่อนและขณะรับยาต้านไวรัสเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและมีการประเมินภาวะโภชนาการทุกครั้งที่ได้รับบริการมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องแนวคิด Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า โภชนาการที่ดีจะทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2,11,17,18,22,23,27} อธิบายได้ว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นส่งผลให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเข้าสู่สังคม และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนี้การณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทำให้ประชาชนคุ้นเคยและเข้าใจเรื่องโรคเป็นอย่างดี ส่งผลให้สังคมยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมได้เป็นอย่างดี²⁴ นอกจากนี้การได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากญาติ การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น^{1,2,11, 17,18,22} สอดคล้องแนวคิด Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ชุมแสง²² อุดมรัตน์ นิยมนา¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abel et al²³ และ การศึกษาของ Riley et al²⁷ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตอย่างอย่างมีจุดมุ่งหมายและประพฤติดนให้มีคุณค่า สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเมื่อได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีแล้วทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะตัดสินใจคุณค่าในตนเองจากการที่สามารถทำงานหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ดั้งเดิม จึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม^{1,2,11,17,18,22} นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผ่านการให้



คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่หลายครั้งในระบบการเข้ารับคำปรึกษาและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจึงมีการเตรียมความพร้อมทั้งเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 95.8 ความเชื่อทางศาสนาโดยเฉพาะการปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ อันเป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกด้านจิตวิญญาณที่จำเป็นในการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์^{28,29} จึงสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมพร้อมในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการยึดในหลักคำสอนทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบและความผาสุกของชีวิต

ผลการศึกษาคั้งนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{1,2,11,17,18,22} อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดระบายหรือปรึกษาปัญหา กับสามีหรือภรรยา สำหรับในรายที่มีสถานภาพโสดก็จะปรึกษาคคนในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์¹⁶ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.8 จึงได้นำหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นสิ่งลดและคลายความเครียด เช่น การไปวัดทำบุญ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบ ยอมรับการความจริงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และปรับตัวกับสิ่งที่มาคุกคามได้ รวมทั้งการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องผ่านการให้คำปรึกษาทุกราย^{1,2,11,17,18,22} ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับดีสอดคล้องแนวคิด Pender et al¹⁵ ที่กล่าวว่า ความเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและระบบการทำงานที่ของร่างกาย ดังนั้นบุคคลต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการลดความตึงเครียดเพื่อก่อให้เกิดความผ่อนคลาย

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{16,17,18,20} อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณเหมือนกัน ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งเพศชายและเพศหญิงทุกคนต้องผ่านการให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา มีการติดตามทั้งในระยะก่อนและหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี^{1,2,11,17,18,22} ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Johnson²⁹ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ บุญยະสิพรรณ²⁰ ลัดดาพลพุทธา¹⁷ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุเฉลี่ย 41.25 ปีซึ่งพัฒนาการด้านร่างกายและด้านจิตใจมีความสมบูรณ์ ทำให้มีศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของอุดมรัตน์ นิยมมา¹⁸ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา ตันธีรพัฒน์¹⁶ และอุดมรัตน์ นิยมมา¹⁸ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งเป็นแหล่งที่ช่วยสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ^{16,17,22} อีกทั้งบริบทสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยายอาศัยอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวจึงเป็นแหล่งสร้างเสริมกำลังใจและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของถวนันท์ สัจจเจริญพงษ์³⁰ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์



ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา ตันธีรพัฒน์¹⁶ อุดมรัตน์ นิยมนา¹⁸ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ การให้ความรู้และคำปรึกษาจาก แพทย์พยาบาล เภสัชกร หรืออาสาสมัครผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ การเข้ารับบริการยาต้านไวรัส การติดตามระดับ CD₄ cell count ทุก 6 เดือน และติดตามระดับ Viral load ทุก 1 ปี ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำทุกครั้งขณะมาตรวจ ตามนัด^{17,18} แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุวรรณมา บุญยะสิทธิ์²⁰ ที่พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รับยาต้าน ไวรัสเอดส์

รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา¹⁷ อุดมรัตน์ นิยมนา¹⁸ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานอายุเฉลี่ย 41.25 ปี สามารถ ประกอบอาชีพได้ รายได้ของครอบครัว 5,000 บาทต่อ เดือน และมีสิทธิในการรักษาที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายใน การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้ส่วนใหญ่ ภูมิภาคอยู่ในจังหวัดนครพนมร้อยละ 96.7 ทำให้มีความสะดวกในการเข้ารับบริการ แต่แตกต่างจากการ ศึกษาของพัชรา ตันธีรพัฒน์¹⁶ ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา พลพุทธา¹⁷ อุดมรัตน์ นิยมนา¹⁸ อธิบายได้ว่า กลุ่ม ตัวอย่างขณะมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำทุกคน เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการ เรียนรู้ ปรับตัวและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างรับยาต้านไวรัสเฉลี่ย นาน 5.66 ปี ระยะเวลา ดังกล่าวยาวนานพอที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต^{15,17,18} แตกต่าง จากการศึกษานี้ของพัชรา ตันธีรพัฒน์¹⁶ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ในระยะ 25-36 เดือน มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะ 13-24 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้านอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเป็น ระยะๆ

2. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการ สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้านโดยเฉพาะ ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ได้แก่ ด้านการมี สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการมีกิจกรรมและ การออกกำลังกายโดยเน้นการมีส่วนร่วมให้สามารถ สอดแทรกและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการ ศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ ตัวแปรที่ควรศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ การรับรู้ สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หรือไม่

4. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบที่ช่วยส่งเสริมเสริมพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

5. ควรวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วย ส่งเสริมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีพฤติกรรม สุขภาพอยู่ระดับดีและมี Medication adherence 100% เพื่อที่จะได้นำข้อมูลเชิงลึกมาใช้ในการวางแผนใน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มี Medication adherence ต่ำกว่า 95% ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ทุกคน และคณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมที่อนุญาติทุนสนับสนุนการทำวิจัย



References

1. Chaiyasit Y, Boonyaleepun S. Health behavior of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy more than 10 years. *HPC5 Journal* 2010; 4(8): 10-24.
2. Siriphanitsakunt K, Boonyaleepun S. Health behavior of working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy. *DPC 5 J* 2011; 17(3): 22-33.
3. WHO, UNICEF & UNAIDS. Progress report 2011: Global HIV/AIDS response. [online] 2011 [cite 2012 February 21] Available from: URL: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html.
4. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health. AIDS surveillance. [online] 2011 [cite 2012 February 21] Available from: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?list=1&cat=3>
5. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health. AIDS Surveillance. [online] 2012 [cite 2012 May 14] Available from: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
6. Mannheimer S, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care* 2005; 17(1): 10-22.
7. Sansupa W, Sangchart B. The effectiveness of Self-management program on antiretroviral adherence and health indicators in HIV/AIDS patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(3): 50-57.
8. Chesney M. Adherence to HAART Regimens. *AIDS Patient Care and STDs* 2003; 17(4): 169-177.
9. Shekelle P, Maglione M, Goetz MB, Wagner G, Wang Z, Hilton L et al. Antiretroviral (ARV) Drug Resistance in the Developing World. [online] 2007 [cite 2009 December 16] Available from: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/antiretro/antiret.pdf>
10. Klaewkasikit C. Adherence. [online] 2008 [cite 2009 May 23] Available from: http://piphat.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=12&sub=21
11. Kor-issaranuphab N. Health behaviors of person with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy at a public hospital in the Northeast region of Thailand border along the Mekhong River. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011.
12. Immigration Bureau. Statistics inspect persons and vehicles. [online] 2012 [cite 2012 March 8] Available from: URL: <http://nakhonphanom.immigration.go.th>.
13. Kongthanachayo S, Kaseewong W, Promarak A. Development of migrant workers potential on AIDS prevention and control in Nakhon Phanom. [n.p.: n.d.]: 2008.
14. Khamchai A. Health behaviors of persons with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy more than 2 year. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. New Jersey: Pearson Education; 2003.
16. Tunteerapat P. Factors related to health promoting behaviors among persons with AIDS, Bumrasnaradura Infectious Disease Institute. [Thesis]. Bangkok: Rangsit University; 2009.
17. Pholputta L. Health behaviors of persons with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy more than 5 years. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.



18. Niyomna U. The relationships between selected factors and health behaviors of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012.
19. Green SB. How many subject dose it take to do a regression analysis?. *Multivariate Behavioral Research* 1991; 26: 449-510.
20. Boonyaleepun S, Boonyaleepun S. A causal model of the health behaviors of AIDS patients receiving antiretroviral therapy. [Dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
21. Wongratana C. Statistical methods for research. 10th ed. Nonthaburi: Thaineramit-git Inter Progressive; 2002.
22. Choomsang B. Health behaviors of persons with HIV/AIDS receiving antiretroviral. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
23. Abel E, Hopson L, Delville C. Health promotion for women with human immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner* 2006; 18: 534-543.
24. Ncama BP, McInerney PA, Bhengu BR, Corless IB, Wantland DJ, Nicholas PK, et al. Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 1757-1763.
25. Gellaitry G, Cooper V, Davis C, Fisher M, Date HL, Horne R. Patients' perception of information about HAART : Impact on treatment decisions. *AIDS Care* 2005; 17(3): 367-376.
26. Kongkaew S, Thaniwattananon P, Chailungka P. Health problems and use of complementary healing methods in HIV/AIDS patients in hospitals in Songkhla province, Southern Thailand. *Songkla Med J* 2007; 25(4): 283-294.
27. Riley T, Lewis B, Lewis MP, Fava JL. Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2008; 19(1): 3-15.
28. Cotton S, Tsevat J, Szaflarski M, Kudel I, Sherman SN, Feinberg J, et al. Changes in Religiousness and Spirituality Attributed to HIV/AIDS Are There Sex and Race Differences?. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 14-20.
29. Johnson RL. Gender differences in healthpromoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing* 2005; 22(2):130-137.
30. Sajjarengpong T. Self-Care Behaviors of HIV Club Members, Petchaburi Province [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010
31. Siwavejpikul P. Self-care behaviors of HIV(AIDS) patients with Highly Active Antiretroviral Therapy. [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2008.



Factors Related to Health Behaviors of Persons with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy at a Hospital Located in Thai-Laos Border Region

Yuttachai Chaiyasit M.N.S.*
Arunrat uthaisang B.N.S.*

Rattiya Thongon M.N.S.*
Suwanna Boonyaleepun PhD**
Ladda Pholputta M.N.S.****

Phensiri Dumrongpakapakorn PhD*
Jiamjit Saengsuwan PhD***
Jintana Janluang B.N.S.*****

Abstract

The purposes of descriptive study were to study 1) health behavior of HIV/AIDS patients who had received HIV antiretroviral therapy, and 2) the relationship between personal factors and health behavior. The research framework was based on Pender's Health Promotion Model. The sample group consisted of HIV and AIDS patients (n = 120) who had received antiretroviral therapy for at least six months. The research instrument used was the HIV/AIDS patients' health behavior questionnaire which the Cronbach's alpha coefficient testing for reliability was 0.86. Descriptive statistics were used for data analysis. To examine the relationships between selected factors and health behavior of HIV/AIDS patients, the Point biserial correlation and Pearson's product moment correlation were applied.

The result of study: 1) Overall health behavior level was good ($\bar{X}=3.19$, $SD=0.26$) 2) Factor each aspect, it was found that the level of health behavior was good for all six aspects: health responsibility ($\bar{X}= 3.49$, $SD = 0.26$), spiritual growth ($\bar{X}= 3.39$, $SD = 0.40$), nutrition ($\bar{X}= 3.24$, $SD = 0.42$), stress management ($\bar{X}= 3.22$, $SD = 0.62$), interpersonal relations ($\bar{X}= 2.90$, $SD = 0.44$), and exercise ($\bar{X}= 2.90$, $SD = 0.44$), and 3) with regard to the relationships between health behavior of HIV/AIDS patients who had received antiretroviral therapy and gender, age, marital status, education level, family income and length of receiving antiretroviral therapy were no significant correlation ($r = 0.09$; $p = 0.33$, $r = 0.05$, $p = 0.95$; $r = 0.03$, $p = 0.75$; $r = -0.02$, $p=0.83$; $r = 0.37$, $p = 0.69$ and $r = 0.06$, $p = 0.49$ respectively)

Keywords: health behaviors, HIV/AIDS, antiretroviral therapy, Thai-Laos border region

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**** Lecturer, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars

*****Register Nurse, Nakhon Phanom Hospital