



# พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอดส์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง Health Behaviors of Working – Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy in a Tertiary Care Hospital

|           |              |             |           |               |              |
|-----------|--------------|-------------|-----------|---------------|--------------|
| สุวรรณา   | บุญยาลีพรรณ  | ปร.ด. *     | Suwanna   | Boonyaleepun  | Ph.D. *      |
| เจียมจิต  | แสงสุวรรณ    | ปร.ด. **    | Jiamjit   | Saengsuwan    | Ph.D. **     |
| สมใจ      | พุทธรักษ์ผล  | พย.ด. ***   | Somjai    | Puttapitukpol | D.N.S. ***   |
| อารีวรรณ  | กลั่นกลั่น   | ปร.ด. ****  | Areewan   | Klunklin      | Ph.D. ****   |
| วลัยพร    | นันทศุภวัฒน์ | ศศ.ด. ***** | Walaiporn | Nantsupawat   | Ph.D. *****  |
| จิตนันท   | ศรีจักรโคตร  | พย.ด. ***** | Jitpinan  | Srijakkot     | D.N.S. ***** |
| ลัดดา     | พลพุดา       | พย.ม. ***** | Ladda     | Pholputta     | M.N.S. ***** |
| ยุทธชัย   | ไชยสิทธิ์    | พย.ม. ***** | Yuttachai | Chaiyasit     | M.N.S. ***** |
| วีระวรรณ  | คุ้มกลาง     | พย.ม. ***** | Weerawan  | Khumklang     | M.N.S. ***** |
| อมรรัตน์  | คำชัย        | พย.ม. ***** | Amornrat  | Khamchai      | M.N.S. ***** |
| อุดมรัตน์ | นิยมนา       | พย.ม. ***** | Udomrat   | Niiyomna      | M.N.S. ***** |

- 
- \* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Associate Professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University
- \*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Associate Professor, Faculty of Public Health, KhonKaen University
- \*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
- \*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
- \*\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
Associate Professor, School of Nursing, Rangsit University
- \*\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Assistant Professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University
- \*\*\*\*\* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม  
Lecturer, Boromarajonani College of nursing, NakhonPhanom University
- \*\*\*\*\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย  
Lecturer, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars
- \*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา  
Registered Nurse, Phimai Hospital, NakhonRatchasimaProvince
- \*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม  
Registered Nurse, NawaHospital, NakhonPhanom Province
- \*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ  
Registered Nurse, ChaiyaphumHospital, Chaiyaphum Province



## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 138 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคมพ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของสุวรรณา บุญยเลิศพรรณ (2550) พัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 3.25, S.D. = 0.30)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ( $\bar{X}$  = 3.58, S.D. = 0.27) และ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D. = 0.38) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี 4 ลำดับ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$  = 3.25, S.D. = 0.51) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ( $\bar{X}$  = 3.22, S.D. = 0.49) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 2.96, S.D. = 0.54) และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( $\bar{X}$  = 2.96, S.D. = 0.54) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทั้งหกด้านอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา รวมทั้งการลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัยแรงงาน การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

## Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the health behaviors of working- age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral (ARV) therapy. The sample group consisted of 138 patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral (ARV) therapy more than 6 months at a tertiary care hospital in August, 2012. The research tool included the demographic data and the health behaviors of persons living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy questionnaire was developed by Suwantha Boonyaleepun (2007) based on Pender's Health Promotion Model and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient yielding of 0.90. Data analysis used descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

### The results of study

1. Overall health behavior score among working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy was at good level. ( $\bar{X}$  = 3.25, S.D. = 0.30).



2. Health behavior level in each aspect: Two aspects of the health behavior which were at the best level included health behavior of health responsibility for taking ARV regimens ( $\bar{X}$  = 3.58, S.D. = 0.27) and health behavior of spiritual growth ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D. = 0.38). The four aspects score of health behavior were at good level. According to score, it was ranked as follows: 1) health behavior of stress management ( $\bar{X}$  = 3.25, S.D. = 0.51), 2) health behavior of nutrition ( $\bar{X}$  = 3.22, S.D. = 0.49), 3) health behavior of physical activities ( $\bar{X}$  = 2.96, S.D. = 0.54), and 4) health behavior of interpersonal relations ( $\bar{X}$  = 2.96, S.D. = 0.54).

The finding from the study suggests that six aspects of health behaviors should be continuously maintained by healthcare providers, especially in the promoting of some aspects such as physical activities, nutrition, interpersonal relations and health responsibility for taking ARV regimens, reducing risk behavior and increasing the self protection from opportunistic infection and prevention on transmission of HIV infection.

**Key words :** Health Behaviors, Working – Age Patients with HIV/AIDS, Antiretroviral Therapy

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยมีจำนวน 372,874 คน พบมากในกลุ่มวัยทำงานอายุ 20-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.07 เป็นวัยซึ่งมีการประกอบอาชีพ รายได้จากการทำงานของผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสียไปจากการที่ไม่สามารถทำงานได้หรือผู้ป่วยเอดส์ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (วาสนา อัมเม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542; สุธีรา อุณหะกุล และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2547; Kitajima, Katayashi, Chaipah, Sato, Chadbunchachai, & Thuennadee, 2003) ประกอบกับ ต้นทุนของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ซึ่งเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากของรัฐเพราะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ [สปสช.], 2550) และรายคาที่ใช้ในการรักษา จะเพิ่มสูงขึ้นตามสูตรยาที่ต้องเปลี่ยนไป โดยเฉพาะ กรณีที่มีการดื้อยา รายคาจะเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว ประมาณ 20,000-50,000 บาทต่อคนต่อเดือน (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2550) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับธนาคารโลกได้ทำการศึกษาไปข้างหน้าคาดการณ์ว่า ในปีค.ศ. 2020 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยดื้อยาสูงถึงร้อยละ 30 (เชิดเกียรติ แก้วกลลิกิจ, 2552)

โรคติดเชื้อเอชไอวียังไม่มียาที่รักษาให้หายขาดได้ ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นเพียงการยับยั้งให้เชื้อไวรัส

เอชไอวีในร่างกายมีปริมาณต่ำมากที่สุด เป็นระยะเวลา นานต่อเนื่องนานที่สุด สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ พร้อมกับยืดระยะเวลาการดื้อยาของเชื้อเอชไอวีให้นาน ที่สุดนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่าเสมออย่างน้อย ร้อยละ 95 ร่วมกับการปรับพฤติกรรมอื่นๆ ให้เหมาะสม เช่นการปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ให้เหมาะสม การคลายเครียด เป็นต้น จึงจะทำให้การ รักษามีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน ที่ดีขึ้น (Chernoff, 2007; กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2550; ประพันธ์ ภาณุภาค, มนุญ ลิขสงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา อีรัตน์กุล, และคณะ, 2553) ทั้งนี้ เพราะผลของการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่าเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ยังส่งผลให้เกิดการ ดื้อยาได้ง่าย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สปสช., 2550; Kanya, Mermin & Kaplan, 2008) ซึ่งประเมินได้จากปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (Viral load) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 (CD4) ที่ลดลงภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวี อย่างน้อย 6 เดือน (กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2550; ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ, 2553) จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี



และผู้ป่วยเอดส์สะสมสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สะสม รวมทั้งสิ้น 7,725 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, อมรา ทองคง, อรพรรณ แสงวรรณลอย, กมลชนก เทพสิทธิ, วณิชนันท์ รุจิวัฒน์, และสุชา จุนศิริยากร, 2554) อีกทั้งยังเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นประตูสู่อีสานและมีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ (นครราชสีมาประตูสู่อีสาน, 2555) คนอีสานมักจะมีการย้ายถิ่นฐานจากบ้านเกิดเพื่อไปทำงานอาชีพในภาคต่างๆ ของประเทศหรือในต่างประเทศ (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับกรณีของประชากรวัยทำงานที่มีการย้ายถิ่นฐานของแรงงานจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการแพร่เชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น (กฤตยา โยธาประเสริฐ, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, ชญาภา เพิ่มพรสกุล, สมจิตร ฤกษ์นิมิตร, และวาสนา นิยมรพันธ์, 2554)

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประชนาต้านไวรัสเอชไอวีจากจังหวัดต่างๆ หลากหลายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนมากถึง 2,721 (รายงานให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่อง, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2555) จากรายงานสรุปภาพรวมการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในปีงบประมาณ 2552- 2553 มีผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประชนาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีการใช้ยาสูตรพื้นฐานจำนวน 728 รายและ 976 รายตามลำดับส่วนสูตรดื้อยาจำนวน 98 รายและ 155 ราย ตามลำดับ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประชนาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้เพราะระยะเวลา ดังกล่าวผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้ในระดับหนึ่ง และจักมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิต อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) โดยผลการวิจัยจะนำมาใช้เป็นข้อมูล

สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกทั้งระยะสั้นและระยะยาวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประชนาต้านไวรัสเอชไอวีต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al., (2002) เพราะเป็นแบบฉบับที่มีแนวคิดผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์กับพฤติกรรมศาสตร์ ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านจิตสังคม (Biopsychological) สามารถอธิบายพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของบุคคลได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยอาศัยแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากโรค แต่เป็นพฤติกรรมที่ต้องการดำรงชีวิตและเพิ่มพูนความผาสุกให้อยู่ในระดับสูงสุดเมื่อบุคคลสามารถผสมผสานพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่

- 1) ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะรับประชนาต้านไวรัสเอชไอวี
- 2) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- 3) โภชนาการ
- 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และ
- 6) การจัดการกับความเครียด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ประชากรคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปที่มาใช้บริการที่คลินิกให้คำปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20-60 ปี รับประชนาต้าน



ไวรัสสูตร A, B, C และ D สามารถสื่อความหมายได้ดี มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบประชากรแน่นอน (Cochran, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พัฒนาขึ้นโดย สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ (2550) ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธ์กับบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert's scale วัดเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดี คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่พัฒนา

ขึ้นโดย สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ (2550) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี รายชื่อ รายด้านและโดยรวมโดยการหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัยพบว่า

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้มีจำนวน 138 คน เป็นเพศชายร้อยละ 52.20 เพศหญิงร้อยละ 47.80 อายุเฉลี่ย 39.30 ปี (S.D. = 8.48) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.30 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.30 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 51.40 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 44.90 เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเฉพาะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 82.40 รองลงมา เปิดเผยเฉพาะคนในครอบครัว ร้อยละ 62.30

กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ 18 เดือน (6-210 เดือน) และรับ



ยามากกว่า 24 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 71.70 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสพื้นฐานกลุ่ม A ร้อยละ 47.10 โดยเป็นยาสูตร AZT + 3TC + NVP (GPO VIR Z) มากที่สุดร้อยละ 24.60 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพได้แก่ ระดับ CD4 cell น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ Karnofsky's score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ตามลำดับ)และมี Medication adherence  $\geq 95\%$  คิดเป็นร้อยละ 99.17

## 2. พฤติกรรมสุขภาพ

### 2.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.25$ , S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ( $\bar{X} = 3.58$ , S.D. = 0.27) และ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 3.56$ , S.D. = 0.38) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี 4 ลำดับ เรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X} = 3.25$ , S.D. = 0.51) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ( $\bar{X} = 3.22$ , S.D. = 0.49) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 0.54) และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคล ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 0.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน (n=138)

| พฤติกรรมสุขภาพ                                           | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับ |
|----------------------------------------------------------|-----------|------|-------|
| 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี | 3.58      | 0.27 | ดีมาก |
| 2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย                     | 2.96      | 0.54 | ดี    |
| 3. ด้านโภชนาการ                                          | 3.22      | 0.49 | ดี    |
| 4. ด้านการมีสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคล                       | 2.96      | 0.54 | ดี    |
| 5. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ                             | 3.56      | 0.38 | ดีมาก |
| 6. ด้านการจัดการกับความเครียด                            | 3.25      | 0.51 | ดี    |
| โดยรวม                                                   | 3.25      | 0.30 | ดี    |

### 2.2 พฤติกรรมสุขภาพรายข้อ

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่

1) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ การมาตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 3.87$ , S.D. = 0.41) และการรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = 0.35) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ตรงตามเวลาร้อยละ

3.60 โดยยังแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 4.30

2) การป้องกันโรคแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน ( $\bar{X} = 3.96$ , S.D. = 0.24) และการรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน ( $\bar{X} = 3.91$ , S.D. = 0.31) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง



ไม่ได้หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดสัตว์บางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมาสู่ตนและไม่ได้หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ร้อยละ 8.00, 2.90 ตามลำดับ

3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ( $\bar{X}$  = 3.87, S.D. = 0.47) และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X}$  = 3.84, S.D. = 0.39) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำสูงถึงร้อยละ 85.50 และ ร้อยละ 84.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมที่ไม่แยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) ถึงร้อยละ 13.80 และในการทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่เป็นเพื่อนเล็ดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือ กำจัดทิ้งกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ได้เลยร้อยละ 3.60 และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 1.40

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง ( $\bar{X}$  = 3.77, S.D. = 0.62) และการออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ( $\bar{X}$  = 3.67, S.D. = 0.66) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับพอใช้ 2 ลำดับท้าย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ( $\bar{X}$  = 2.30, S.D. = 1.29) และการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสม (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ( $\bar{X}$  = 2.09, S.D. = 1.01)

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว แล้วเปรียบเทียบกับครั้งที่ครั้งก่อน

( $\bar{X}$  = 3.63, S.D. = 0.77) และการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ ( $\bar{X}$  = 3.63, S.D. = 0.64) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลาทุกมื้อและไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ 10.90, 4.30 ตามลำดับ

2.2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก 1 ข้อ ได้แก่ การปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X}$  = 3.78, S.D. = 0.52) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 2 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ การไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X}$  = 3.65, S.D. = 0.42) และเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้ปรึกษากับคนในครอบครัว ( $\bar{X}$  = 3.04, S.D. = 1.09) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้แสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ร้อยละ 42.80 และเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตไม่ได้ปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) หรือกับคนในครอบครัว ร้อยละ 21.70, 11.60 ตามลำดับ

2.2.5 พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2 ลำดับแรก ได้แก่ การทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี ( $\bar{X}$  = 3.78, S.D. = 0.55) และการประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า ( $\bar{X}$  = 3.78, S.D. = 0.53) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี มี 1 ข้อคือ การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ ( $\bar{X}$  = 2.67, S.D. = 1.00)

2.2.6 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูง 2 ลำดับแรก ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดได้ดี



(เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยระบายกับบุคคล  
ที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ( $\bar{X}$  = 3.43,  
S.D. = 0.64) และการยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้  
( $\bar{X}$  = 3.42, S.D. = 0.73)

## การอภิปราย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย  
ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี  
นั้นเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น  
อายุเฉลี่ย 39.30 (S.D. = 8.48) ปี และเป็นวัยแรงงาน  
สามารถประกอบอาชีพได้ โดยร่างกายมีพัฒนาการ  
สูงสุด จึงเป็นวัยที่สร้างสรรค์ มีความภาคภูมิใจ  
ในตนเอง โดยมีการพัฒนาด้านจิตสังคมที่พร้อมจะ  
รับผิดชอบตัวเองและครอบครัว มีความหวังที่จะมี  
ชีวิตยืนยาวและมีความหวังในการดำเนินชีวิต ยอมรับ  
ความเป็นจริงและมีความสามารถในการปรับตัวให้ดำเนิน  
ชีวิตในปัจจุบันเพื่ออยู่ร่วมกับโรคติดเชื้อเอชไอวีได้  
อย่างปกติ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; พูนศรี รังษิณี,  
2550; ฤทธิญา บุรินทร์กุล, วรุณี พองแก้ว, และ พูนทรัพย์  
โสภารัตน์, 2550) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัส  
เอชไอวีมากกว่า 24 เดือน ซึ่ง Pender et al., (2002)  
กล่าวว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาส่งผลต่อการสั่งสมความรู้  
และประสบการณ์ของบุคคลอื่นมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพ ระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการคงไว้  
ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และจกมีการปฏิบัติพฤติกรรม  
สุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าไปในแบบแผนการ  
ดำเนินชีวิต อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาวะที่ดี  
สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธวรรณ ศิวเวทีกุล,  
ประนอม โอทกานนท์, จรรจา สันตยากร, และ  
สำราญ มีแจ้ง (2551) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส 25-36 เดือน มีพฤติกรรม  
การดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่  
รับยาต้านไวรัส 13-24 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p < 0.05$ ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส  
เอชไอวีสูตรพื้นฐาน ได้แก่ GPO VIR Z ประกอบด้วยตัว  
ยา 3 ชนิด ได้แก่ AZT + 3TC + NVP ภายในเม็ดเดียว

ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้ง่ายซึ่งมีผลต่อความสม่ำเสมอ  
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (เชิดเกียรติ  
แก่ลัทธิกิจ, 2552) นอกจากนี้ผลการทบทวนงานวิจัย  
อย่างเป็นระบบ (Meta analysis) พบว่า สูตรยาต้านไวรัส  
ที่ง่ายต่อการรับประทาน โดยเฉพาะถ้าให้ยาเม็ดเดียวต่อ  
วันมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี  
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Parienti, Bangsberg,  
Verdon, Gardner, 2009)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62.30)  
เปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่สมาชิกในครอบครัวอีกทั้ง  
ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่กับครอบครัว  
ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริม  
ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ  
ได้ดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในรายที่เปิดเผย  
สภาพแก่สมาชิกในครอบครัวและได้รับการยอมรับ  
จะได้รับความเห็นใจและกำลังใจจากครอบครัวเป็น  
อย่างดี ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย  
เอดส์ต้องดูแลตนเองเพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก สอดคล้อง  
กับการศึกษาของ Remien, Stirratt, Dolezal,  
Dogninb, Wagner, & Carballo-Diegeza, (2005);  
Weiss, French, Waters, Netherland, Agins, &  
Finkelstien, (2006); Atkinson, Schonnesson,  
Williams, & Timpson, (2008); Ncama, McInerney,  
Bhengu, Corless, Wantland, & Nicholas, (2008).  
ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถ  
ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความ  
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น  
รวมทั้งโรงพยาบาลมีระบบบริการให้คำปรึกษาเป็น  
มาตรฐานการบริการโดยจัดหน่วยงานและมีเจ้าหน้าที่  
เฉพาะสำหรับดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อ  
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวีในระยะก่อนและขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี  
อย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้นำไปสู่การ  
ปฏิบัติพฤติกรรม อีกทั้งรัฐบาลได้มีการเผยแพร่ข้อมูล  
ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ  
มากมาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือต่างๆ จึงทำให้กลุ่ม  
ตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์,



2553; กัลยาณี ศิริพานิชย์ศกุลันต์, 2554; Gellaitry, Cooper, Davis, Fisher, Date, & Horne, (2005) สนับสนุนแนวคิดของ Pender et al., (2002) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับ CD4 cell น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ Karnofsky's score ภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสนับสนุนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในรายข้อพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ตรงตามเวลาร้อยละ 3.60 โดยยังแก้ไขปัญหหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสได้เป็นบางครั้งร้อยละ 4.30 พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสนใจโดยมีการวางแผนเชิงรุกหาแนวทางปรับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงตามเวลา โดยให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดคือการมี Medication adherence  $\geq$  ร้อยละ 95 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการดื้อยาในอนาคต 2) การป้องกันโรคแทรกซ้อนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือการใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจแพร่เชื้อโรคมาสู่ตนเองและไม่ได้หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด พฤติกรรมดังกล่าวบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ โดยวางแผนการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้านนี้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆจะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเลวลงจนถึงแก่กรรมได้ ดังนั้นการจัดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน นับเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ (Crason & Caron, 1998) 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำสูงถึงร้อยละ 85.50 และร้อยละ 84.80 ตามลำดับ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่ไม่แยกใช้ของส่วนตัวสูงถึงร้อยละ

13.80 และในการทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่เป็นเบื่อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือ กำจัดทิ้งกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ได้เลย ร้อยละ 3.60 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 1.40 พฤติกรรมดังกล่าวบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นการเร่งด่วน โดยวางแผนการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มเป็นระยะๆ และมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้านนี้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างยังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ( $\bar{X}$  = 2.30, S.D. = 1.29) และการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสม (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ( $\bar{X}$  = 2.09, S.D. = 1.01) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทำให้ไม่ค่อยมีเวลาว่างเพื่อใช้ในการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวตนเอง (พัชรา ตันธีรพัฒน์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และ วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2553) อีกทั้งการมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง จึงไม่ได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของภูริชญา บุรินทร์กุล และคณะ (2550); อดัมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ศาสตรี เสาวคนธ์, ชิงชัย เมธพัฒน์, พิสมัย หอมจำปา, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริณ, อรพิน ทองดี และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีวิธีการออกกำลังกายแตกต่างกันไปตามความชอบและความสะดวกของแต่ละคนหรือแม้แต่อาชีพที่ทำอยู่เช่น ทำนา ทำสวน และรับจ้างต้องใช้แรงงานในการประกอบกิจกรรม จึงถือว่าเป็นการออกกำลังกายในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งผู้ติดเชื้อระบุว่าเมื่อทำงานมีเหงื่อออกจะรู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงและสบายไม่ขัดต่อวิถีชีวิตของตน อย่างไรก็ตามผู้เกี่ยวข้องควรวางแผนในเชิงรุก



เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในบริบทของผู้วัยแรงงานให้สามารถสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องเช่นการพัฒนาวิถีเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจต่อต้านการมีกิจกรรม และการออกกำลังกายที่เหมาะสมในบริบทวัยแรงงานเพื่อการส่งเสริมตนเองให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้โดยไม่เป็นภาระของผู้ดูแล (ละม่อม ไชยสิริ และสมจิต แคนสีแก้ว, 2554)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลาทุกมื้อและไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรวางแผนในเชิงรุกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีโภชนาการที่เหมาะสมในบริบทของผู้วัยในวัยแรงงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยให้สามารถสอดแทรกเข้าเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการมีภาวะโภชนาการที่ดีควบคู่กับการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นประจำนั้นจัดเป็นพฤติกรรมที่สำคัญซึ่งต้องปฏิบัติในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (Volberding, 2003)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การไม่ได้แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันร้อยละ 42.80 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมีการปกปิดผลการติดเชื้อเอชไอวีและจะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจ บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรที่ผู้ป่วยเข้าไปรับบริการเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุนตินท์ โคตรทัศน์ (2551) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีการปกปิดการติดเชื้อมากับบุคคลในชุมชน เพื่อป้องกันการไม่ยอมรับจากสังคมและทำให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตามผู้เกี่ยวข้องควรวางแผนในเชิง

รุกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมในบริบทของผู้วัยแรงงานให้สามารถสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องเช่นการพัฒนาวิถีเสริมสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของคนในชุมชนเพื่อการยอมรับ การมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้แบบการมีส่วนร่วม (ละม่อม ไชยสิริ และสมจิต แคนสีแก้ว, 2554)

### ประโยชน์ที่ได้รับจากงานการวิจัย

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั้งหกด้านของผู้ป่วยวัยแรงงานอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยวัยแรงงานเป็นระยะๆ
2. ควรเน้นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกโดยเฉพาะคุณภาพการผู้ให้การดูแลในพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา งดสูบบุหรี่และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
3. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการและด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยวัยแรงงานให้สามารถสอดแทรกในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้อย่างยั่งยืน



## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วย  
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มี Medication  
adherence 100% เพื่อที่จะได้นำข้อมูลเชิงลึกมาใช้  
วางแผนในการดูแลผู้ติดเชื้อที่มี Medication adherence  
น้อยกว่า 95%

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ทั้งจากผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องงานด้าน  
โรคเอดส์ในพื้นที่เป้าหมายและผู้ป่วยเอดส์ที่เห็นความสำคัญโดยให้ความร่วมมือในการวิจัยจน  
สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ตลอดจนผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคน  
วัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2550*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤตยา โยธาประเสริฐ, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, ชญาภา เพิ่มพรสกุล, สมจิตร ฤกษ์นิต, และวาสนา นิมารพันธ์. (2554). โครงการประเมินผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์จากการย้ายถิ่นของแรงงานที่ติดเชื้อและเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ในพื้นที่ที่มีการขยายโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในช่วงวิกฤตการณ์เมือง. *วารสารโรคเอดส์*, 23(2), 98-116.
- กัลยาณี ศิริพานิชย์ศกุนต์. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คำณวน อึ้งชูศักดิ์, อมรา ทองคง, อรพรรณ แสงวรรณลอย, กมลชนก เทพลีธา, วณิชนันท์ รุจิวิวัฒน์, และสุชา จุนศิริยากร. (2538). ผลการสำรวจหาอัตราความชุกทางการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 13 (มิถุนายน 2538). *วารสารโรคเอดส์*, 7(4), 177-189.
- งานให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2555). *จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2553-25 ตุลาคม 2555*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (อัดสำเนา).
- เจดเกียรติ แก้วกลสิกิจ. (2552). *ภาวะการณั้รักษาล้มเหลวและสงสัยว่าเกิดภาวะเชื้อดื้อยาด้านไวรัส*. ค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2552, จาก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/aid>
- ชุดินันท์ โคตรทัศน. (2551). *ทุนทางสังคมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวของศูนย์สุขภาพชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์.
- นครราชสีมาประตูลู่อีสาน. (2555). ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2555, จาก <http://www.Thaimtb.com/cgi-bin/viewkatoo.pl?id=179241>



- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูเนดไออินเตอร์มีเดีย.
- ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ สีเขววงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ธีรรัตน์กุล, และคณะ. (บรรณาธิการ). (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พุทธวรรณ ศิวเทพิกุล, ประนอม โอทกานนท์, จรรยา สันตยากร, และ สำราญ มีแจ้ง. (2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 2(1), 40-51.
- พูนศรี รังษิณี. (2550). วงจรชีวิต: จากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยชรา. ใน นิรมล พัจจนสุนทร และพูนศรี รังษิณี (บรรณาธิการ). *พฤติกรรมศาสตร์: Behavioral science*. (หน้า 13-26). ขอนแก่น: แอนนาออฟเซท.
- พัชรา ตันธีรพัฒน์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และ วารินทร์ บินโฮเซ็น. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารบำราศนราดูร*, 4(2), 110-122.
- ภูริชญา บุรินทร์กุล, วาณิ พองแก้ว, และ พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2550). การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *พยาบาลสาร*, 43(1), 143-153.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ละม่อม ไชยสิริ, และ สมจิต แคนสีแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์วิถีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(4), 79-89.
- วาสนา อิ่มเอม, และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ. (2542). *การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยเอดส์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหม. (2550). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2547). *แบบแผนการรักษาและการประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือบริหารจัดการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2550-51*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- อรรณพ หิริญดิษฐ์. (2550). *Strategies to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy*. ใน ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิลมสารวงศ์, & สุทธิพร ภัทรชยากุล (บรรณาธิการ). *คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์*. (หน้า 311-340). กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, ศาสตรีย์ เสาวคนธ์, ชิงชัย เมธพัฒน์, พิสมัย หอมจำปา, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, อรพิน ทองดี และคณะ. (2552). การศึกษาเชิงลึกกระบวนการใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 21(2), 65-89.



- Atkinson, J. S., Schonnesson, L. N., Williams, M. L., & Timpson, S. C. (2008). Associations among correlates of schedule adherence to antiretroviral therapy (ART): A path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection. *AIDS Care*, 20(2), 260-269.
- Chernoff, R. A. (2007). Treating an HIV/AIDS patient's PTSD and medical nonadherence with cognitive-behavioral therapy: A principle-base approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 107-117.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. 3<sup>rd</sup> ed. Canada: John Wiley & Sons.
- Cranson, A. D., & Caron, L. S. (1998). An investigation of the effects of HIV on the sex lives of infected individuals. *AIDS Education and Prevention*, 10(6), 506-522.
- Gellaitry, G., Cooper, V., Davis, C., Fisher, M., Date, H. L., & Horne, R. (2005). Patients' perception of information about HAART : Impact on treatment decisions. *AIDS Care*, 17(3), 367-376.
- Kamya, M. R., Mermin, J., & Kamplan. (2008). Antiretroviral therapy comprehensive and comprehensive HIV care in resource-limited settings. In Dolin R., Masur, H. & Saag M. (Eds.). *AIDS Therapy*. 3<sup>rd</sup> ed. (pp.43-69). Cannada: Elsevier.
- Kitajima, T., Katayashi, Y., Chaipah, W., Sato, H., Chadbunchachai ,W., & Thuennadee, R. (2003). Cost of medical services for patients with HIV/AIDS in KhonKaen, Thailand. *AIDS*, 17, 2375-2381.
- Ncama, B. P., McInerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K. et al. (2008). Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1757-1763.
- Parienti, JJ., Bangsberg, D. R., Verdon, R., & Gardner, E. M. (2009). Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: A meta-analysis. *CID*, 48 (15 February), 484-488
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Remien, R. H., Stirratt, M. J., Dolezal, C., Dogninb, J. S., Wagner, G. J., Carballo-Diequeza, A. et al. (2005). Couple-focused support to improve HIV medication adherence: a randomized controlled trial. *AIDS*, 19, 807-814.
- Weiss, L., French, T., Waters, M., Netherland, J., Agins, B., & Finkelstien, R. (2006). Adherence to HAART: Perspectives from clients in treatment support programs. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 155-170.
- Volberding, A. P. (2003). The Pavia consensus statement: Clinical biological insight in HIV- associated cardiovascular disease in the HAART era. Murphy, L. R. & Stein, H. J. (Eds.). *AIDS*, 17(Suppl.1), S170-179.