

มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส
และพฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
จังหวัดอุบลราชธานี

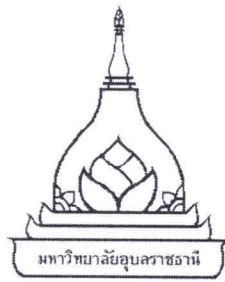
กาญจนา ตรีจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

PERSPECTIVES OF HIV/AIDS YOUTH PATIENTS RECEIVING
ANTIRETROVIRAL DRUG THERAPY AND SELF-HEALTH CARE
BEHAVIORS IN THE 50TH ANNIVERSARY
MAHAVAJIRALONGKORN HOSPITAL,
UBON RATCHATANI PROVINCE

KANJANA TREEJUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER PHARMACY
MAJOR IN CLINICAL PHARMACY
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2021
COPYRIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางกาญจนา ตรีจันทร์

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ แก้วจันดี	ประธานกรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพร สุภาพันธุ์	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีรวัฒน์ จินาทองไทย	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ มุลสาร	กรรมการ
ดร.สุทธาสินี สุวรรณกุล	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ธีรพร สุภาพันธุ์	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพร สุภาพันธุ์)	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีรวัฒน์ จินาทองไทย	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ มุลสาร)	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ดร.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริยาภรณ์ พงษ์รัตน์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2564

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จจุล่งได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ธีราพร สุภาพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิรวัฒน์ จินาทองไทย และ รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ แก้วจันดี ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และดร.สุทธาสินี สุวรรณกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษาที่ช่วยอำนวยความสะดวก ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ มูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์ ได้ให้ความอนุเคราะห์มอบทุนสนับสนุน การวิจัยในครั้งนี้ ให้ได้สำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อประโยชน์ ต่อประเทศชาติ ต่อไปในอนาคต ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ เสวต ศรีศิริ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ขอขอบคุณ เกษัชกรหญิงพนานันท์ ศรีแสงเมือง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รวมทั้งเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน เภสัชกรรม ทุกท่านที่ให้การอำนวยความสะดวก ตลอดจนให้กำลังใจ จนสำเร็จจุล่งด้วยดี ขอขอบคุณ เยาวชน ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และความไว้วางใจในการให้สัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมศักดิ์ และคุณแม่ก่องรัง แก้วพรหม และขอขอบคุณ ครอบครัว พี่น้องร่วมรุ่นทุกท่าน และตลอดจนผู้มีพระคุณที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ไม่สามารถกล่าวได้หมด ที่มอบกำลังใจอันดียิ่งให้เสมอมา ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัย ฉบับนี้จะมีประโยชน์ จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา จนทำให้ผลงานวิจัยสำเร็จจุล่งไปด้วยดี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

กาญจนา ตรีจันทร์

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

เรื่อง : มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและ
พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ จันทบุรี

ผู้วิจัย : กาญจนา ตรีจันทร์

ชื่อปริญญา : เกษศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : เกษศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.ธีราพร สุภาพันธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไพรัตน์ จินาทองไทย
รองศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ มุลสาร

คำสำคัญ : เยาวชน, พฤติกรรมสุขภาพ, เอชไอวี/เอดส์

หลักการและเหตุผล: ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาจากกรณีที่มีเยาวชนติดเชื้อเอชไอวี และเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น พบว่า กลุ่มวัยรุ่น มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่ากลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษามุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จันทบุรี และเพื่อศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research) ประกอบไปด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 22 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มุมมองพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้พัฒนาแบบสอบถามของสุวรรณ บัญยะสิพรรณ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.869 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.17, SD = 0.41) เมื่อ เรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ พฤติกรรม

สุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ =3.35, SD = 0.21) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}$ =3.26, SD = 0.43) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}$ =3.10, SD = 0.31) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ =3.08, SD = 0.33) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ =3.05, SD = 0.36) และด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =2.87, SD = 0.72) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 63.64) ส่วนด้านมุมมองของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีความตั้งใจที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงและรับประทานยาตรงเวลา

สรุป: การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี และมีความตั้งใจรักษาสุขภาพ อย่างไรก็ตามบุคลากรสุขภาพควรมีการดูแลเป็นพิเศษในด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างได้บอกความต้องการเกี่ยวกับการสนับสนุนโอกาสในการประกอบอาชีพในอนาคต

ABSTRACT

TITLE : PERSPECTIVES OF HIV/AIDS YOUTH PATIENTS RECEIVING
ANTIRETROVIRAL DRUG THERAPY AND SELF-HEALTH CARE BEHAVIORS
IN THE 50TH ANNIVERSARY MAHA VAJIRALONGKORN HOSPITAL,
UBON RATCHATANI PROVINCE

AUTHOR : KANJANA TREEJUN

DEGREE : MASTER OF PHARMACY

MAJOR : CLINICAL PHARMACY

ADVISOR : ASSOC. PROF. TEERAPORN SUPAPAAN, Ph.D.

CO-ADVISORS : ASST. PROF. PEERAWAT JINATONGTHAI, B.Sc.Pharm, BCP, BCPS
: ASSOC. PROF. SUMMANA MOOLASARN, Ph.D.

KEYWORDS : YOUTH, HEALTH CARE BEHAVIORS, HIV/AIDS

Background: Currently, Thailand is facing problems with an increasing number of youths infected with human immunodeficiency virus (HIV) and sexually transmissible infections (STIs). It has been found that youth are at higher risk of opportunistic infections than working age groups due to their lack of responsibility for health in terms of taking antiretroviral drugs, keeping up with appointments and having safe sex.

Objective: The objectives of this research were to study the perspectives of youth infected with HIV/AIDS who received antiretroviral drug therapy and their self-health care behaviors in the 50th Anniversary Maha Vajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province and to study the health behaviors of youth infected with HIV/AIDS.

Methods: The methods of study involved mixed methods research consisting of quantitative and qualitative research. The sample group is 22 youth infected with HIV/AIDS (age 15-24 years), receiving antiretroviral drug therapy Purposive sampling was used in this study. The research tool included the demographic data and health behaviors of persons living with HIV/AIDS receiving antiretroviral (ARV) therapy questionnaire was developed by Suwanna Boonyaleepun based on Pender's Health

Promotion Model and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient yielding of 0.869. Data analysis employed descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results: Overall health behavior scores among youth patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy were at a high level ($\bar{X}$ =3.17, SD = 0.41). The health behavior level in each aspect from highest to lowest; revealed the following health behavior results spiritual growth ($\bar{X}$ =3.35, SD = 0.21); responsibility for undertaking ARV regimens ($\bar{X}$ = 3.26, SD = 0.43); stress management ($\bar{X}$ =3.10, SD = 0.31); nutrition ($\bar{X}$ =3.08, SD = 0.33); interpersonal relations ($\bar{X}$ =3.05, SD = 0.36) and physical activities ($\bar{X}$ =2.87, SD = 0.72)

Regarding: AIDS knowledge and self-care behavior, the majority of respondents had a solid level of knowledge (63.64%). According to the perspective of the participants, they took great responsibility for their health. and intended to stay healthy and take their treatments on schedule. Conclusions: This research discovered that the majority of participants engaged in healthy habits and intended to remain healthy. However, healthcare providers should pay close attention to this group of patients in order to assist them in managing their stress. In addition, the participants expressed their needs for the system to supporting their future career opportunities.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
คำอธิบายสัญลักษณ์และอักษรย่อ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 คำถามการศึกษ	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 นิยามศัพท์	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
1.6 ขอบเขตการศึกษา	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่นในต่างประเทศ และในประเทศไทย	14
2.2 โรคเอชไอวี/เอดส์ และแนวทางการรักษาในปัจจุบัน	19
2.3 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น	47
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ	61
3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ	68
3.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 การวิจัยเชิงปริมาณ	72
4.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ	91
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	113
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	114
5.3 ข้อเสนอแนะ	119
เอกสารอ้างอิง	123
ภาคผนวก	
ก แบบสอบถาม	135
ข หนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย	152
ค ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย สำหรับอาสาสมัคร อายุ 15-17 ปี/ผู้ปกครอง	155
ง สมุดบันทึกการกินยาต้านไวรัส	156
จ เอกสารรับรอง งานวิจัยในมนุษย์	177
ประวัติผู้วิจัย	178

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 จำนวนเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาพรวมประเทศไทย จำแนกตามอายุ ปี 2562	17
2.2 จำนวนร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามอายุ	17
2.3 ข้อมูลการให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ	18
2.4 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับการเริ่มยาต้านเอชไอวีและประเด็นชักประวัติ	21
2.5 สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก	23
2.6 อุบัติการณ์การเกิด primary drug resistance ในประเทศไทย	28
2.7 หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตร	29
2.8 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาต้านไวรัสเอชไอวี	31
2.9 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Tuberculosis และ Pneumocystis pneumonia ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่	32
2.10 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Cryptococcosis และ Toxoplasmosis ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่	34
2.11 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Penicillosis/Histoplasmosis และ Cytomegalovirus (CMV) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่	35
2.12 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Mycobacterium Avium Complex (MAC) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่	36
2.13 สรุปรเกณฑ์ CD4 ในการหยุด primary secondary และ prophylaxis ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ใหญ่	37
4.1 ข้อมูลทั่วไป	73
4.2 ประสิทธิภาพการรักษา	76
4.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	80
4.4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส	81
4.5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ	

ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.6	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ	84
4.7	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรม สุขภาพด้าน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	85
4.8	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านด้านจิตวิญญาณ	86
4.9	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความเครียด	87
4.10	ระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์	88
4.11	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว	88
4.12	ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวรายชื่อ	88
4.13	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์	90
4.14	ข้อมูลโดยย่อของผู้ถูกสัมภาษณ์ทั้ง 10 คน	93
4.15	ความสอดคล้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เจริญปริมาณและเชิงคุณภาพ	111
4.16	ความคลาดคล้อย ในเรื่องความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว	112

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	12
1.2	กระบวนการวิจัย	13
2.1	สถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี 2563	15
2.2	สถานการณ์เอดส์รายใหม่ ของประเทศไทย ปี 2562	16
2.3	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์	64
4.1	มุมมองของ เยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับการดูแลสุขภาพ เป้าหมายในอนาคต	108

คำอธิบายสัญลักษณ์และอักษรย่อ

สัญลักษณ์และอักษรย่อ	ความหมาย
ABC	Abacavir
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
d4T	Stavudine
ddl	Didanosine
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
EVG/c	Elvitegravir/cobicistat
FTC	Emtricitabine
IDV	Indinavir
INSTI	Integrase strand transfer inhibitor
LPV/r	lopinavir/ritonavir
LGBTQ	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender และ Queer
NVP	Nevirapine
RVP	Rilpivirine
RAL	Raltegravir
3TC	Lamivudine
TDF	Tenofovir
UNAIDS	โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
NAP	National AIDS Program
HIV	Human immunodeficiency virus
STIs	Sexually transmissible infections
SJS	Steven Johnson syndrome)

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (ชนิกา ศรีราช, 2559) โรคเอดส์ มีการแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลง จากรายงานขององค์การโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(UNAIDS), 2563) พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อยู่ประมาณ 1.8 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 1.7 ล้านคน เฉลี่ยวันละ 4,500 ราย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 400 ราย เป็นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี จำนวน 1,395 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 จากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด (UNAIDS, 2020)

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะแพร่ระบาดไปสู่ประชากรทุกกลุ่มอย่างกว้างขวาง ข้อมูลคาดการณ์ปี 2562 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 470,000 ราย เป็นคนใช้รายใหม่ประมาณ 5,500 ราย เฉลี่ยวันละ 15 ราย พบว่าร้อยละ 50 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ในกลุ่มเยาวชน 15 – 24 ปี (HIV Info HUB data, 2562)

ในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มียอดสะสมจนถึงเมษายน 2563 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 20,073 ราย เสียชีวิตแล้ว 2,241 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่าเพศชายมีส่วนของอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง เท่ากับ 2: 1 (แบบรายงานประจำเดือนโครงการ NAPWebReport, 2563) มีการศึกษาอ้างอิงข้อมูลระดับประเทศซึ่งระบุว่า ร้อยละ 41 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทย คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและชี้ให้เห็นว่าเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มชายหญิง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 ครอบคลุมทั้งหมด 5 จังหวัด มีวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 781 คน คิดเป็นร้อยละ 3.89

ของประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ในจำนวนนี้ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อทุกราย ได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในโครงการเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP)

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาจากกรณีที่มีเยาวชนติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชน อาจเนื่องมาจากเยาวชนที่ติดเชื้อ เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแบบไม่ป้องกัน มีพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มอื่นและยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางเพศที่สมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ แต่การพัฒนาทางอารมณ์ จิตใจ สังคม ยังไม่พัฒนาไปตามร่างกาย (สุชา จันทน์เอม, 2542) นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังต้องการอิสระ ต้องการการนับถือจากบุคคลอื่น และเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง เผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (รักชนก ปวงจักรทา, 2553) เยาวชนเป็นวัยเชื่อมต่อระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ย่างเข้าสู่หนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจ อารมณ์ซึ่งส่งผลไปสู่การปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมการแสดงออก ประกอบกับเยาวชนเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองและถูกชักจูงจากบุคคลรอบข้างได้ง่าย จึงมีโอกาสดูถูกชกชวนให้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมได้ (จุฑามาศ เบ้าคำทอง, 2560)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ในด้านการเจริญเติบโต เด็กผู้หญิง เริ่มมีประจำเดือน ส่วนเด็กผู้ชายจะสามารถหลั่งน้ำอสุจิได้ ดังนั้นควรเน้นในเรื่อง ของการไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หากมีเพศสัมพันธ์ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ส่วนในด้านของจิตใจ อารมณ์การปรับตัวในสังคม เด็กที่ป่วยด้วยเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อาจมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมมารยาอย่างสม่ำเสมอ และปัญหาในเรื่องความมั่นใจในตนเอง ผู้ดูแลควรคอยสังเกต และเป็นที่ปรึกษาให้แก่เด็กอย่างใกล้ชิด (Anouk V et al., 2015)

เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี นั้น ต้องการความเข้าใจ ต้องการการยอมรับและกำลังใจ ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ความผูกพันยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน จะทำให้วัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ ได้รับความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาได้ และไว้วางใจผู้อื่น (Massy M. et al., 2019) นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการให้กำลังใจจากสังคมและการสนับสนุนทางจิตใจ ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (น้องเล็ก คุณวรดิศัย, 2553)

ด้านการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้ว่าจะยังไม่มียาที่รักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ปัจจุบันถือว่าเป็นโรคที่ควบคุมได้ เพราะยาต้านไวรัสจะทำให้จำนวนเชื้อเอชไอวีน้อยลงมาก ภูมิคุ้มกันก็จะค่อย ๆ คืบหน้ากลับมาปกติ ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี หากได้รับการดูแลอย่าง

เหมาะสม กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะสามารถเติบโต ใช้ชีวิตในสังคมได้ มีอายุยืนยาวได้ ไม่แตกต่างจากวัยรุ่นคนอื่น ๆ ที่ไม่ติดเชื้อ (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2559)

ในกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การกำกับดูแลการกินยาต้านไวรัส ถือเป็นหัวใจสำคัญของทีมสุขภาพ เนื่องจากประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส ขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดชีวิต เพื่อลดให้เชื้อไวรัสในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด คงอยู่ในระดับต่ำไปยาวนานที่สุดและไม่ให้เกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัส (แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย, 2560)

แม้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ แต่การรักษาที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงมาก คือมีระดับ HIV-RNA น้อยกว่า 50 copies/mm³ นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง คือ ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงเวลา อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณต่ำที่สุด เป็นระยะเวลานานที่สุด ซึ่งส่งผลให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count) หรือระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอดส์และชะลอการดื้อยาของเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องกินตามแผนการรักษา จะไม่สามารถลดเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chernoff, 2007; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นงนิตย์ ธีระวัฒนสุข และคณะ, 2555) ความสม่ำเสมอ (adherence) ในการกินยาต้านไวรัส จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะพยากรณ์ถึงความสำเร็จในการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาได้ร้อยละ 80-94.9 จะมีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 และผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาน้อยกว่าร้อยละ 80 พบความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 80 สาเหตุที่ทำให้การกินยาต้านไวรัสได้ไม่สม่ำเสมอมีหลายประการ เช่น เวลาในการกินยาไม่เหมาะสม เมื่อยาขนาดใหญ่มาก จำนวนมาก การต้องรอกินยาก่อนหลังอาหาร การเก็บรักษายา ลืม ส่วนสาเหตุจากการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันพบร้อยละ 40 และสาเหตุจากการเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาพบร้อยละ 19-25 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญความท้าทายกับการมีวินัยในการดูแลรักษาเอชไอวี ซึ่งส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาและทำให้เกิดการดื้อยา โดยเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องการ การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาเอชไอวี ในด้านความรู้เกี่ยวกับยา เปื่อหน่าย ท้อแท้ กลัวการเปิดเผย ไม่ได้จัดการกับการรับประทานยาต้านไวรัส และมีพฤติกรรมเสี่ยง (วรารวรรณ อุดมความสุข, 2557)

เยาวยชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส ในกระแสเลือด มีภูมิคุ้มกันทานลดลง เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสและดื้อยาต้านไวรัส แผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการรับประทานยาต้านไวรัส จะส่งผลให้ค่าเฉลี่ย ของจำนวนเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 เพิ่มขึ้น 375.36 cell/mm^3 เป็น 483.32 cell/mm^3 ($p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นัสสุภาพร นันทะจันทร์, 2558)

สำหรับโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 180 เตียง และมีคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

จากการดำเนินงานในคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในคลินิก จำนวน 251 ราย ซึ่งเป็นเยาวยชน จำนวน 22 ราย มีการส่งต่อผู้ป่วย 35 ราย รับโอน 29 ราย ขาดนัด/ติดต่อไม่ได้ 9 ราย เสียชีวิต 8 รายโดยพบว่ามียาที่ติดเชื้เอชไอวี จำนวน 1 ราย ขาดนัด ดังแสดงในตารางที่ 2.3 ผู้ป่วยขาดการรักษา 2 เดือน ไม่มารับยาต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มขาดนัด เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และมีความเข้าใจว่า เมื่อกินยาต้านไวรัสจนร่างกายแข็งแรงดีแล้ว ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด อยู่ในระดับต่ำมากไม่สามารถวัดได้ หมายความว่าหายป่วยแล้ว จึงหยุดกินยาต้านไวรัส และไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยา สิ่งที่เกิดตามมา คือ ไวรัสเอชไอวีเพิ่มกลับมาอย่างรวดเร็ว เชื้อไวรัสดื้อยา และมีความเสี่ยงที่อาการจะทรุดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อฉวยโอกาส

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่น มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่ากลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และจากข้อมูลขององค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (2557) ได้วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวยชนในประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวยชนในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 และ จำนวนสูงสุดของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยอยู่ ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี แนวโน้มของอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้นน้อยลงโดยอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงอย่าง มีนัยสำคัญ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำได้ยากขึ้นและยังเพิ่มความเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวยชน สาเหตุเพราะขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคเอดส์

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ มุมมองของเยาวยชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี เพื่อให้ทราบว่ายเยาวยชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม

สุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาก่อน (สุวรรณา บุญยงสิทธิ์พรณ และคณะ, 2556) แต่ยังไม่พบ การศึกษาดังกล่าวในเยาวชน รวมถึงการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ ได้รับยาต้านไวรัส จึงคาดว่าผลการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม และสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการจัดการให้ความรู้และจัดทำกรบริหารทาง เภสัชกรรม ในคลินิกยาต้านไวรัสในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ใน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการต่อไป

1.2 คำถามการศึกษา

1.2.1 มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพ ใน โรงพยาบาล ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.2.2 เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีมุมมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคใน การรักษาด้วยยา พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวีอย่างไร

1.2.3 เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษามุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.3.3 เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวของเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 เยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี (องค์การสหประชาชาติ, 2562; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค) ทั้งนี้แม้ว่าองค์การสหประชาชาติจะใช้คำนิยามนี้ในทางสถิติ แต่ก็เคารพสิทธิของแต่ละประเทศหรือภูมิภาคที่อาจนิยาม ความหมายของคำว่าเยาวชนแตกต่างกันออกไป ที่ได้รับการ วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จากแพทย์โดยมีผลบวกต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทาง ห้องปฏิบัติการ และทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสในคลินิกผู้ป่วยเอชไอ วี ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 โรคเอดส์ (AIDS) หมายถึง โรคภูมิคุ้มกันเสื่อม เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อ Human Immuno Deficiency Virus (HIV) ซึ่งจะทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย และลดจำนวนลงเรื่อย ๆ จนระบบ

ภูมิคุ้มกันไม่สามารถทำหน้าที่ ต่อสู้ทำลายเชื้อโรค และเซลล์มะเร็งได้ ทำให้ติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น จะมีอาการของโรครุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

1.4.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ให้ผลตรวจเลือดเป็น HIV Positive แต่ไม่แสดงอาการในระยะเอดส์ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ (Symptomatic HIV)

1.4.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ให้ผลตรวจเลือดเป็น HIV Positive และมีอาการบ่งชี้ของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm^3

1.4.5 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: OI) หมายถึง การติดเชื้อฉวยโอกาส คือการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อก่อโรคโดยเฉพาะเชื้อก่อโรคฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา โปรโตซัว ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรคในคนที่มีสุขภาพปกติ แต่ทำให้เกิดโรคในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็น "โอกาส" ให้เชื้อฉวยโอกาสเข้าก่อโรคได้

1.4.6 ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง ยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สูตร Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) เป็นการผสมยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ชนิด (Triple Therapy) ในยากลุ่มต้านไวรัสอย่างน้อยสองกลุ่ม สูตรที่ใช้ทั่วไปประกอบด้วยยาในกลุ่ม nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor (NRTR หรือ NARTI) สองตัวร่วมกับยาในกลุ่ม protease inhibitor หรือ non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.4.7 ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง ยาที่ใช้ป้องกันโรคฉวยโอกาส กรณีที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ได้รับการ ภูมิคุ้มกันถูกทำลาย และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งมีหลายโรค ที่พบบ่อยๆได้แก่ การติดเชื้อไวรัส การติดเชื้อรา การติดเชื้อแบคทีเรีย การติดเชื้อปรสิต

1.4.8 พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วนำไปสู่การเกิดอันตรายต่อชีวิต และสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่ง พฤติกรรมเสี่ยง ของบุคคล เหล่านี้ ล้วนแต่ส่งผลถึงสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ ในสังคมด้วย เช่น การเมาสุราแล้วขับรถชนผู้อื่น

1.4.9 ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัส ตรงเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่ลืม ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิก โดยประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาดังวิธีกรนับเม็ดยาและคำนวณความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา โดยประเมินจาก Adherence Index Score ตามสูตรดังนี้

$$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}}$$

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วงร้อยละ 0 – 100
การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า adherence $\geq 95\%$

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า adherence $< 95\%$ (ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา) (จรี อุทัยชานนท์, 2554; Paterson, 2002)

1.4.10 CD4 Cell Count หมายถึง ปริมาณของ T-lymphocyte ในร่างกายแสดงถึงภูมิคุ้มกันต่อ cell-mediated immune response ซีดี4 cell count ที่ต่ำกว่าปกติเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย (ค่าปกติคือ 400-1,185 cell/mm³) (<http://www.thaiaidsociety.org/>)

1.4.11 % CD4 หมายถึง จำนวน % ของ T-lymphocyte เมื่อเทียบกับจำนวน lymphocyte ที่มีอยู่ โดยทั่วไปสำหรับคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติจะมี % CD4 อยู่ที่ 40% ถ้าอยู่ที่ระดับต่ำกว่า 14 % จะบ่งชี้ถึงความเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เทียบเท่า CD4 ระดับ 200 cell/mm³ (<http://www.thaiaidsociety.org/>)

1.4.12 HIV RNA viral load หมายถึง จำนวนเชื้อในรูป HIV-RNA ในพลาสมา สามารถแสดงถึงการดำเนินของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีหน่วยเป็น copies/ml ซึ่งโดยทั่วไป Virologic response ส่วนใหญ่มี thresholds น้อยกว่า 400 copies/ml หรือ Undetectable virus ตรวจพบ plasma HIV RNA levels (viral load) ไม่สามารถตรวจวัดได้ คือน้อยกว่า 50 copies/ml. (Amoroso et al., 2002)

1.4.13 เพศ หมายถึง เพศหญิง เพศชาย ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ในระบบโปรแกรม HOSxP

1.4.14 อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยนับจาก พ.ศ.ที่เกิด นับถึงปีปัจจุบัน

1.4.15 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาที่ได้รับในระดับ การศึกษาสูงสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี

1.4.16 อาชีพ หมายถึง การทำงาน การทำกิจกรรม การประกอบอาชีพที่ไม่เป็นโทษแก่สังคม โดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการ แตกต่างกันไปในงานที่ทำในปัจจุบัน ซึ่งเป็นอาชีพที่สามารถเลี้ยงตนเองได้ มีทั้งที่มีค่าตอบแทน และไม่มีค่าตอบแทน เช่น อาชีพนักเรียน โดย

อาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันตามแต่ละสาขาอาชีพ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1.4.17 รายได้และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว หมายถึง ประเมินการรายได้ของครอบครัว ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ

1.4.18 ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ปกครองดูแล หรือบุคคลซึ่งศาลตั้งให้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่มีบิดามารดา หรือบิดามารดาถูกถอนอำนาจปกครอง

1.4.19 สถานภาพการมีคู่ หมายถึง สัมพันธภาพของบุคคล 2 คน ที่มี สถานภาพคู่ที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย หรือไม่ได้จดทะเบียนสมรสกัน รวมถึงบุคคลที่มีคู่นอนแบบมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่มีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ โสด คู่ หย่า/แยก

1.4.20 รสนิยมทางเพศหรือเพศวิถี หมายถึง พฤติกรรมทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ความชอบ ความสนใจทางเพศในปัจจุบัน มีทั้งต่อเพศชาย เพศหญิง ทั้งสองเพศหรืออื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1.4.21 สิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิ สวัสดิการที่ได้รับการคุ้มครองการรักษาพยาบาล ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการเบิกได้ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแฟ้มข้อมูลส่วนตัว

1.4.22 การเปิดเผยสถานะติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การเปิดเผยและการแจ้งผลการติดเชื้อเอชไอวี แก่บุคคลอื่น คู่นอน/สามี/ภรรยา หรือบุคคลอื่นที่ผู้ติดเชื้อยินยอมและไว้วางใจกับบุคคลนั้น

1.4.23 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานโดยตรง นอกเหนือจากการรับประทานอาหารหลักตามปกติ เพื่อเสริมสารบางอย่าง มักอยู่ในรูปลักษณะเป็นเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลวหรือลักษณะอื่นๆ โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1.4.24 การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายการเคลื่อนไหวออกกำลังกายสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวัน สัปดาห์ละประมาณ 5 วันด้วยแรงปานกลาง โดยรู้สึกเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายที่เป็นเรื่องเป็นราว เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ฝึกจักรยาน บริหารร่างกาย ว่ายน้ำ กระโดดเชือก หรือเล่นกีฬาอื่น ๆ

1.4.25 การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน

1.4.26 ระยะเวลาที่รู้ติดเชื้อ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบผลเลือดของตนเองว่ามีเชื้อเอชไอวีในร่างกายตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบโรงพยาบาล และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.4.27 ระยะเวลาการรักษา หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและตัดสินใจรักษาด้วยยาต้านไวรัสจนถึงปัจจุบันโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบโรงพยาบาล และเพิ่มเฉพาะเป็นผู้ป่วยนอก

1.4.28 สูตรยาที่ได้รับ หมายถึง สูตรของยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่อายุรแพทย์โรคติดเชื้อได้กำหนดแนวทางการรักษา เป็นสูตรยาที่ได้รับ จำนวน วิธีการกินยา เป็นสูตรยาที่ใช้ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบโรงพยาบาล และเพิ่มเฉพาะเป็นผู้ป่วยนอก

1.4.29 อาการแพ้ยา หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านกับยาที่ได้รับเข้าไป ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ล่วงหน้าว่าผู้ใดจะแพ้ยาชนิดไหน ได้แก่ ผื่นแดง คัน เปลือกตาบวม มีแผลบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน ริมฝีปากบวม ผิวหนังไหม้ และอื่น ๆ เป็นต้น

1.4.30 ผลข้างเคียงจากยา หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นจากการกินยาต้านไวรัส เกิดจากฤทธิ์ของยาที่สัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยาชนิดนั้น ๆ ที่มีต่อผู้ใช้ยาได้แก่ ตับอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน มีน้้ำขี้ผึ้ง ผื่นร้าย และอื่น ๆ เป็นต้น

1.4.31 ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง โรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่มักไม่เป็นในคนปกติ เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการติดเชื้อที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ วัณโรคปอด วัณโรคที่ระบบอื่น ๆ ในร่างกาย ปอดอักเสบ เชื้อราในเยื่อหุ้มสมองและอื่น ๆ เป็นต้น โดยข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ และเพิ่มเฉพาะเป็นผู้ป่วยนอก

1.4.32 การเกิดโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ/โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เป็น ยาวนาน และมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ เป็นการเจ็บป่วยที่นานกว่า 3 เดือนไม่หายเอง และไม่หายขาด

1.4.33 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T-Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลงและติดเชื้อโรคฉวยโอกาส แทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพของตนเอง

1.4.34 มุมมอง หมายถึง ข้อคิดเห็น แง่มุม ความคิดเห็น แง่คิด ทศนคติ ทัศนคติ ทัศนคติ โดยความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแต่ละคนมีต่างกัน โดยในการวิจัยนี้จะเน้นการศึกษามุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดจันทบุรี ต่อพฤติกรรมสุขภาพ มุมมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี

1.4.35 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อเป้าหมายในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง ภายใต้พื้นฐานของความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจของปัจเจกบุคคล ในการวิจัยนี้จะศึกษา 6 ด้านตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้

ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พัฒนาโดย สุวรรณมา บุญยะลีพรรณ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ (ปฏิบัติไม่ได้เลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 55 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่

- 1.4.35.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี
- 1.4.35.2 การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- 1.4.35.3 โภชนาการ
- 1.4.35.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 1.4.35.5 การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ
- 1.4.35.6 การจัดการกับความเครียด

1.4.36 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่

1.4.36.1 ตัวชี้วัดทางด้านคลินิกการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่บ่งบอกผลและประสิทธิภาพการรักษาโดยวัดระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count) และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV viral load)

1.4.36.2 ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 สามารถใช้เป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

1.5.2 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการให้ความรู้และจัดทำการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกยาต้านไวรัสในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ

1.6 ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับมุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส และพฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 22 ราย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษามุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้าน

ไวรัส ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดจันทบุรี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มุมมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 10 ราย

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ เมษายน 2564 – กรกฎาคม 2564 (รวมระยะเวลา 4 เดือน)

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดวิจัย

ภาพที่ 1.2 กระบวนการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา แนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทาง ในการวิจัย ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นในต่างประเทศ และในประเทศไทย
- 2.2 โรคเอชไอวี/เอดส์ และแนวทางการรักษาและการได้รับยาต้านไวรัสในปัจจุบัน
- 2.3 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น ปัญหาและ อุปสรรคในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่นในต่างประเทศ และในประเทศไทย

จากรายงานขององค์การโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS, 2020) พบว่าในปี 2562 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อยู่ประมาณ 1.8 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 1.7 ล้านคน ดังแสดงในภาพ ที่ 2.1

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เฉลี่ยวันละ 4,500 ราย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 400 ราย เป็นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี จำนวน 1,395 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 จากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด (UNAIDS, 2020)

Global summary of the AIDS epidemic 2019			
Number of people living with HIV	Total	38.0 million	[31.6 million–44.5 million]
	Adults	36.2 million	[30.2 million–42.5 million]
	Women (15+ years)	19.2 million	[16.4 million–22.2 million]
	Children (<15 years)	1.8 million	[1.3 million–2.2 million]
People newly infected with HIV in 2019	Total	1.7 million	[1.2 million–2.2 million]
	Adults	1.5 million	[1.1 million–2.0 million]
	Children (<15 years)	150 000	[94 000–240 000]
AIDS-related deaths in 2019	Total	690 000	[500 000–970 000]
	Adults	600 000	[430 000–840 000]
	Children (<15 years)	95 000	[61 000–150 000]

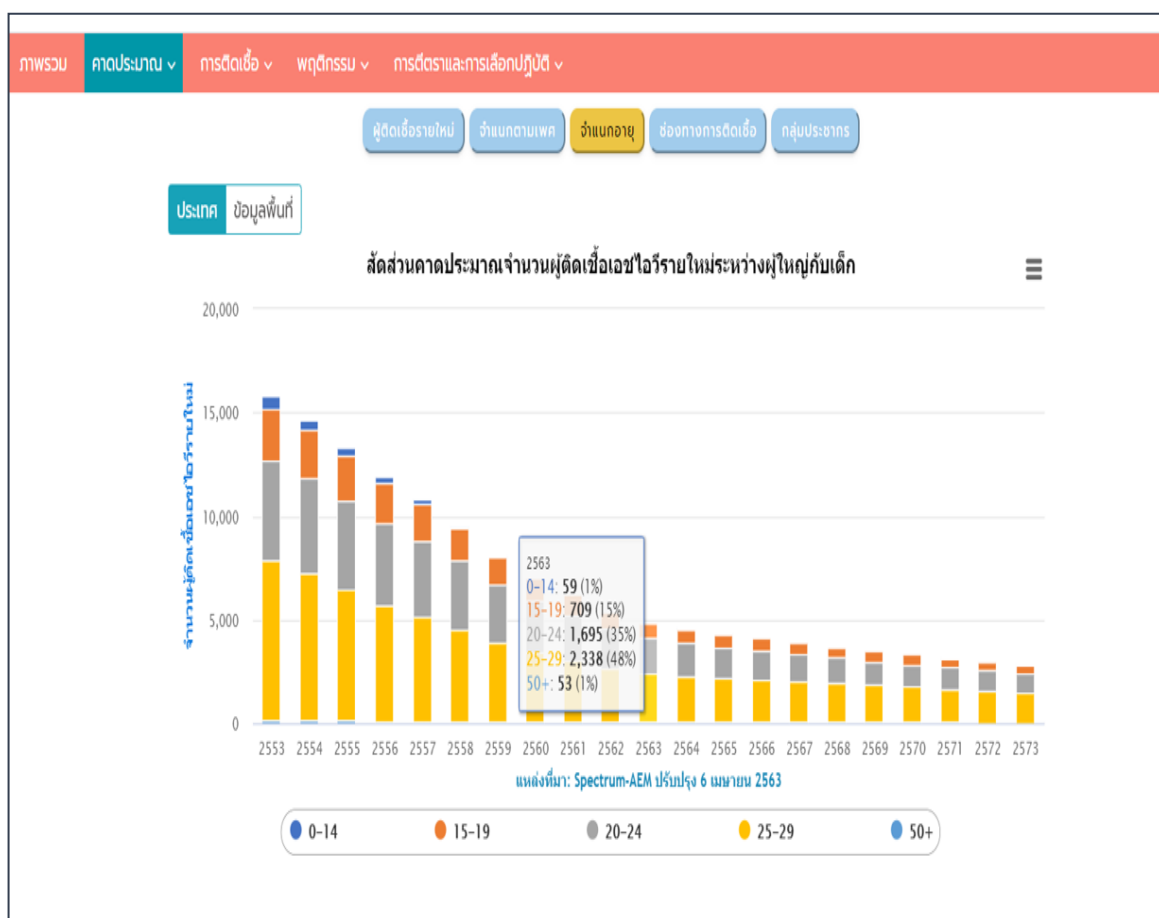


ภาพที่ 2.1 สถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี 2563

ที่มา: UNAIDS (2019)

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะแพร่ระบาดไปสู่ประชากรทุกกลุ่มอย่างกว้างขวาง ข้อมูลคาดการณ์ปี 2562 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 470,000 ราย เป็นคนใช้รายใหม่ประมาณ 5,500 ราย เฉลี่ยวันละ 15 ราย พบว่าร้อยละ 50 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ในกลุ่มเยาวชน 15 – 24 ปี (HIV Info HUB data, 2562) ดังแสดงในภาพที่ 2.2

ในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มียอดสะสมจนถึงเมษายน 2563 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 20,073 ราย เสียชีวิตแล้ว 2,241 ราย และพบว่าเพศชายมีสัดส่วนของอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง เท่ากับ 2: 1 (แบบรายงานประจำเดือนโครงการ NAPWebReport, 2563) มีการศึกษาอ้างอิงข้อมูลระดับประเทศซึ่งระบุว่า ร้อยละ 41 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทย คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและชี้ให้เห็นว่าเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มชายหญิง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 ครอบคลุม ทั้งหมด 5 จังหวัด มีวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 781 คน คิดเป็นร้อยละ 3.89 ของประเทศ ในจำนวนนี้ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อทุกราย ได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในโครงการเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP)



ภาพที่ 2.2 สถานการณ์เอดส์รายใหม่ ของประเทศไทย ปี 2562
ที่มา: HIV Info HUB data (2562)

ตารางที่ 2.1 จำนวนเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาพรวมประเทศไทย
จำแนกตามอายุ ปี 2562

ช่วงอายุ (ปี)	ทั้งหมด (ราย)	กินยา (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	หยุดยา (ราย)	ขาดการรักษา (ราย)
ชาย 15 - 19 ปี	3,216	2,427	207	1	581
ชาย 20 - 24 ปี	15,149	10,637	930	3	3,579
หญิง 15 - 19 ปี	3,076	2,201	223	2	650
หญิง 20 - 24 ปี	8,262	4,808	881	19	2,554
รวม	29,703	20,073	2,241	25	7,367

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

ตารางที่ 2.2 จำนวนร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	รวม (ราย)	ร้อยละ	มีชีวิต (ราย)	ร้อยละ	เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
< 1	0	0	0	0	0	0
1 - 4	4	0.04	2	0.02	2	0.07
5 - 9	37	0.3	28	0.3	9	0.3
11 - 14	68	0.6	63	0.7	5	0.2
15 - 19	180	1.6	162	1.9	18	0.6
20 - 24	601	5.3	547	6.4	54	1.9
25 - 49	7,308	64.9	5,651	66.4	1,657	60.0
50 ขึ้นไป	3,066	27.2	2,052	24.1	1,014	36.75
รวม	11,264	100	8,505	100	2,759	100

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

ตารางที่ 2.3 ข้อมูลการให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช

กิจกรรมดำเนินงาน	จำนวน (ราย)		
	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	33	36	38
จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม	404	469	533
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	243	255	294
จำนวนผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัส	232	251	289
ส่งต่อ	15	35	11
รับโอน	34	29	26
ขาดนัด/ติดตามไม่ได้	10	9 (เยาวชน 1 ราย)	6
ตาย	6	8	12
ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ CD4 < 200 ได้รับยา OI > 95	100	100	100
ระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มรักษาหรือเข้าสู่ กระบวนการรักษา (median CD4) > 100	64.83	139.5	130.04
ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถควบคุม VL<50 copies/ml > 90	94	87.64	91.95
ร้อยละของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ต้านไวรัส ได้รับการประเมินติดตาม และมีค่า Adherence > ร้อยละ 95	95	96.41	96.40

ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาจากกรณีที่มีเยาวชนติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นอยู่ในกลุ่มเยาวชน รายงานชื่อว่า 2012 UNGASS Global AIDS Response Country Progress Report in Thailand ระบุว่าเยาวชนอายุตั้งแต่ 15 ถึง 24 ปีนี้เป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์มากที่สุด แสดงให้เห็นว่าเยาวชนกลุ่มนี้ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รายงานฉบับเดียวกันนี้ยังชี้ให้เห็นว่าการเข้ารับคำปรึกษาและการตรวจเลือดโดยสมัครใจนั้นจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อน หากว่าเยาวชนมีอายุต่ำกว่า 18 ปี เช่นนี้จึงทำให้การเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีไม่สามารถเก็บรักษาเป็นความลับได้นอกจากการรักษาความลับของการตรวจแล้ว อุปสรรคอีกประการต่อการให้บริการต่าง ๆ เกี่ยวกับเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น คือ อาจจะไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยให้พ่อแม่และผู้ปกครองทราบถึงการมีประสบการณ์ทางเพศหรือแสดง

ให้เห็นถึงพฤติกรรมเสี่ยง อื่นๆรวมถึงการใช้สารเสพติดต่าง ๆ และสารเสพติดชนิดฉีด (องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2557)

2.2 โรคเอดส์/เอชไอวี และแนวทางการรักษาในปัจจุบัน

ประวัติของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ก่อนปี ค.ศ. 1980 เชื่อกันว่า HIV สามารถติดข้ามสายพันธุ์จากลิงชิมแปนซีมาสู่คน ซึ่งพบในประเทศคองโก

ค.ศ. 1981 พบการติดเชื้อโรคปอดอักเสบ *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) ในชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ จำนวน 5 รายที่ลอสแอนเจลิส ซึ่งผู้ป่วยรายแรกที่พบ PCP นั้นมีประวัติใช้ยาเสพติดแบบฉีด และยังมีรายงานการพบมะเร็งลูกกลมที่พบได้ไม่บ่อย Kaposi's Sarcoma ที่นิวยอร์ก และแคลิฟอร์เนีย

ค.ศ. 1982 center of disease control and prevention (CDC) สหรัฐอเมริกา ได้มีกำหนดการใช้คำว่า "AIDS" (acquired immune deficiency syndrome) เป็นครั้งแรก

ค.ศ. 1983 มีรายงานการติดเชื้อเอดส์ในผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นโรค จึงเชื่อว่าโรคเอดส์สามารถติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง (Heterosexual sex)

ค.ศ. 1987 องค์การอาหารและยา (FDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้รับรองให้มีการใช้ยาต้านไวรัสชนิดแรก ชื่อ Zidovudine (AZT) ในการรักษาติดเชื้อเอชไอวี

ค.ศ. 1995 องค์การอาหารและยา (FDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้รับรองให้มีการใช้ยาต้านไวรัสกลุ่ม Protease inhibitor และเริ่มต้นเป็นยุคของการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อ ทำลายเชื้อเอชไอวี เรียกว่า Highly active antiretroviral treatment (HAART)

ค.ศ. 2012 องค์การอาหารและยา (FDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้รับรองให้มีการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ที่ยังไม่มีเชื้อเอชไอวี (Pre-exposure Prophylaxis; PrEP)

การติดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดได้ 3 ทาง คือ การติดต่อจากเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และจากการดูดสารเสพติด โดยเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะมีวงจรชีวิต ดังนี้ เมื่อแกนไกลโคโปรตีนชนิด gp120 ของเชื้อจับกับ CD4 receptor บนผิวของ T helper cell โดยจะมี CCR5 และ CXCR4 receptors เป็นโปรตีนที่อยู่บนด้านนอกของเม็ดเลือดขาว เชื้อไวรัสจะถอดรหัส RNA สายเดี่ยวโดยอาศัยเอนไซม์ reverse transcriptase เพื่อสร้างเป็น DNA เส้นคู่แล้วสอดแทรก DNA ของเชื้อเข้ากับ DNA ปกติ เป็น DNA ลูกผสมที่จะทำหน้าที่เป็นต้นแบบในการสร้างเชื้อไวรัสจากนั้น DNA ลูกผสมเข้าไปในนิวเคลียส แล้วเกิดกระบวนการ integration โดยอาศัยเอนไซม์ integrase ได้ pro-virus ที่จะเกิดการ transcription ได้เป็น virus RNA ซึ่งจะออกจากนิวเคลียสไปสู่ cytoplasm แล้วออกจากเซลล์ด้วยกระบวนการแตกหน่อ

(budding) เมื่อออกไปนอกเซลล์ โปรตีนของเชื้อเอชไอวีจะตัดส่วนที่ไม่ต้องการออกด้วยเอนไซม์ protease กลายเป็นอนุภาคไวรัสใหม่ที่สามารถแพร่กระจายสู่เลือด และเข้าไปติดเชื้อที่เซลล์เป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

2.2.1 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น หรือการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน (primary/acute HIV infection) เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน ซึ่งมักมีอาการไม่รุนแรง ไม่มี ความจำเพาะ และสามารถหายเองได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าตนได้รับเชื้อเอชไอวี โดย อาการดังกล่าวมักเริ่มเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ 5 วัน จนถึง 6 สัปดาห์ อาการแสดงจะ เหมือนอาการไข้หวัดจากไวรัสทั่วไป คือ มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป มีผื่นขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน อูจจาระร่วง เฉียบพลัน อาการคล้ายเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่พบเชื้อ อาการในระยะนี้จะหายได้เองใน 2 สัปดาห์ ซึ่งร่างกายยังไม่สร้าง antibody การตรวจหา antibody จึงให้ผลลบ แต่หากตรวจหาปริมาณไวรัส (HIV1-RNA) ในกระแสเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีปริมาณมาก

ระยะที่ 2 ระยะแฝงทางคลินิก (clinical latent period) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะไม่แสดง อาการผิดปกติใด ๆ จนกว่าภูมิคุ้มกันจะต่ำลงมากจนพบอาการแสดงของภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วยจะแสดงอาการหลังจากติดเชื้อ 6 ปี และร้อยละ 50 จะเกิดอาการภายใน 10 ปี ซึ่งเชื้อเอชไอวีจะมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในระบบน้ำเหลืองและทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง จนถึงจุดที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องก็จะแสดงอาการออกมา หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งจะเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันลดต่ำลง แสดงให้เห็นได้จากปริมาณ CD4 ในเลือดที่ลดลง ($CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการและอาการแสดง ของการติดเชื้อเอชไอวี ติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือโรคเมร็งและอาจเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษา

2.2.2 การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี

ตารางที่ 2.4 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับการเริ่มยาต้านเอชไอวีและประเด็นชักประวัติ

ขั้นตอนเตรียมตัว	การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อ
การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อ สำหรับเริ่มยาต้านเอชไอวี	• ต้องเตรียมผู้ติดเชื้อให้พร้อมกับการต้องกินยาตลอดชีวิต (ประเด็นสำคัญมาก) • ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทราบถึงความสำคัญของการมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง • กรณีที่เป็นเด็กจำเป็นต้องคุยกับผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง • ต้องคำนึงถึงทางเลือกของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เลือกการกินยาเป็นสิทธิของผู้ป่วย
การชักประวัติ ก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี	• ความเสี่ยงของการได้รับเชื้อดื้อยาผ่านทางเพศสัมพันธ์ หรือการใช้สารเสพติดทางหลอดเลือดดำ • ประวัติโรคร่วมเพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยาหรือการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม เช่น ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วมโรคทางจิตเวช
	• ประวัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการรักษาทางเลือก ควรซักประวัติทุกครั้งที่มารับการรักษา • ประวัติยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ หรือยาที่ใช้ในการรักษาอยู่ รวมถึงการใช้สารเสพติด • ประวัติการดื้อยา หรือผลการตรวจการดื้อยา • ประวัติผู้ดูแลผู้ให้การสนับสนุนในการกินยาเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ดูแล • ประวัติเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยการดื้อยามาก่อน ได้แก่ ประวัติการกินยาต้านเอชไอวีเดิม การได้ยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประวัติการดื้อยาหรือผลการตรวจการดื้อยา ความสม่ำเสมอในการกินยา จำนวน CD4 ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมา

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

2.2.3 เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในประเทศไทย

การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาต้าน เอชไอวี และการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษา ด้วยยาต้านเอชไอวี คือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัส ในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (< 50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวน CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (non AIDS-related illness) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (adherence) ที่ดีมาก คือ กินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 95 ยาที่ต้องกินวันละ 2 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุก ๆ 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุก ๆ 24 ชั่วโมง

เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่ทุกจำนวน CD4 โดยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มี $CD4 > 500$ cells/mm³ มีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น serious AIDS-related และ serious non-AIDS มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอจนจำนวนของ CD4 ลดลง ≤ 350 cells/mm³ โดยเฉพาะการลดลงของการป่วยเป็นวัณโรค, Kaposi sarcoma และ malignant lymphoma นอกจากนี้ การเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี $CD4 > 500$ cells/mm³ จะมีประโยชน์ในการป้องกันคู่ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมจากระดับ VL ไม่สามารถวัดได้จากข้อมูลดังกล่าวจึงแนะนำให้เริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มีความพร้อมและเข้าใจของการกินยาในระยะยาว (แนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560)

2.2.4 สูตรพื้นฐานเป็นสูตรยาเริ่มต้น (initial regimens) ในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560 คือ TDF/FTC หรือ TDF + 3TC ร่วมกับ EFV หรือ RPV ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินยา NNRTIs ได้แนะนำ LPV/r หรือ ATV/r โดยแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก

NRTIs backbone		NNRTIs		ยาตัวที่สามอื่นๆ
แนะนำ		แนะนำ		แนะนำ
TDF/FTC		EFV หรือ RPV		LPV/r
TDF + 3TC				
หรือทางเลือก		หรือ		หรือ
ABC + 3TC	+	NVP	ในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถกินยา NNRTIs ได้	ATV/r
AZT + 3TC				หรือทางเลือก
				ยากลุ่ม INSTI -RAL หรือ -EVG/c/TDF/FTC หรือ -DTG

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

2.2.5 สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรทางเลือก ถ้าไม่สามารถเริ่มยาต้านเอชไอวีตามสูตรแนะนำสูตรแรกได้ เนื่องจากมีข้อห้าม หรือทนาย TAF ไม่ได้ ให้พิจารณา NRTIs ทางเลือกคือ ABC + 3TC หรือ AZT + 3TC แทน โดยสูตรที่มี ABC นั้น ควรพิจารณาให้ในผู้ที่ก่อนเริ่มการรักษามีระดับ VL < 100,000 copies/ml (ยกเว้นให้ร่วมกับ dolutegravir) (แนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560)

นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี คือ

(1) กรณี VL < 50 copies/mL หลังจากกินยาต้านเอชไอวินานติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี ไม่จำเป็นต้องตรวจ CD4

(2) ถ้ามีปัญหาแพ้ยา หรือผลข้างเคียงทางระบบประสาท EFV ให้พิจารณาลดขนาดยา EFV จาก 600 mg/day เป็น 400 mg/day (ไม่สามารถใช้ EFV 400 mg ในคนท้อง หรือผู้ป่วยกำลังกินยา rifampicin) หรือเปลี่ยนเป็น NNRTIs อื่น ได้แก่ RPV

(3) กรณีใช้ RPV ก่อนเริ่มยา ควรตรวจปริมาณ VL ก่อนเริ่มยา ถ้า VL > 500,000 copies/mL ไม่ควรใช้เนื่องจากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการรักษาล้มเหลว

(4) กรณีที่ไม่สามารถตรวจ VL ก่อนเริ่ม RPV อาจพิจารณาใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ CD4 > 350 cells/mm³ หรือมี VL < 50 copies/mL อย่างน้อย 6 เดือน

(5) ผู้ที่ได้รับยา TDF ควรปรับลดขนาดยาเมื่อ CrCl < 60 มล./นาที

(6) ผู้ที่กำลังได้รับยา TDF ควรตรวจติดตามการทำงานของไต โดยติดตามค่า eGFR ทุก 6 เดือน และ UA ปีละ 1 ครั้ง แต่ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง high risk เช่น อายุมาก มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือได้รับยาที่มีผลกระทบต่อไต เช่น ยาแก้ปวด NSAIDs ระยะเวลา แนะนำคัดกรอง UA ทุก 6 เดือน ในผู้ได้รับยาต้านเอชไอวีแล้วและมีอาการคงที่ มี adherence ที่ดี (stable on ART) ไม่จำเป็นต้องนัดบ่อยครั้ง แนะนำให้นัดติดตาม ทุก 3-6 เดือน

2.2.6 สูตรดื้อยาใช้ในกรณีรักษาล้มเหลว (Treatment Failure)

ซึ่งเป็นผลจากเชื้อไวรัสดื้อต่อยาในกลุ่มพื้นฐาน ดังนี้

- (1) Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- (2) Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- (3) Didanosine (ddI) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- (4) Zidovudine (AZT) + Didanosine (ddI) + Boosted PIs
- (5) Zidovudine (AZT) + Tenofovir (TDF) + Boosted PIs
- (6) Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Tenofovir (TDF) + Boosted PIs
- (7) Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs-

การดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวี หรือ Human immunodeficiency virus (HIV) drug resistance หมายถึงภาวะที่ยาต้านไวรัสไม่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสได้อีกต่อไป สาเหตุมาจากการกลายพันธุ์ทำให้รหัสพันธุกรรมบน genome ของเอชไอวีเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ส่งผลให้มีการสร้างเอนไซม์ที่สำคัญของไวรัส (reverse transcriptase, protease และ integrase) ที่มีกรดอะมิโน ต่างไปจากไวรัสเดิมที่ไวต่อยาต้านไวรัส (wild-type virus) ปกติเอชไอวีที่กลายพันธุ์จะเพิ่มจำนวนใน ร่างกายผู้ติดเชื้อได้ในปริมาณต่ำกว่าไวรัสสายพันธุ์เดิมที่เพิ่มจำนวนได้ดีกว่าแต่เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ยาต้านเอชไอวี ยานี้จะกดและลดปริมาณไวรัสที่ไวต่อยาลง เปิดโอกาสให้ไวรัสกลายพันธุ์ที่ไม่ไวต่อยาต้านเอชไอวีที่ใช้อยู่เพิ่มจำนวนในร่างกายผู้ติดเชื้อได้นอกจากนี้การกลายพันธุ์ของเอชไอวียัง อาจก่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้

- (1) ความสามารถในการเพิ่มจำนวน (viral fitness) ของไวรัสเปลี่ยนไป เช่น การเกิด M184V จะทำให้เอชไอวีเพิ่มจำนวนน้อยลง
- (2) ความไวต่อยาต้านเอชไอวี (susceptibility) ชนิดอื่นเปลี่ยนไป เช่น การดื้อยาข้ามชนิด (cross-resistance) หรือไวต่อยามากกว่าเดิม (hyper-susceptibility) เป็นต้น

(3) Tropism (co-receptor ที่อยู่บน CD4 T cell) ของเอชไอวีเปลี่ยนไป เช่น มีการเปลี่ยนจาก CCR5 เป็น CXCR4 เป็นต้น การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่เป็นสูตรยา 3 ชนิดขึ้นไปที่มีประสิทธิภาพ หรือที่เรียกว่า HAART (highly active antiretroviral therapy) และผู้ติดเชื้อรับประทานยาครบสมบูรณ์จะสามารถป้องกันการเกิดการกลายพันธุ์ได้ ด้วยเหตุผลหลัก 2 ประการคือ

(3.1) มียาที่มีกลไกในการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันอยู่ในสูตรยาเดียวกัน ทำให้การดื้อยาเกิดขึ้นได้ยากกว่าเพราะต้องอาศัยการเกิดการกลายพันธุ์ที่มากกว่า

(3.2) การใช้ยาหลายชนิดสามารถลดการเพิ่มจำนวนของเอชไอวีได้ดีกว่าการใช้ยาเพียง 1 หรือ 2 ชนิด และเมื่อมีการเพิ่มจำนวนของไวรัสที่ลดลงมาก ก็จะมีโอกาสที่ไวรัสจะมีการกลายพันธุ์ลดลงเช่นกัน

ประเภทของการดื้อยาต้านเอชไอวีแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

(1) Primary drug resistance พบในผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน โดยการรักษาที่เริ่มมีการดื้อยาอยู่แล้วมาจากผู้อื่น เช่น คู่สมรสของตน หรือการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

(2) Secondary drug resistance หมายถึงการดื้อยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อที่เคยหรือกำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและมีการรักษาที่ล้มเหลว

ความล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แบ่งเป็น 3 ลักษณะ

ลักษณะที่ 1 ความล้มเหลวทางไวรัส (virological failure) หมายถึง การที่ยาต้านเอชไอวีไม่สามารถกดและคงระดับ HIV-RNA ในเลือดไว้ในระดับที่ต่ำกว่า 200 copies/mL ได้หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนานอย่างน้อย 6 เดือน

ลักษณะที่ 2 ความล้มเหลวทางภูมิคุ้มกัน (immunological failure) หมายถึง ร่างกายไม่สามารถมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันทั้งในด้านของจำนวน CD4 และการคงจำนวน CD4 ให้อยู่ในระดับสูงเป็นเวลานาน หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ลักษณะที่ 3 ความล้มเหลวทางคลินิก (clinical failure) หมายถึง มีการเกิดขึ้นใหม่หรือการกลับเป็นซ้ำของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related complication) หลังจากเริ่มยาต้านเอชไอวีไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ทั้งนี้ไม่รวมถึงกลุ่มอาการ immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) ซึ่งมักเกิดภายใน 3 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี สิ่งสำคัญที่ควรทราบ คือ การวินิจฉัยการล้มเหลวลักษณะที่ 1 ให้รวดเร็วโดยไม่รบกวนผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลวถึงลักษณะที่ 2 และ 3 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก เพราะจะป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของเชื้อดื้อยาจนทำให้ดื้อต่อยาอื่น ๆ รวมทั้งยาใหม่ในกลุ่มยานั้นได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวทางไวรัส (virological failure)

(1) ผู้ติดเชื้อ ได้แก ปริมาณ HIV-RNA ก่อนเริ่มการรักษาสูง จำนวน CD4 ก่อนเริ่มการรักษาต่ำ โรครวม เช่น การติดเชื้อเสพติด โรคทางจิตเวช โรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท การมีเชื้อไวรัสื้อยา เคยมีความล้มเหลวจากการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา หรือการมาตรวจติดตามการรักษาตามนัด และการไม่เข้ารับยาหรือรับยาไม่ต่อเนื่อง

(2) สูตรยาต้านเอชไอวี ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกสซ์จลนศาสตร์ของยา เช่น กระบวนการดูดซึม การเมตาบอลิซึม เป็นต้น ความแรงของยา ประสิทธิภาพของยาและสูตรยา การทานยาร่วมกับอาหาร จำนวนเม็ดยาหรือความถี่ในการรับประทานยา ปฏิกิริยาระหว่างยา ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา และราคา

การจัดการความล้มเหลวทางไวรัส (virological failure)

(1) ทบทวนประวัติการรักษาทั้งหมด ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา ปฏิกิริยาระหว่างยากับยาหรือยากับอาหาร การทนต่อยา (drug tolerability) แนวโน้มผลการตรวจ viral load และ CD4 ประวัติการรักษา ผลการตรวจการื้อยาในปัจจุบันและผลในอดีต

(2) การตรวจเชื้อเอชไอวีื้อยาต้องกระทำในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานยาอยู่ หรือหยุดยาไม่เกิน 4 สัปดาห์

(3) เป้าหมายในการรักษา คือ viral load ต่ำกว่าความสามารถของเครื่องตรวจวัดที่จะตรวจวัดได้ (< 50 copies/mL) หรือที่เรียกว่า virological suppression ในกรณีที่ไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ควรให้ยาต้านไวรัสที่ทำให้เกิด toxicity น้อยที่สุด รวมถึงคงระดับ CD4 และชะลอการดำเนินของโรค

(4) สูตรยาใหม่ควรประกอบด้วยยาที่ยังมีประสิทธิภาพ 3 ชนิด หรืออย่างน้อย 2 ชนิด

(5) ไม่แนะนำให้เพิ่มยาต้านไวรัสชนิดใหม่ 1 ชนิดเข้าไปในสูตรยาเดิมที่มีการล้มเหลวไปแล้ว เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เชื่อมีการพัฒนาการื้อยาครบทุกตัวในสูตร 3

(6) หากผู้ป่วยมีการื้อยาหลายชนิดและไม่สามารถหาสูตรยาต้านไวรัสที่เหมาะสมได้ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

(7) ไม่แนะนำให้หยุดยาเนื่องจากจะทำให้ HIV-RNA เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้จำนวน CD4 ลดลงซึ่งส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้การดำเนินไปของโรคเร็วขึ้น

(8) หาก HIV ื้อต่อ Emtricitabine (FTC), Lamivudine (3TC) หรือ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรวมด้วย ให้คงสูตรยา FTC, 3TC หรือ TDF ต่อ เพื่อคงการรักษาไวรัสตับอักเสบบีส่วนยาต้านไวรัสเอชไอวีให้พิจารณาเพิ่มยาใหม่ตามความเหมาะสม

ข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการตรวจการดื้อยาต้านเอชไอวี

Clinical indications for testing for HIV drug resistance

แนะนำให้ตรวจการดื้อยาต้านเอชไอวีในกรณีต่างๆ ดังนี้

(1) การติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV infection) ควรได้รับการตรวจถ้าผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงที่จะมี primary drug resistance สูง หรือมีความชุกของการเกิด primary drug resistance ในสังคมนั้นๆ สูงกว่าร้อยละ 5 ซึ่งการตรวจในช่วงนี้เป็นระยะเวลาที่ดีที่สุดที่จะตรวจหาการดื้อยา เพราะหลังจากนี้เป็นช่วงของการกลายพันธุ์ที่มีอยู่อาจตรวจไม่พบ และการตรวจจะช่วยให้สามารถเลือกสูตรยาแรกที่มียาต้านเอชไอวีที่ใช้อยู่ยังไวอยู่ทั้ง 3 ชนิดและหากการเริ่มยาต้านไวรัสถูกเลื่อนออกไปควรพิจารณาตรวจการดื้อยาซ้ำ

(2) ก่อนการเริ่มยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อเอชไอวีมานานแล้ว (ART-naïve patients with chronic HIV infection) ยังควรได้รับการตรวจถ้าผู้ติดเชื้อยังมีความเสี่ยงที่จะมี primary drug resistance สูง แต่อาจตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ทั้งที่มีอยู่ เพราะการติดเชื้อมานานหลายปีจะพบไวรัสสว่นใหญ่เป็นสายพันธุ์ดั้งเดิม (wild type) และหากการเริ่มยาต้านไวรัสถูกเลื่อนออกไปควรพิจารณาตรวจการดื้อยาซ้ำ

(3) การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีล้มเหลว (virological failure) ควรตรวจการดื้อยาในผู้ป่วยที่มีระดับ HIVRNA > 1,000 copies/mL และหากผู้ป่วยมี HIV-RNA > 500 copies/mL แต่ < 1,000 copies/mL อาจตรวจไม่พบการดื้อยาแต่ยังควรได้รับการพิจารณาการส่งตรวจ

(4) ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่สามารถกด viral load ได้อย่างเหมาะสม (suboptimal suppression of viral load) การตรวจช่วยให้ทราบการดื้อยาและช่วยให้แพทย์ทราบจำนวนยาที่ยังมีประสิทธิภาพเพื่อพิจารณาสูตรใหม่

(5) ผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์ (HIV-infected pregnant women) ควรได้รับการตรวจการดื้อยาในผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์ทุกรายก่อนการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี และควรตรวจในผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อยู่ที่มี ระดับ HIV RNA >50 copies/mL สำหรับประเทศไทยแนะนำให้ตรวจการดื้อยาเมื่อทราบवादติดเชื้อครั้งแรกเฉพาะกรณีสงสัยมีคู่ที่มีประวัติเชื้อดื้อยาและในคนที่ป้องกันการติดเชื้อ ก่อนสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) หรือมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว และพบ HIV-RNA > 1,000 copies/mL หลังทานยาสม่ำเสมอเกิน 6 เดือนเท่านั้น ซึ่งในประเทศไทยได้เคย มีผู้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิด primary drug resistance พบว่ามีแนวโน้มสูงกว่าร้อยละ 5 ดังตารางที่ 2.6 ดังนั้นในอนาคตประเทศไทยจึงอาจจำเป็นต้องมีการตรวจการดื้อยาก่อนการเริ่มยาต้านไวรัส (ภัทรินทร์ พิทักษ์โชติวรรณ, 2560)

ตารางที่ 2.6 อุบัติการณ์การเกิด primary drug resistance ในประเทศไทย

Author	Population	Year of study	No.of patient	% primary drug resistance
Apisamthanarak	Thammasat University Hospital	2003 - 2006	305	2 % 0 %(n=0/75) in 2003 1.2 %(n=1/78) in 2004 2.6 %(n=2/76) in 2005 And 5.2%(n=4/76) in 2006(P=0.06)
Sungkanuparph S, et al	Ramathibodi Hospital	2007 - 2010	466	4.9 %
Manosuthi W, et al	Bamrasnaradura Infectious Diseases	2010 -2011	330	17.6 %
Kiertiburanakul S, et al	Hospital throughout Thailand	2011 - 2014	265	7.9 %

ที่มา: ภัทรินทร์ พิทักษ์โชติวรรณ และวิลาสินี กมลมิตร (2560)

หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตรสำหรับประเทศไทยหากพบการดื้อยาแนะนำให้เปลี่ยนสูตรยาตามตารางที่ 2.7 โดยใช้หลักการเลือกโดยดูจากประวัติการดื้อยาหรือการล้มเหลวจากสูตรยาต้านไวรัสในอดีตและปัจจุบัน

ตารางที่ 2.7 หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตร

ยาสูตรแรก	Mutation ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	ยาสูตรที่สองที่แนะนำ
NNRTIs+NRTIs	-NNRTIs-associated mutation (EFV,NVP) ± M184VI ± NRTIs mutation -กรณีใช้ RPV อาจตรวจพบ E138K ± M184VI ± NRTIs mutation	-กรณีที่ใช้ AZT เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ TDF + 3TC (FTC) + Boosted PIs + INSTI (RAL หรือ DGT) -กรณีที่ใช้ TDF เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ AZT + 3TC (FTC) + Boosted PIs หรือ boosted PIs + INSTI (RAL หรือ DGT)
Boosted-PIs + NRTIs	- M184VI โดยที่ไม่พบ PI resistance mutation	ดูเรื่อง adherence และ/หรือ ปัญหา drug interaction -ใช้สูตรยาเดิมร่วมกับเน้นย้ำเรื่อง adherence -ปรับเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรที่มีผลข้างเคียงน้อยเพื่อเพิ่ม adherence
	- M184VI +NRTIs mutation โดยที่ไม่พบ PI resistance mutation	-กรณีที่ใช้ AZT เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ TDF + 3TC (FTC) + Boosted PIs -กรณีที่ใช้ TDF เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ AZT + 3TC (FTC) + Boosted PIs

ตารางที่ 2.7 หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังจากการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตร (ต่อ)

ยาสูตรแรก	Mutation ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	ยาสูตรที่สองที่แนะนำ
Boosted-PIs + NRTIs	- M184VI + PI resistance mutation	- เลือกสูตรยาโดยใช้ผลการตรวจ genotypic resistance ประกอบการเลือกสูตรยาหรือ - พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา
INSTI-based + NRTIs	- M184VI ± INSTI resistance mutation	- Boosted-PIs+NRTIs (พิจารณาเช่นเดียวกับด้านบน) - Boosted-PIs+DTG โดยปรับตามผล genotypic resistance
หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสรวมและต้องใช้ PI-based regimen -ปรับ rifampicin ออกจากสูตรยาไวรัส -หากจำเป็นต้องใช้ยา rifampicin อาจปรับขนาดยา lopinavir เป็น double dose LPV/r (800/200) ทุก 12 ชั่วโมง ซึ่งไม่แนะนำในกรณีที่มีทางเลือกอื่น เพราะมีผลข้างเคียงมาก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อตับอักเสบบีร่วม -พิจารณาใช้ยา TDF + 3TC (FTC) ในยาสูตรที่สองเสมอเพื่อให้มียาต้านไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ -พิจารณาใช้สูตรเหมือนหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์		

ที่มา: ภัทรินทร์ พิทักษ์โชติวรรณ และวิลาสินี กมลมิตร (2560)

2.2.7 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัส ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อมีชีวิตยืนยาว ขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการได้รับยาต้านไวรัส อาจนำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและยังมียาโอกาสเกิดการดื้อยาได้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงไม่ได้

เป็นเพียงการนัดผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัดเท่านั้น ยังต้องการผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินและติดตามผลการใช้ยาด้วย นอกจากนี้ครอครบถ้วนจะต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงจากยาและความสำคัญของการกินยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการดื้อยา

2.2.8 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาด้านไวรัสเอชไอวี

ตารางที่ 2.8 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาด้านไวรัสเอชไอวี

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย	ยาด้านไวรัสเอชไอวีที่อาจเป็นสาเหตุของผลข้างเคียง
นอนไม่หลับ/ฝันร้าย	efavirenz, raltegravir, atazanavir
ประสาทอักเสบ (neuropathy)	didanosine, stavudine, zidovudine
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	zidovudine
คลื่นไส้ อาเจียน	zidovudine, protease inhibitors
ถ่ายเหลว	lopinavir, didanosine
ตัวเหลือง ตาเหลือง (Hyperbilirubinemia)	indinavir และ atazanavir
ตับอักเสบ	nevirapine และ didanosine
ตับอ่อนอักเสบ	didanosine, stavudine และ raltegravir
การทำงานของไตผิดปกติ	tenofovir และ atazanavir
กระดูกบาง (Osteopenia)	Protease inhibitors, tenofovir และ stavudine
ผื่นแพ้ยารุนแรง (SJS)	nevirapine
ผื่น	nevirapine, efavirenz
แพ้ยา (hypersensitivity)	abacavir, nevirapine
ภาวะไขมันย่ำที่ lipohypertrophy)	protease inhibitors, efavirenz
ภาวะไขมันย่ำที่ (lipoatrophy)	stavudine, zidovudine, didanosine,
ไขมันในเลือดสูง	protease inhibitors, stavudine, efavirenz
น้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน	ritonavir-boosted lopinavir, stavudine, didanosine, zidovudine
Lactic acidosis	didanosine, stavudin
มีภาวะซีด	zidovudine

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

2.2.8 การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: Prophylaxis and Treatment)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย เนื่องจากผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่ทราบภาวะการติดเชื้อของตนเองจึงไม่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ จนกระทั่งเมื่อ ภูมิคุ้มกันต่ำมากทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆและนำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อส่วนหนึ่งไม่เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัจจัยทางด้านจิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ และจากปัจจัยต่างๆก็ส่งผลให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาสตามมา

ตารางที่ 2.9 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Tuberculosis และ Pneumocystic pneumonia ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่

โรคหรืออาการ	การรักษา		Secondary prophylaxis	
	แนะนำ	ทางเลือก	แนะนำ	ทางเลือก
Tuberculosis	2HRZE/4-7 IR Isoniazid 5-8 มก./กก. (300 มก.) กินวันละครั้ง Rifampicin 10 มก./กก. (450-600 มก.) กินวันละครั้ง Ethambutol 15-20 มก./กก. (800-1,200 มก.) กินวันละครั้ง Pyrazinamide 20-25 มก./กก. (1,000-2,000 มก.) กินวันละครั้ง Pyridoxine 20-30 มก./กก. (1,000-2,000 มก.)		ไม่มี	ไม่มี

ตารางที่ 2.9 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Tuberculosis และ Pneumocystis pneumonia ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่ (ต่อ)

โรคหรืออาการ	การรักษา		Secondary prophylaxis	
	แนะนำ	ทางเลือก	แนะนำ	ทางเลือก
Pneumocystis pneumonia (PCP)	Co-trimoxazole โดยให้ TMP 15-20 มก./กก./วัน หรือ SMX 75-100 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง นาน 21 วัน	-Clindamycin 600 มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชม. หรือ 900 มก.ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชม. หรือ 300 มก. กิน ทุก 6 ชม. หรือ 450 มก. กินทุก 8 ชม. + Primaquine 30 มก. กินวันละครั้ง นาน 21 วัน- Pentamidine 3-4 มก./กก. วันละครั้ง ทางหลอดเลือดดำ นาน 21 วัน	Co-trimoxazole (80-400 มก. หรือ single strength,SS) กิน 2 เม็ด วันละครั้ง	Dapsone 100 มก. กินวันละครั้ง

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ตารางที่ 2.10 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Cryptococcosis และ Toxoplasmosis
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่

โรคหรืออาการ	การรักษา		Secondary prophylaxis	
	แนะนำ	ทางเลือก	แนะนำ	ทางเลือก
Cryptococcosis	Induction phase - Amphotericin B 0.7-1.0 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำ + Fluconazole 800 มก./วัน กินนาน 14 วัน - Amphotericin B 1.0 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำ นาน 14 วัน Consolidation phase -Fluconazole 400-800 มก./วัน กินนาน 8-10 สัปดาห์	- Fluconazole 1,200 มก./วัน นาน 14 วัน - Itraconazole 400 มก./วัน นาน 8-10 สัปดาห์	- Fluconazole 200 มก./วัน กินวันละครั้ง อย่างน้อย 12 เดือน	Cryptococcosis
Toxoplasmosis	- Co-trimoxazole (TMP 5-10 มก./กก./วัน) ทางหลอดเลือดดำ หรือกินวันละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ - Pyrimethamine 200 มก. 1 ครั้ง ตามด้วย 50 มก./วัน (น.น. ≤60 กก.) หรือ 75 มก./วัน (น.น. >60 กก.) + Sulfadiazine 1,000 มก. (น.น.≤60 กก.) หรือ 1,500 มก.(น.น.>60 กก.) วันละ 4 ครั้ง + folinic acid 10-25 มก./วัน อย่างน้อย 6 สัปดาห์	-Pyrimethamine ตามขนาดในยาหลัก + Clindamycin 600 มก. ทุก 6 ชั่วโมง -Pyrimethamine ตามขนาดในยาหลัก + Azithromycin 1,000-1,250 มก./วัน	-Pyrimethamine 25-50 มก./วัน + Sulfadiazine 500-1,000 มก. วันละ 4 ครั้ง + folinic acid 10-25 มก./วัน	-Pyrimethamine 25-50 มก./วัน + Clindamycin 600 มก. ทุก 8 ชั่วโมง + folinic acid -Co-trimoxazole SS 2 เม็ด วันละครั้ง

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ตารางที่ 2.11 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Penicilliosis/Histoplasmosis และ Cytomegalovirus (CMV) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่

โรคหรืออาการ	การรักษา		Secondary prophylaxis	
	แนะนำ	ทางเลือก	แนะนำ	ทางเลือก
Penicilliosis/ Histoplasmosis	Induction phase - Amphotericin B 0.6-0.7 มก./กก./วัน Consolidation phase - Itraconazole 200 มก. กินวันละ 2 ครั้ง นาน 10-12 สัปดาห์	- Itraconazole 200 มก. กินวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ตามด้วย 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน - Amphotericin B 0.4-0.5 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง นาน 10-12 สัปดาห์ - Fluconazole 800 มก. กินวันละครั้ง นาน 10-12 สัปดาห์	- Itraconazole 200 มก. กินวันละครั้ง	- Fluconazole 800 มก. กินวันละครั้ง - Amphotericin B 0.6-0.7 มก./กก./วัน สัปดาห์ละครั้ง
CMV	- Ganciclovir 5 มก./กก. ทุก 12 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ นาน 2-3 สัปดาห์ - Valganciclovir 900 มก. กินวันละ 2 ครั้ง นาน 2-3 สัปดาห์	- Ganciclovir intravitreal 2,000 ไมโครกรัม/ครั้ง โดยฉีด 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์จนกว่ารอยโรคจะสงบ - Ganciclovir implant เปลี่ยนทุก 6-8 เดือน	- Valganciclovir 900 มก. กินวันละครั้ง	- Ganciclovir 5 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง - Ganciclovir intravitreal 2,000 ไมโครกรัม/ครั้ง โดยฉีด 1 ครั้ง ทุก 2-4 สัปดาห์

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ตารางที่ 2.12 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Mycobacterium Avium Complex (MAC)
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่

โรคหรืออาการ	การรักษา		Secondary prophylaxis	
	แนะนำ	ทางเลือก	แนะนำ	ทางเลือก
MAC	- Clarithromycin 500 มก. กินวันละ 2 ครั้ง + Ethambutol 15 มก./กก./วัน ในกรณีที่อาการรุนแรง ควรใช้ยาอื่นร่วมด้วย เช่น Quinolones: - Ciprofloxacin 500-750 มก.กินวันละ 2 ครั้ง หรือ - Levofloxacin 500 มก. กินวันละครั้ง หรือ Moxifloxacin 400 มก. กินวันละครั้ง ± Amikacin 15 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำหรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละครั้ง	- Azithromycin 500 มก. กินวันละครั้ง + Ethambutol 15 มก./กก./วัน	เหมือนในกรณีที่ให้การรักษาทุกประการ ให้ต่ออย่างน้อย 1 ปี	เหมือนในกรณีที่ให้การรักษาทุกประการ ให้ต่ออย่างน้อย 1 ปี

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ตารางที่ 2.13 สรุปเกณฑ์ CD4 ในการหยุด primary secondary และ prophylaxis ของโรค
ติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ใหญ่

Opportunistic infections	Primary prophylaxis	Secondary prophylaxis
PCP	CD4 >200 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน CD4 100-200 cells/mm ³ แต่มี VL วัดไม่ได้ มากกว่า 1 ปี	CD4 >200 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน
Toxoplasmosis	CD4 >200 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน	CD4 >200 cells/mm ³ นานกว่า 6 เดือน
Cryptococcosis	CD4 >100 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน	ได้รับ secondary prophylaxis อย่างน้อย 1 ปี และ CD4 ≥100 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน
Penicilliosis/ Histoplasmosis	CD4 >100-150 cells/mm ³ นานกว่า 6 เดือน*	CD4 >100 cells/mm ³ (สำหรับ penicilliosis) และ >150 cells/mm ³ (สำหรับ histoplasmosis) นานกว่า 6 เดือน
MAC	CD4 >100 cells/mm ³ นานกว่า 3 เดือน*	ได้รับการรักษา MAC อย่าง น้อย 12 เดือน ไม่มีอาการของ โรคและ CD4 >100 cells/mm ³ นานกว่า 6 เดือน
CMV	Not applicable	ได้รับการรักษา CMV retinitis นานกว่า 3-6 เดือน และ CD4 >100 cells/mm ³ นานกว่า 3- 6 เดือน

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

2.2.10 การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (แนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560)

การติดตามผลการรักษาหลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้อง การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการรักษาและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา โดย การวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดและการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 count ซึ่งการวัดระดับ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ถือเป็นดัชนีบ่งบอกประสิทธิภาพในการรักษาได้ แม่นยำมากกว่าการวัด ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 count หลังจากเริ่มให้การรักษาปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต้องลดลง จนน้อยกว่า 50 copies/ml ในเวลา 6 เดือน ซึ่งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะลดลงเมื่อสัปดาห์ที่ 8-12 หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและควรมีการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก่อนเริ่มต้นการ รักษาจึงจะเกิดผลดีที่สุด สำหรับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 count จะเพิ่มขึ้น 50-75 cell/mm³ หลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสแล้ว 3 เดือน การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการประเมินผล การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการตรวจหาระดับเม็ดเลือดขาว CD4 cell count การตรวจหา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV RNA viral load) และการตรวจการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวีในแต่ ละชนิด การตรวจจะมีเทคโนโลยีและวิธีการตรวจที่หลากหลายและมีข้อบ่งชี้ในการตรวจที่แตกต่างกัน

2.2.11 การตรวจหาจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 cell count)

เซลล์ลิมโฟไซต์ชนิด CD4 cell count เป็นเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่ควบคุมการสร้างภูมิ ต้านทานของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ และเป็นเซลล์เป้าหมายสำคัญของเชื้อเอชไอวีที่เข้าไป เพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์นั้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีจำนวน CD4 cell count ลดลง ดังนั้น การตรวจหาจำนวน CD4 cell count ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มี วัตถุประสงค์เพื่อการพยากรณ์โรค การตัดสินใจในการให้ยาต้านไวรัสและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวย โอกาสต่าง ๆ พร้อมทั้งการติดตามการดูแลและประเมินผลการรักษา เชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ต่อผู้ติดเชื้อได้หลายอย่าง เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น T-helper cell ถือว่าเป็นเซลล์ เป้าหมายที่สำคัญต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเข้าไปเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ลิมโฟไซต์ดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทางด้านเซลล์มีผลให้ติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิด กลายเป็นโรค เอดส์และเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการตรวจหาระดับเซลล์ชนิด CD 4 ที่ลดลงโดยอัตราร้อยละหรือ จำนวนสัมบูรณ์ของเซลล์ CD 4 เป็นเครื่องชี้ถึงความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ซึ่ง มีวัตถุประสงค์ดังนี้

2.2.11.1 พยากรณ์ระยะโรคของผู้ติดเชื้อ

2.2.11.2 ประกอบการพิจารณาในการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2.2.11.3 ตัดสินใจในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

2.2.12 การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (HIV viral load)

การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด เป็นการตรวจหาปริมาณสารพันธุกรรมชนิด RNA ของไวรัสในพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิคการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของไวรัสด้วยหลักการ real time nucleic amplification วัตถุประสงค์ของการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีเพื่อการตัดสินใจในการรักษา การตรวจติดตามผลการรักษา และการเปลี่ยนสูตรยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งการเลือกใช้น้ำยาและเครื่องมือให้ได้มาตรฐานการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด (HIV RNA viral load) เป็นการตรวจเพื่อการติดตามผลและตัดสินใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในซีรัม นิยมทำโดยการตรวจหาปริมาณไวรัสจากพลาสมา การตรวจสามารถทำได้โดยอาศัยเทคนิคการเพิ่มขยายปริมาณกรดนิวคลีอิกของเชื้อไวรัส

2.2.13 การตรวจการดื้อยาต้านไวรัส (HIV drug resistance testing)

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสวัตถุประสงค์ของการตรวจเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบ การพิจารณาการตัดสินใจของแพทย์ในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลว การติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีดื้อยา การเลือกใช้และปรับเปลี่ยนสูตรเป็นการตรวจเพื่อให้ได้ข้อมูล ประกอบการตัดสินใจการพิจารณาเลือกและหรือปรับเปลี่ยนสูตรยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปัจจุบันมีวิธีการตรวจการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ทางห้องปฏิบัติการอยู่หลายวิธีแต่วิธีที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างกว้างขวางในขณะนี้ มี 3 วิธี คือการตรวจจีโนไทป์ (genotypic drug susceptibility testing) การตรวจฟีโนไทป์ (phenotypic drug susceptibility testing) และวิธีเวอร์ชวลฟีโนไทป์ (virtual phenotype) สำหรับประเทศไทยใช้วิธีการตรวจแบบจีโนไทป์ วิธีนี้ได้รับความนิยมมากกว่า การตรวจฟีโนไทป์ เนื่องจากมีราคาถูกและใช้เวลาในการวิเคราะห์ผลสั้น โดยการตรวจจีโนไทป์เป็นการหาลำดับเบสในยีนของเชื้อเอชไอวีในตำแหน่งที่ควบคุมการสร้างเอนไซม์ Protease และ Reverse Transcriptase ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดการผ่าเหล่าขึ้น ที่มีผลต่อการรักษาด้วยยาแล้วนำ ลำดับเบสนั้นไปวิเคราะห์หาลักษณะการดื้อยาเทียบกับฐานข้อมูลดื้อยาที่เก็บรวบรวมจากการวิจัย ซึ่งได้การทดสอบยาต้านไวรัสเอชไอวี ในมนุษย์มาก่อนและได้จากหลังจากที่ยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดนั้นออกจำหน่ายการตรวจแบบนี้บ่งบอกว่าไวรัสที่มีอยู่ในผู้ติดเชื้อน่าจะดื้อต่อยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดใดบ้าง แต่ไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละชนิด

2.2.14 การวินิจฉัยการรักษาล้มเหลว วินิจฉัยการรักษาล้มเหลวแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

2.2.13.1 Virological failure มีความไวมากที่สุดตรวจพบได้เร็วที่สุดและเชื่อถือได้มากที่สุด โดยการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวี (Viral load, plasma HIV RNA) โดยทั่วไป หลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ นาน 6 เดือน ควรตรวจไม่พบ (undetectable HIV RNA) หรือพบน้อยกว่า 50 copies/ml แต่ถ้าพบปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml ถือว่าการรักษาล้มเหลว

2.2.13.2 Immunological failure ระดับภูมิคุ้มกัน หรือเม็ดเลือดขาว (CD4) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งหลังได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นเวลา 1 ปี ดังนี้

- 1) เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 50 cell/mm³
- 2) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากค่าสูงสุดหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 3 ลดลงต่ำกว่าก่อนรักษา

2.2.13.3 Clinical failure พบได้ช้าที่สุดจะต้องผ่านการเกิด Virological failure และ Immunological failure มาก่อน อาการทางคลินิกอาจเป็นการกลับเป็นซ้ำของโรคฉวยโอกาสที่เป็นอยู่เดิมก่อนรักษาหรือเกิดขึ้นใหม่หลังการรักษาไปแล้วนาน 6 เดือน ในทางปฏิบัติได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ตรวจหา Viral load ได้หลังเริ่มรักษา 6 เดือน และต่อไปทุก 1 ปีและตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน

2.2.15 ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (Health indicators in persons HIV/AIDS after antiretroviral therapy)

ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดได้แก่ น้ำหนักตัว (body weight) เพิ่มขึ้น ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte เพิ่มขึ้น ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (viral load) ลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.2.15.1 น้ำหนักตัว (body weight)

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายเพิ่มมากขึ้นผู้ติดเชื้อจะมีอาการคลื่นเป็นผื่นขาว เบื่ออาหาร มีการติดเชื้อราในระบบทางเดินอาหาร ท้องร่วงเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและทำให้น้ำหนักลดลง ร่างกายผอม ดังนั้น น้ำหนักตัวจึงเป็นดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหลังจากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับประทานยาต้านไวรัสดังการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของ สุวรรณ บัญยะสิทธิ์ (สุวรรณ บัญยะสิทธิ์, 2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากกินยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉลี่ย 4.62 กิโลกรัมเช่นเดียวกับการศึกษาของ Ross-Degnan (2010) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.9 กิโลกรัม

2.2.15.2 ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count)

การตรวจวัดระดับ CD4 ถือเป็นดัชนีที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพการรักษา และยังเป็นตัวบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดการกินยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic Infection: Prophylaxis) การที่จะบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะต้องมีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100-150 cell/mm³

ต่อไป ซึ่งในปัจจุบันตามเกณฑ์การประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีการตรวจวัดระดับ CD4 ทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี

2.2.15.3 ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (HIV viral load)

เป็นการตรวจวัดปริมาณไวรัสเอชไอวีอาร์เอ็นเอ (HIV RNA) ในปริมาณพลาสมา 1 มิลลิเมตร หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าการตรวจวัดระดับปริมาณไวรัส (viral load) เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการดำเนินของโรคได้ถูกต้องและแม่นยำกว่าการตรวจวัดระดับ CD4 หลังจากที่เริ่มให้ยาต้านไวรัส แต่มีข้อเสียคือ มีราคาในการตรวจแพง โดยเป้าหมายของการรักษาคือ การกดเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ทำให้ปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมาต่ำกว่า 50 copies/ml ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีการตรวจวัดระดับปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกายได้ปีละ 1 ครั้ง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบันเพราะยังไม่มีวัคซีนป้องกันหรือวิธีการรักษาใดที่สามารถทำให้ผู้ป่วย หายขาดจากโรคได้ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสช่วยให้ภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นสามารถชะลอการดำเนินของโรคลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการตายได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุที่ยืนยาว (สมนึก สังฆานุภาพ, 2551) ความสำเร็จในการรักษาระยะยาวนั้นผู้ป่วยต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยร้อยละ 95 การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอเพียงมื้อเดียวสามารถนำไปสู่การดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ (Chesney M, 2003) ซึ่งถือว่าเป็นภาระที่รัฐบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวแต่สิ่งที่สำคัญไปกว่านั้น คือหากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลวอาจนำไปสู่ปัญหาการดื้อยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทรุดโทรมติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและเสียชีวิตเร็วขึ้น

2.2.16 ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (Adherence)

ความมีวินัยในการกินยาต้านไวรัส (antiretroviral drug adherence) หมายถึง การกินยาต้านไวรัสได้ถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด และทุกมื้อตรงเวลา) และกินอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต สมนึก สังฆานุภาพ (2551: 186) กล่าวว่า การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ติดเชื้อมีความสำคัญมาก เนื่องจากความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบ่งบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV Viral load) การเพิ่มระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (durability) มีผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ได้ผลดี ผู้ป่วยจะต้องกินยาน้อย ร้อยละ 95 หมายถึง หากผู้ติดเชื้อต้องกินยาวันละ 2 ครั้ง ไม่ควรขาดยาเกิน 3 ครั้งต่อเดือน แพทย์ผู้ดูแลควรจะสอบถามการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างแรกเสมอในการพบผู้ป่วยทุกครั้งและถ้าจะให้ดีควรให้ผู้ติดเชื้อนำยาที่เหลือมาให้ดู เพื่อตรวจดูคร่าว ๆ ว่าผู้ป่วยกินครบจริง การขอดูยาที่เหลือของผู้ป่วยยังมีประโยชน์ในการตรวจพบว่าผู้ป่วยกินจำนวนเม็ดและครั้ง

ถูกต้องหรือไม่ถ้ามียาชนิดใดเหลือมากกว่าปกติควรสอบถามการกินยาอีกครั้ง เช่น ผู้ป่วยอาจจะกินยาเพียงวันละครั้ง ทั้ง ๆ ที่ต้องกิน 2 ครั้งหรือกินยารั้วละ 2 เม็ดโดยที่จริงต้องกิน 3 เม็ดเป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับขนาดยาเองหรือไม่เข้าใจคำสั่งบนซองยา องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของควมมีวินัยในการกินยาด้านไวรัส คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องกินยาด้านไวรัสเอชไอวีให้ถูกต้องและสม่ำเสมออย่างน้อยรั้วละ 95 ของจำนวนยาที่ต้องกินในช่วงเวลานั้น แนวคิดความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวี ความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวี มีการใช้คำที่คล้ายกัน 2 คำที่มักใช้กันคือ “compliance” และ “adherence” ในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสมักจะใช้คำว่า adherence มากกว่า compliance ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ “adherence” หรือความสม่ำเสมอในการกิน ไว้แตกต่างกันดังนี้ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จำเป็นต้องมีวินัยและความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสที่ดีมากจะต้องกินยาด้านไวรัสให้ถูกต้องทั้งจำนวนและเวลา โดยกำหนดเวลาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที จากเวลาที่กำหนดและผู้ป่วยจะขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งใน 1 เดือน ซึ่งผู้ติดเชื้อมีความจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ทั้งถูกวิธี ครบทุกเม็ดและตรงเวลาทุกมื้อ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุดและบรรลุเป้าหมายการรักษา (พุทธรธรณ ศิวเวทพิกุล, 2008) จากการศึกษาของเพทเทอร์สัน (จาตุติ กองผล, 2554; อ้างอิงจาก Paterson, 2000) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสตั้งแต่รั้วละ 95 มีโอกาสเกิดความล้มเหลวน้อยในการรักษาด้วยยาด้านไวรัส การที่ผู้ติดเชื้อจะต้องกินยาด้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอ อย่างน้อยรั้วละ 95 จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำมากที่สุด

2.2.17 การกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (good adherence)

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเป็นการรักษาระยะยาว เพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด (มีระดับ HIV RNA < 50 copies/ml) และนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น (มีจำนวน CD4 เพิ่มขึ้น) สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ ในการรักษาที่ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการดื้อยานั้น ผู้ติดเชื้อมีความจำเป็นต้องกินยาด้านไวรัสให้ได้อย่างถูกต้อง(ทั้งแง่ถูกวิธี ครบทุกเม็ดและทุกมื้อตรงเวลา) และสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทั้งหมดนี้ก็เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกพบว่าผู้ติดเชื้อที่กินยาด้านไวรัสได้อย่างน้อยรั้วละ 95 ของยาที่ต้องกินตามแผนการรักษาจะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ติดเชื้อที่กินยาด้านไวรัสได้น้อยกว่ารั้วละ 95 ของยาที่ต้องตามแผนการรักษา ก็จะทำให้ยาด้านไวรัสที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงต่ำได้ในระดับที่ต้องการ ดังนั้นความถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอต่อเนื่องในการกินยาด้านไวรัสจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในระยะยาว

2.2.18 การติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

การใช้ยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากจะต้องมีการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมแล้ว จะต้องมีการติดตามการรักษาที่ดีเพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยและให้คำแนะนำ ประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาถ้าแพทย์ผู้ดูแลมีความรู้และประสบการณ์จะสามารถติดตามการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประกอบด้วยหลัก 4 ส่วน คือ

2.2.18.1 การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2.18.2 การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา

2.2.18.3 การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

2.2.18.4 การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษา

2.2.19 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส เป็นปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการรักษา เนื่องจาก ไม่มีวิธีการใดที่มีความถูกต้องและแม่นยำทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสนั้น จะต้องมีการใช้การประเมินร่วมกันหลายวิธี เนื่องจากแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการใช้เครื่องมือวัดร่วมกันอย่างน้อย 2 วิธีขึ้นไป (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2556) ซึ่งการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยามีการประเมินหลายวิธีดังนี้

2.2.20 การนับเม็ดยา (Pill count)

มีจุดเด่นตรงที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ จำนวนเม็ดยา ทำให้การประเมินได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และถ้าประกอบกับการเปิดโอกาสให้มีการพบปะกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับยา ก็จะทำให้ผลที่ได้ใกล้เคียงความเป็นจริง แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในบางสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง ไม่สามารถดำเนินการประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาได้เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการและรับยาจำนวนมาก วิธีประเมินนี้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องเวลาได้ อนึ่งวิธีการนับเม็ดยาไม่สามารถกระทำได้ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่อยู่ อีกกรณีหนึ่งที่ไม่สามารถทำการประเมินแบบนี้ได้คือกรณีมีผู้มารับยาแทน เพราะต้องนับจำนวนยาที่เหลือมาคืน และนำจำนวนเม็ดยาไปคำนวณหา Adherence (สุคนธา คงศีล, 2558)

2.2.21 การรายงานโดยผู้ป่วย (Self-report)

การใช้สมุดบันทึกประจำตัว (log book) สามารถบันทึกเองได้ง่ายด้วยตัวผู้รับประทานยาต้านไวรัสเอง เป็นการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ แต่ปัญหาที่พบคือมักจะได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่ ต้องอาศัยความไว้วางใจในตัวผู้ป่วยและการใช้ Visual analog scale (VAS) เป็นเครื่องมือที่มีความอ่อนไหวต้องอาศัยการทำความเข้าใจระหว่างตัวผู้ประเมิน

และผู้ถูกประเมิน ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence) วิธีใดนั้น สถานบริการจะมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และจำนวนผู้ที่มารับบริการยาต้านไวรัส (สุคนธา คงศีล, 2558)

2.2.22 การมาตรวจรับยาตามนัด

ถ้าพฤติกรรมมาตรวจผิคนัด บ่อยครั้งให้พึงระวังการเกิดการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (Poor adherence)

2.2.23 การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (HIV viral load)

เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส แต่เนื่องจากการตรวจมีราคาสูงและยังมีสถานพยาบาลที่มีการรับตรวจน้อย การใช้ Viral load เพื่อประเมิน ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส จึงไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมเพียงพอตามความต้องการได้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาโดยใช้ แบบที่ 2 คือการรายงานโดยผู้ติดเชื้อโดยเภสัชกรเป็นคนสัมภาษณ์และวัดค่าคะแนนการกินยาต้านไวรัส คือ การกินยาผิดเวลา กินยาครบทุกมื้อ ไม่ลืม กินยา และการกินยาตรงเวลา (ผิดเวลาความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังไม่เกิน 30 นาที ในรอบที่มาพบแพทย์ครั้งก่อน ตรวจสอบบันทึกการกินยาที่ได้บันทึกไว้แล้ว นำมาคำนวณความสม่ำเสมอในการกินยาในผู้ติดเชื้อแต่ละราย

2.2.24 ผลของการกินยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ (Poor adherence)

การกินยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว เพราะทำให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย ซึ่งการดื้อยาต้านไวรัส这不仅เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ติดเชื้อเองเท่านั้น แต่ยังเป็นความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ดื้อยาก็คะรักษาด้วยยาสูตรนั้น ๆ ไม่ได้ผลไปด้วย ทำให้ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรที่มีราคาสูงขึ้น ตลอดจนอาจมีความยุ่งยากในการกินหรือเกิดการข้างเคียงมากขึ้นได้ นอกจากนี้การดื้อยายังทำให้ ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ดังนั้นถ้าหากผู้ติดเชื้อมีการกินยาแบบ poor adherence คือไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อผู้ติดเชื้อและยังเป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในภาพรวมตลอดจนเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economic) เนื่องจากต้องเริ่มต้นรักษาผู้ติดเชื้อชนิดที่ดื้อยาด้วยสูตรยาที่มีราคาแพงขึ้น ผู้ติดเชื้อที่ดื้อยามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมสูงขึ้นไปด้วย การที่ผู้ติดเชื้อรายหนึ่งไม่กินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอนั้นอาจมาจากสาเหตุมากมาย หลายประการ ความไม่ร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสหรือการกินยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (poor adherence) เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขที่เป็นระบบควบคู่ไปกับการส่งเสริมความ

ร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักและ เข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเพราะเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะนำไปสู่ ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีการกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.2.25 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุเป้าหมายในการรักษา คือ การลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลง ยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกาย ไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 สูงขึ้น ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ควบคุมอาการของโรคให้ช้าลง ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ยาวนานและมีอัตราการเสียชีวิตลดลง ตลอดทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การกินยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากจะช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน CD4 แล้วยังช่วยในการชะลอการเกิดการดื้อยาต้านไวรัสได้อีกด้วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.2.25.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors)

1) ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2) ลักษณะอาการเจ็บป่วย โดยปกติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีอาการไม่รุนแรงมักรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน จึงเกิดการเบื่อหน่าย ในการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ที่สามารถแบ่งความเจ็บป่วยออกเป็นหลายระยะ ซึ่งในระยะที่ไม่แสดงอาการเป็นกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์น้อย เนื่องจากช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการเจ็บป่วย จึงทำให้ไม่ใส่ใจตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ปรากฏอาการของโรคเอ็ดส์แล้ว ผู้ป่วยมักตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตลดลง ปัจจัยดังดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น

2.2.25.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

1) ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อกับทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมบอกพฤติกรรมในการกินยาตามความเป็นจริง

2) ปัจจัยด้านการรักษาในกระบวนการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้น เป็นกระบวนการที่ย่างยากซับซ้อนต้องมีการติดตามตรวจรักษาอย่างใกล้ชิด การรักษาต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าใจการใช้ยาและจากอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ของยา และที่สำคัญผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างเคร่งครัดไปตลอดชีวิต จึงทำให้กินยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ จากผู้ติดเชื้อที่มีอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่อาการปานกลางและรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรณพ หิรัญดิษฐ์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัว มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญและยังพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอนั้น เนื่องมาจากการได้รับผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

3) ลักษณะสถานบริการประกอบไปด้วยลักษณะสถานบริการ ที่ตั้งสถานพยาบาลระยะทางความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการมีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวี มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสเป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งสิ้น มีการศึกษาของมัตติกา ใจจันทร์และคณะ ในปี 2015 พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวี กินยาได้ต่อเนื่อง สม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการ อย่างมีนัยสำคัญกล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ประกอบด้วยปัจจัยหลัก ๆ 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ติดเชื้อเองและด้านการดูแลรักษาซึ่งความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส นั้น จะช่วยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นก่อนที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงควรมีการประเมินปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและนำไปปฏิบัติการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกินยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไป เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสประสบผลสำเร็จบรรลุ เป้าหมายในการรักษานำมาซึ่งการเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายทำให้ระดับเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ตลอดจนสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้การเจ็บป่วยและโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งป้องกันการติดยาและความล้มเหลวในการรักษาด้วย

2.3 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์วัยรุ่น

2.3.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

วันเพ็ญ พูลเพิ่ม (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออก ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน

ดุริฎฐยา สมสีโส (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอันนำไปสู่ความปกติ สุขความมีศักยภาพ สุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยพฤติกรรมนั้น ๆ มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดำรงสุขภาพที่ดีไว้ โดยที่มุ่งศักยภาพของบุคคลอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นไปได้ทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป็นกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพด้านลบ

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ทั้งภายในและภายนอก อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ โดยอาศัยความรู้ สติปัญญา อารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจ การรับรู้ของบุคคลในด้านการดูแลป้องกัน ส่งเสริมและรักษาซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรืออาจส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออก ของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

2.3.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะสามารถอธิบายโดยภาพรวมของคน ไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะหรือภาวะโรคใดโรคหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวจิตสังคม ทำให้มีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) มีแนวคิดว่าคุณคนจะกระทำเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นมีคุณค่าและประโยชน์จากทฤษฎี

การเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าการกระทำของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่มีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอก และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วย

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเกิดจากทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) กล่าวคือ การที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องนั้น จนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันได้ เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ปัจจัยด้าน การปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และปัจจัยที่เป็นตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ปัจจัยด้าน สติปัญญา-การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย คือ การให้ความสำคัญของคุณภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหมายของคุณภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยการปรับเปลี่ยนมีผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่าน ปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร อิทธิพลระหว่าง บุคคล ปัจจัยด้าน พฤติกรรมและตัวชี้แนะการกระทำ กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยต่างๆ มากมาย และพบว่ามีบางปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของคุณภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิด การกระทำที่ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ต่อมาเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ปรับปรุงรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้นมาใหม่ หลังจากมีการศึกษาวิจัยและทดสอบการใช้ทฤษฎีใหม่ ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและครอบครัว โดยมีการดัดตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความสำคัญต่อสุขภาพ (Importance of Health) การรับรู้การ ควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำส่วนการให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ (Definition of Health) สิ่ง ชักนำให้เกิดการกระทำ การรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) และลักษณะทางประชากร และทางชีววิทยา (Demographic and Biologic Characteristics) เข้าไปอยู่ในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังได้เพิ่มตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ที่นึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-Related Effect) ทางเลือกที่สอดคล้องกับ ความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate to a

Plan of Action) โดยปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบไป ด้วยดังนี้

2.3.2.1 ประสบการณ์และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุแรงจูงใจ ความสามารถของตนเองในการกระทำ กิจกรรมวัฒนธรรม เชื้อชาติการศึกษา เป็นต้น

2.3.2.2 ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์

2.3.2.3 ผลที่เกิดจากพฤติกรรม คือ พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ ความต้องการและความชอบ เพนเดอร์ (Pender, 1996)

2.3.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

โรคเอดส์ในปัจจุบันมีเพียงยาต้านไวรัสเอชไอวีใช้ในการรักษาเพียงเพื่อชะลอการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและการหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นเป็นการกระทำหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิตยาวนานที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) มี 6 ด้านดังนี้

2.3.3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล การสนใจหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย

1) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีผู้ป่วยต้องมีวินัยในการรับประทานยา เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นั้น ผู้ป่วยต้องมีวินัยและเคร่งครัดในการรับประทานยาให้ถูกต้องทั้งขนาดและเวลา ผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อย่างน้อย ร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาจึงจะสามารถทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างครบถ้วนทั้งหมด ยาก็มีประสิทธิภาพในการลดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ดีและมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการรักษาในระยะ

ยาว ทั้งความสามารถในการลดเชื้อและคุณภาพภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายจากการ ใช้นายาด้านไวรัส แม้ว่าอาการจะดีขึ้นผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยา เพราะถ้าหากผู้ป่วยหยุด รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา โอกาสที่เชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นและเกิดการดื้อยาได้ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลวตามมา

2) การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสที่ดีและส่งผลต่อการลดอัตราการตายภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาว แต่อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับประทานยาต้านไวรัสมีโอกาสเกิดขึ้นได้ เช่น indinavir สามารถตกตะกอนเป็นผลึกเหนียวทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ยา nevirapine อาจทำให้เกิดอาการผื่นแพ้ภาวะตับอักเสบที่รุนแรงที่อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ยา efavirenz อาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น นอนไม่หลับ ผื่นร้าย วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์หลังเริ่มยา ยา Indinavir/Ritonavir ทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลข้างเคียงระยะยาวของยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ อาการข้างเคียงต่อระบบปลายประสาท (peripheral neuropathy) เช่น อาการชาตามปลายมือปลายเท้าที่มักเกิดจาก stavudine ไขมันฝ่อ (Lipoatrophy) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการแก้มตอบ แขนขาลีบและภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) เป็นต้น โดยเฉพาะยาในกลุ่ม protease inhibitors (Calza et al., 2003) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับทราบข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับประทานยาและสามารถจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส หากพบว่ามีอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจครั้งต่อไป เช่น มีไข้ เหนื่อยออกกลางคืน อาการไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย มีฝ้าขาวที่ลิ้น งูสวัดที่ผิวหนัง น้ำหนักลด ต่อมมน้ำเหลืองโต เป็นต้น

3) การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องป้องกันตนเองในการรับและ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่กันและกัน การไม่สวมถุงยางอนามัยอาจส่งผลให้เชื้อดื้อยามีโอกาสเกิดการกลายพันธุ์ได้

4) การป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำจึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยควร หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรทำความสะอาดร่างกายตนเองอย่างสม่ำเสมอ ล้างมือ แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง รักษาผิวหนังให้แห้งสะอาด การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อนาน 30 นาทีหรือต้มด้วยน้ำเดือดนาน 20 นาที ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่แออัดหรือผู้คน

พลุกพล่าน หลีกเลี่ยงการสัมผัสและคลุกคลีสัตว์เลี้ยงที่อาจทำให้เกิดโรค งดบริจาคเลือดและไม่ใช้ ของมีคมร่วมกับบุคคลอื่น ไม่เข้าไปใกล้บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด วัณโรคปอด เป็นต้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

2.3.3.2 ด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย (physical activity) การออกกำลังกายจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender et al., 2006) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่จังหวะ เช่น การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไป เพราะจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมเร็วขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นในระดับปานกลางจะช่วยให้ระดับซีดีโฟร์ในร่างกายสูงขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความรุนแรงของโรคและไขมันของร่างกายลดลง ในรายที่ยังไม่แสดงอาการและ ที่มีอาการเบื้องต้นพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น ระดับซีดีโฟร์สูงขึ้น ความรุนแรงของโรคลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดจำนวนเชื้อไวรัสส่งผลให้สุขภาพทางจิตดีขึ้น (Bopp et al., 2003) และในกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงมากเท่าคนปกติ การทำงานบ้าน เช่น การรีดผ้า กวาดบ้าน เช็ดถูบ้าน เป็นต้น จัดเป็นการออกกำลังกายได้วิธีหนึ่ง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ, ม.ป.ป.)

2.3.3.3 ด้านโภชนาการ (nutrition) อาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ การขาดสารอาหารจะทำให้รับเชื้อได้มากขึ้นและการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่มีอาการอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ระบบทางเดินอาหารจะทำหน้าที่ลดลง การย่อยและดูดซึมเสียไป น้ำหนักลดลง อูจจาระเรื้อรัง เจ็บปาก ปากเป็นแผล กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องผูก ตัวเหลือง ตับ โต โรคทางเดินน้ำดี อาการเหล่านี้ปรากฏได้ในระยะของโรคล้วนมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ทั้งสิ้น การขาดสารอาหารและโปรตีน จะส่งผลให้เม็ดเลือดขาวในร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ในผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหารและมีน้ำหนักลดลงมากนั้น การซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอเสียไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ที่ลดลง นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับระดับไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ที่สูงขึ้น (Mwanburi, 2005, Tang et al., 2005) ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับสารอาหาร อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โภชนาการจึงมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการสามารถทำได้ดังนี้ (พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์, 2546)

1) การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนให้พลังงานสูงเพื่อเสริมสร้าง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับพลังงานจากสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมคือ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 30 นอกจากนี้แล้วควรรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ ที่ปลอดภัยจากยาฆ่าแมลงและสารเคมี

2) การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมสดที่ยังไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้ออาหาร สุกๆ ดิบๆ ไข่ลวก ของหมักดอง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ เป็นต้น

3) ควรล้างผักและผลไม้ให้สะอาด ควรล้างผักโดยการล้างผ่านน้ำมาก ๆ ปอกเปลือกผลไม้ที่มีเปลือกเสียก่อน ส่วนผักควรต้มหรือลวกให้สุกก่อนรับประทาน

4) การเลือกซื้ออาหาร ควรตรวจสอบวัน เดือนปีที่หมดอายุอย่างถี่ถ้วน

5) การให้วิตามินทดแทน มีความจำเป็นในรายที่รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ติดเชื้อเอช ไอวีที่ได้รับวิตามินรวมเป็นประจำทุกวันจะช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นโรคเอดส์

6) รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ในกรณีที่รับประทานอาหารได้น้อย และรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้ความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น

7) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศมาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

8) งดดื่มสุรา สูบบุหรี่และสิ่งเสพติด เนื่องจากมีผลต่อร่างกายซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและมีผลระยะยาวเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมและการย่อยลดลง มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่าย

9) ดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอเพื่อช่วยให้การขับถ่ายของเสียต่าง ๆ ออกจากไตได้ดีขึ้น รักษาอุณหภูมิของร่างกาย สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น ขับถ่ายสะดวก เพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจ

2.3.3.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประโยชน์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและ กัน ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง การมีปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถ ปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ การแสวงหาแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับแผนการรักษา การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การมีสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คาดหวังในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติการเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต สุขภาพ แข็งแรงขึ้น มีความพึงพอใจในการ

แก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่พฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน (สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2550)

2.3.3.5 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนให้มี ศักยภาพสูงสุด รวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต การให้ความสำคัญกับชีวิต การเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสงบสุขในชีวิต ความพึงพอใจ ตลอดจนการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มักมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์การแยกจากสังคม การถูกตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื่อที่อันตรายและน่ารังเกียจ การไม่ยอมรับจากสังคม การได้รับผลกระทบทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจจากการดำเนินของโรค เป็นความยากลำบากอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเหล่านี้ได้ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นหากผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณที่ดีแล้วก็จะสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่าง ๆ ได้ สามารถรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการและความเป็นจริงของโลกภายนอก มองเห็น ความจริงและความเป็นไปตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดการมีความหวังในการดำเนินชีวิต เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป (สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2550)

2.3.3.6..ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญภาวะเครียดในระยะตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ การเข้ารับการรักษา การรับทราบผลเลือดของตนเองและการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้าน ไวรัสเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้แล้วความหวาดกลัวต่อโรค บางราย ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจมากยิ่งขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิมทำให้ขาดงานบ่อย ๆ จากการเจ็บป่วย บางรายถูกให้ออกจากงานยิ่งก่อให้เกิด ความเครียด ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยเอดส์เกิดความเครียดจะทำให้ส่งผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ระดับซีดีโฟร์ของร่างกายต่ำลง ซึ่งจะทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงและอาจทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น การผ่อนคลายความเครียดจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การจัดการความเครียดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) มีดังนี้

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยปฏิบัติดังนี้

1.1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเช่น การหางานอดิเรกทำ เป็นต้น

1.2) หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เกินจำเป็น ผู้ป่วยควรเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็น ค่อยไป มองการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งท้าทาย จะสามารถลดความเครียดลงได้

1.3 การจัดการเวลาให้กับกิจกรรมนั้นโดยเฉพาะเพื่อให้มีเวลาทบทวนและหาทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม

1.4 การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนการทำงานอย่างขั้นตอนและทำงานตามเวลาให้สำเร็จ

2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (Increasing resistance to stress) สามารถกระทำได้ดังนี้

2.1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การพูดถึงสิ่งที่ดีงามของบุคคลจะช่วยให้เกิดความตระหนักในค่าแห่งตน

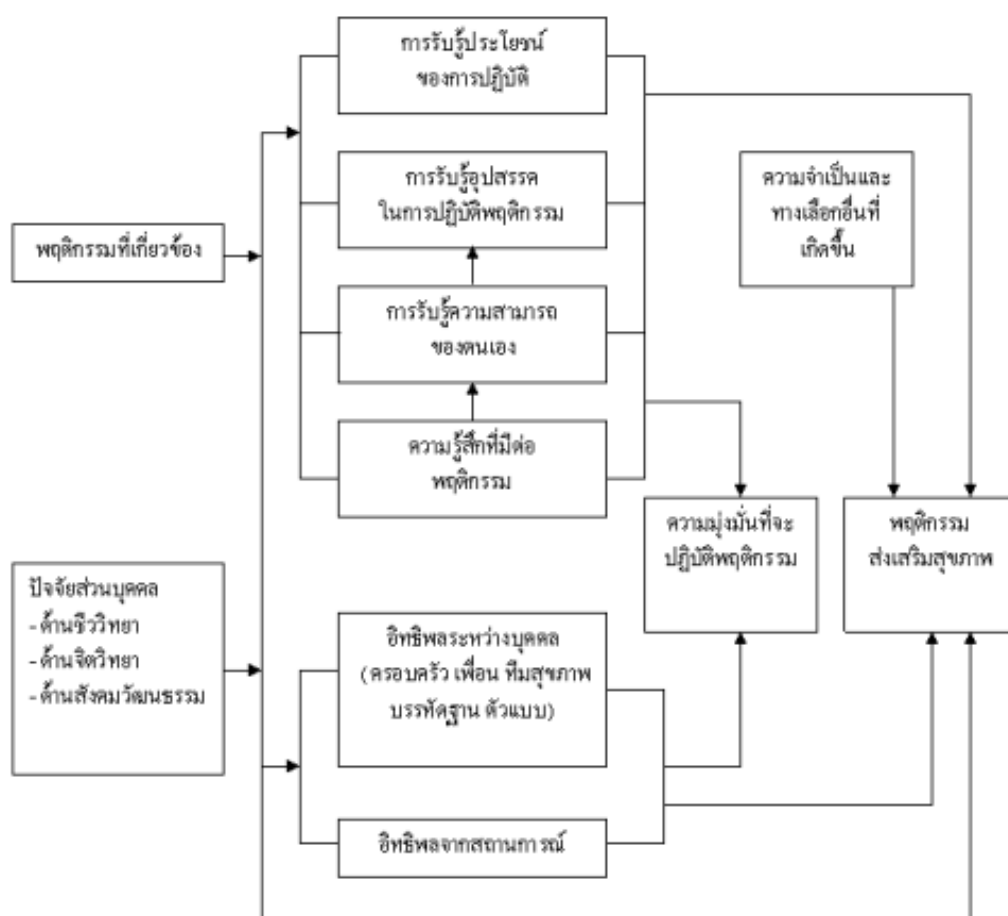
2.2) ส่งเสริมให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนที่เคยประสบความสำเร็จ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถตนและ สามารถเอาชนะอุปสรรคได้

2.3) ส่งเสริมแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.4) การพัฒนาจุดมุ่งหมายของตน โดยการค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่แล้วเลือกใช้ตามความเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่ตั้งไว้

2.5) เสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด ได้แก่ การให้ระบายความรู้สึก การแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาที่เผชิญให้ผู้อื่นทราบ ความสามารถในการยอมรับต่อการตัดสินใจของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนที่จะเอาชนะอุปสรรค และความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiology arousal) โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation) การทำสมาธิ (meditation) หรือการฝึกลมหายใจร่วมกับ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (biofeedback) เป็นต้น ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
ที่มา: ธนพร วรณกุล (2564; อ้างอิงจาก Pender et al., 2020)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชนก ปวงจักรทา (2554) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้ตนเองและทักษะชีวิตของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี จากกรรมมารดาและมารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนรวมในเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มีลักษณะทางด้านร่างกายผิดปกติ เป็นเพศหญิง 3 ราย และเพศชาย 2 ราย ซึ่งมีอายุ 17-18 ปี ผลการศึกษาพบว่า เด็กมีการรับรู้ตนเองในทางบวกและมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี เนื่องมาจากการเรียนรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขและประสบการณ์ชีวิตตั้งแต่วัยเด็กผ่านทางบริบทต่าง ๆ ได้แก่ บริบททางด้านครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ ได้แก่ พ่อแม่ ญาติ หรือสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า ลักษณะของกลุ่มเพื่อนที่เด็กเลือกคบทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน บริบททาง ด้านชุมชนชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับจากชุมชน หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของเด็กมีส่วนช่วยเสริมสร้างการรับรู้ตนเองของเด็กและสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตให้แกเด็ก ทำให้เด็กสามารถใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้เด็กยังรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตัวเอง และการมีชีวิตร่วมกับยาต้านไวรัส เด็กเห็นถึงความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตรงเวลาและต่อเนื่อง อีกทั้งเด็กยังรับรู้ว่าตนเองนั้นเติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีความต้องการเหมือนกับวัยรุ่นทั่วไป คือ ติดเพื่อน ชอบลองหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น แต่เด็กกลุ่มนี้ก็สามารถที่จะปฏิเสธเพื่อนในการทำพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้

รัชนิกร ไช่หิน (2555) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ผลของการเสริมพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน/เอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาล 1 แห่งเป็นกลุ่มทดลอง อีก 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม โดยสุ่มเลือกตัวอย่างโรงพยาบาลละ 23 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 32.06 คะแนน เป็น 14.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.83 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 28.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วรารณ บุษยเชียง (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของวัยรุ่นตอนต้นเท่ากับ 27.96 คะแนน ($SD = 8.28$) โดยวัยรุ่นเพศหญิงมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าเด็กวัยรุ่นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อพฤติกรรมทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 99.53 ($SD = 12.51$) โดยเด็กวัยรุ่นเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมทางเพศสูงกว่าเด็กวัยรุ่นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงจุดอ่อนและ

จุดแข็งด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์และความคิดเห็นต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งควรมีการปรับปรุง และเพิ่มเติมความรู้ส่วนที่ขาด อีกทั้งควรมีการส่งเสริมความคิดเห็นต่อพฤติกรรมทางเพศที่ดี อยู่แล้วให้ต่อเนื่องและยั่งยืน

เพ็ญพักตร์ ประสบดี (2558) ผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 72 คน วัดผลโดยการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 72.20) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสตรงเวลาและครบทุกมื้อสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังมีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ ด้านการป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดและการพักผ่อนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ (2550) ศึกษาแบบจำลองสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการวิเคราะห์ องค์ประกอบแบบยืนยัน และกลุ่มที่ 2 ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า เพศและอายุไม่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.16, p < 0.05$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกผ่านการรับรู้สมรรถนะของตนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($\beta = 0.21, p < 0.01$) รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.16, p < 0.05$) การรับรู้สมรรถนะของตนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.34, p < 0.01$)

สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจังหวัดที่ติดชายแดนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 153 คน จาก 10 โรงพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับ ได้แก่ 1) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และอยู่ในระดับดีมี 3 ลำดับ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล และ

3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งหกด้านอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา การงดบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีด้านโภชนาการด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายรวมทั้งด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (2557) ได้วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนโดยทั่วไปเป็นดังนี้ 1) ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นในกลุ่มอายุนี้ 2) จำนวนสูงสุดของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทย อยู่ ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี บ่งชี้ว่าข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังเข้าไม่ถึงกลุ่มอายุนี้ 3) ในช่วงปีที่ผ่านมา แนวโน้มของอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้นน้อยลงโดยอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงอย่าง มีนัยสำคัญ 4) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำได้ยากขึ้นและยังเพิ่มความเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชน

เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies/mL พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.46, SD = 0.68) เมื่อพิจารณารายด้านจากคะแนนเฉลี่ยมากไปน้อยดังนี้คือ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง รองลงมาคือ ด้านโภชนาการ และค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย

กรรณา ลิ้มเจริญ (2560) ได้ทำการศึกษา ที่สถาบันบำราศนราดูร เรื่องผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ย เรื่องการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับที่สูง (ค่าเฉลี่ย=4.40, SD=0.271) และ (ค่าเฉลี่ย=4.72, SD = 0.208) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.47, SD = 0.218) และ (ค่าเฉลี่ย= 3.84, SD = 0.143) เมื่อได้เปรียบเทียบกับความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ย เรื่องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.000$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.000$) การให้ข้อมูลพื้นฐาน ที่สำคัญ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน สังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ งดเที่ยวสถานเริงรมย์ ยังคงเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ยังคงต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อดูแลสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม

Mabunda et al. (2018) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัส ในกลุ่มคนไข้วัยรุ่นและวัยทำงาน อายุ 18-35 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัสมานานกว่า 3 เดือน จำนวน 281 ราย ใน HIV clinic South Africa ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้าน การศึกษาในระดับอุดมศึกษา ($p=0.07$) อายุ (30-35; ค่า $p=0.07$) ความพร้อมของยา (ค่า $p=0.07$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Mutumba et al. (2019) ได้ทำการศึกษา การรับรู้กลยุทธ์และการแทรกแซงแนวทางการจัดการตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในยูกันดา ช่วงอายุ 12-19 ปี ใน HIV clinic โดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า จากวัยรุ่นทั้งหมด 34 คน วัยรุ่นมีความต้องการในด้านต่อไปนี้ 1) ต้องการผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ การรับประทานยา การป้องกันการแพร่เชื้อ และเพื่อเตรียมวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ในการเปิดเผยสถานะเอชไอวีด้วยตนเอง 2) ต้องการ การส่งเสริมการสื่อสารแบบเปิดระหว่างผู้ดูแลและวัยรุ่น 3) เพศศึกษาควรเริ่มต้นตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าวัยรุ่นมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อเอชไอวี 4) ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญสำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยสังเกตว่าทัศนคติของพวกเขาและพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินยาอย่างสม่ำเสมอส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุตรหลาน 5) ต้องเริ่มเตรียมวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีสำหรับอนาคตด้วยการให้คำแนะนำด้านอาชีพและเตรียมทักษะในการทำงานให้กับพวกเขา

Kimera E. et al. (2019) ได้ทำการศึกษาเรื่องเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงเรียนมัธยมศึกษา: มุมมองของเยาวชนและครูผู้อุปถัมภ์ ในยูกันดาตะวันตกเกี่ยวกับความเครียดและการสนับสนุน โดยศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 12-19 ปี โดยการทำ Focus group และสัมภาษณ์ พบว่าความเครียด ที่เกิดขึ้น เกิดจาก 1) การตีตรากฎหมาย ส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นการเลือกปฏิบัติและการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมจากผู้อื่นที่โรงเรียนหลังจากการเปิดเผยและการสูญเสียมิตรภาพ สิ่งนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าการแยกตัวออกจากชุมชน ความเหงาและการสูญเสียความหวัง 2) เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี จะไม่เห็นคุณค่าในการเรียน อันเป็นผลมาจากการประเมินชีวิตที่ลดลงเนื่องจากเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งจะนำไปสู่ผลการเรียนที่ไม่ดีรวมถึงการออกจากโรงเรียน 3) ขาดทรัพยากรและกลไกสนับสนุนที่เพียงพอในบริบทของโรงเรียนเพื่อจัดการและป้องกันความทุกข์ทางจิตใจใน YLWHA สิ่งนี้จะทำให้ครูบางคนเลิกพูดถึง

เรื่องเอชไอวี/เอดส์ในชั้นเรียนเพราะกลัวว่าจะทำให้นักเรียนเหล่านั้นไม่สบายใจ 4) ขาดการดูแลโดยผู้ปกครองโดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อโดยกำเนิด พวกเขาจะประสบปัญหาทางการเงินในการเข้าศึกษาในโรงเรียน 5) เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ โดยผู้ช่วยที่ได้รับการฝึกมาอย่างดีในหมู่เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน ผ่านการอธิบายชมรมการให้คำปรึกษา 6) สภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เต็มไปด้วยกิจกรรมจะทำให้เยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ลดความคิดมาก และความคิดเชิงลบเกี่ยวกับผลกระทบของเอชไอวีต่อชีวิตของพวกเขา

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ทบทวนมาพบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ การศึกษาในวัยรุ่นยังพบน้อย ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับดี และมีความแตกต่างกันหากมีกิจกรรมหรือโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ประกอบไปด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบแต่ละวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงปริมาณโดยการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากนั้นจะทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษามุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงมุมมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 22 ราย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษามุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มุมมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 10 ราย

3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

จะทำการเก็บข้อมูลในประชากรทั้งหมดจำนวน 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 15 - 24 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จำนวน 22 คน

3.1.1.2 กลุ่มตัวอย่างประชากร

เป็นเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จำนวน 22 ราย

3.1.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

3.1.2.1 เป็นเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 15-24 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 2 ครั้ง

3.1.2.2 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา- มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 2 ครั้ง

3.1.2.3 กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

3.1.2.4 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส สุตมาตรฐานสุตรทางเลือก/สุตรตั๋อยา หรือได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

3.1.2.5 เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้ดี โดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น อ่านออกเขียนได้

3.1.3. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

3.1.3.1 ผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาล ย้ายการรักษา

3.1.3.2 ผู้ป่วยขอลออกจากการศึกษา

3.1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

3.1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent variable) ประกอบด้วย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง สถานภาพการมีคู่ รสนิยมทางเพศ เพศวิถี สิทธิการรักษาพยาบาล การเกิดโรคร่วม/โรคเรื้อรังอื่น ๆ /โรคประจำตัว เวลาที่ทำงาน (ปกติ/เข้า/ป่วย/ดึก) การออกกำลังกาย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร ประสบการณ์การรักษา ได้แก่ การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ ระยะเวลาการรักษา สุตรยาที่ได้รับ อาการแพ้และผลข้างเคียงจากยา ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเกิดโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ/โรคประจำตัว

3.1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่

1) มุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี

2 พฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรม และการออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด

3.1.5 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่

3.1.5.1 ตัวชี้วัดทางด้านคลินิกการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่บ่งบอกผลและประสิทธิภาพการรักษาโดยวัดระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count) ที่ 6 เดือน ย้อนหลัง และ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV-viral load) ที่ 6 เดือนย้อนหลัง

3.1.5.2 ความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส วัดจากค่า Medication Adherence โดยสอบถามว่าใน 1 สัปดาห์ทานสัปดาห์กินยานาน 30 นาที กี่ครั้งหรือใน 1 เดือนทานสัปดาห์กินยานาน 30 นาทีกี่ครั้ง (คำนวณตามสูตรในรอบ 6 เดือน คือ จำนวนวันที่ต้องติดตาม มีค่า 100% ถ้าผู้ป่วยตอบว่าขาด 1 ครั้ง คำนวณ % ตามสูตร

$$\% \text{ Adherence} = \left(\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนวันที่ต้องติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}} \right) \times 100$$

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในช่วงร้อยละ 0 – 100 การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า adherence $\geq 95\%$

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า adherence $< 95\%$ (ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ)
(Paterson, 2002)

3.1.6 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยเชิงปริมาณ จะทำการเก็บข้อมูลในประชากร เยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี ที่ได้รับยาด้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมดจำนวน 22 ราย

3.1.7 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกรับยาด้านไวรัส ทุกวันจันทร์ของเดือน โดยเก็บข้อมูลจากเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี ที่ได้รับยาด้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.7.1 ดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์และแบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

3.1.7.2 ยื่นแบบเสนอเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

3.1.7.3 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรม

3.1.7.4 ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่อเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากเวชระเบียน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

3.1.6.5 คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นแนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ต่อผู้ป่วยเช่น ชื่อ-สกุล บอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ชี้แจงเหตุผลที่ผู้ป่วยได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 22 คน และขออนุญาตให้ทำการสัมภาษณ์โดยบอกรายละเอียดตามคำชี้แจงแก่ผู้ป่วย

3.1.6.6 เก็บข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนประวัติการรักษาและทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (กรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม)

3.1.6.6 ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกำหนดนัดหมาย กลุ่มเยาวชน

3.1.6.7 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที วิจัยจะจัดเตรียมห้องสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบสอบถามด้วยตนเองกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด สามารถไปเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

3.1.6.8 กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดหรือในกรณีสถานการณ์โควิด ที่ไม่มีการนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะขอเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ สถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น บ้านพักของผู้ป่วย หรือสถานที่สาธารณะ ตามที่ผู้ป่วยสะดวกและยินยอม หรือเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิธีใดวิธีหนึ่งตามที่ผู้ป่วยสะดวก (สำหรับการเก็บข้อมูลที่บ้าน ต้องมีผู้ช่วยวิจัยไปด้วยทุกครั้ง/นัดหมายในสถานที่ปลอดภัย และแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาทุกครั้ง ในกรณีที่ต้องทำการเก็บข้อมูลนอกสถานที่ โรงพยาบาล)

3.1.6.9 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับคืน

3.1.6.10 การรักษาความลับของผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยจะไม่ระบุชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) หรือข้อมูลที่สามารถอ้างอิงถึงตัวผู้ป่วยได้ ข้อมูลจะถูกเก็บในรูปแบบเอกสารและข้อมูลในแผ่นซีดีและเก็บไว้ในแฟ้มเก็บข้อมูล ซึ่งจะถูกเก็บในตู้เอกสาร ปิดด้วยกุญแจแน่นหนา และเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว

3.1.6.11 ข้อมูลเหล่านี้จะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี และจะทำลายข้อมูลเหล่านี้โดยแบบเก็บจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ส่วนข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะถูกลบจากคอมพิวเตอร์ทั้งหมด

3.1.6.12 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

3.1.8 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3.1.8.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม จะแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม เป็นแบบสำรวจรายการ (check List) โดยให้เลือกข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง สถานภาพการมีคู่ รสนิยมทางเพศ เพศวิถี สิทธิการรักษาพยาบาล การเกิดโรคร่วม/โรคเรื้อรังอื่นๆ/โรคประจำตัว เวลาที่ทำงาน (ปกติ/เช้า/บ่าย/ดึก) การออกกำลังกาย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร ประสิทธิภาพการรักษา ได้แก่ การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ ระยะเวลาการรักษา สูตรยาที่ได้รับ อาการแพ้และผลข้างเคียงจากยา ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเกิดโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ/โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดย สุวรรณ บัญญัติพรหม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เดิมมีจำนวน 55 ข้อ นำมาปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เป็นเยาวชน จำนวน 57 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัยทุกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.0 (บุญมี พันธุ์ไทย, 2554)

สำหรับการประเมินความเที่ยง (reliability) คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการทดสอบความเชื่อมั่นทั้งชุดมีค่าเท่ากับ 0.869

คำถามทั้งหมด มีจำนวน 57 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้ง 57 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด แบบ Likert scale 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติไม่ได้เลย	หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้เลยในหนึ่งสัปดาห์	= 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 วันในหนึ่งสัปดาห์	= 2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง 4-6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์	= 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในหนึ่งสัปดาห์		= 4 คะแนน

การแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้: (สุวรรณ บัญญัติพรณ, 2557)

ดีมาก	= 3.50 - 4.00
ดี	= 2.50 - 3.49
พอใช้	= 1.50 - 2.49
ปรับปรุง	= 1.00 - 1.49

ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ (Pender et al., 2002)

(1) ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) หมายถึง ความเอาใจใส่และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลตนเองทั่วไป เช่น การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

(2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical activity) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 นาที หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นกับความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

(3) ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร เลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ

(4) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ช่วยให้เกิดความภูมิใจ เห็นคุณค่าแห่งตน เกิดความรู้สึกที่ดีช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

(5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและชีวิต

(6) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การแสดงออกทางอารมณ์

ที่เหมาะสมมีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพราะความเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและรบกวนการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท บุคคลที่มีความเครียดอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ง่าย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัว จำนวน 19 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก สอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 โดยมีค่าเท่ากับ 0.935 เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 19 ข้อ 19 คะแนน หากผู้ที่ได้คะแนนสูงจะเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมาก

ระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์, 2553)

ความรู้ระดับมาก	ร้อยละ 80 - 100	(>16 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	(12-16 คะแนน)
ความรู้ระดับน้อย	น้อยกว่า ร้อยละ 60	(0-11 คะแนน)

3.1.8.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แม้ว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของสุวรรณา บุญยะลีพรรณ (สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2550) จะผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว แต่ยังไม่มีการทดสอบการใช้ในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยทดสอบในกลุ่มเยาวชน ดังต่อไปนี้

1) ความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ

2) ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในคลินิกรับยาต้านไวรัสจำนวน 10 คน จากกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งโดยทั่วไป ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ยอมรับได้ต้องมากกว่า 0.7 จึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ (บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์, 2553)

3) ความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ (reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.935

3.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) สำหรับตัวแปรกลุ่ม เช่น จำนวนผู้ตอบ

แบบสอบถาม เพศ อายุระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง เช่น ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง สถานภาพการมีคู่ รสนิยมทางเพศ เพศวิถี สิทธิการรักษาพยาบาล การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การเกิดโรคร่วม/โรคเรื้อรังอื่นๆ/โรคประจำตัว เวลาที่ทำงาน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจะใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ในรูปแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological study) ตามแนวคิดของเอดมุนด์ ฮุซเซิร์ล (อัญญา พลตเปื้อง, 2556) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งทำความเข้าใจหรือเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตแบบต่าง ๆ (live Experiences) ในโลกของผู้ที่ได้รับประสบการณ์เหล่านั้น โดยเป้าหมายสำคัญในการศึกษาคือการหาคำตอบว่าประสบการณ์หรือเหตุการณ์นั้น ๆ มีความหมายอย่างไรต่อผู้ประสบหรือกำลังประสบอยู่ (ศิวพร ละม้ายนิล, 2557) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการค้นหาคำตอบของงานวิจัยในครั้งนี้ โดยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ เยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 คน

3.2.1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 15-24 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 2 ครั้ง

3) กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จันทบุรีที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งที่ประสงค์และไม่ประสงค์ ลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จันทบุรีที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งที่ประสงค์และไม่ประสงค์ ลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส สูตรมาตรฐาน/สูตรทางเลือก/ สูตรดื้อยา หรือได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

6) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้ดี โดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น อ่านออกเขียนได้

7) เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

3.2.2.1 ผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาล ย้ายการรักษา

3.2.2.2 ผู้ป่วยขอยกจากการศึกษา

3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น โดยเน้นเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้งตามวัตถุประสงค์การศึกษาเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในด้านต่าง ๆ (maximum Variation Sampling) เช่น ผลการรักษาทางคลินิก ความร่วมมือในการใช้ยาโดยจะเลือกผู้ให้ข้อมูลทั้งในกลุ่มที่มีผลการรักษาทางคลินิกอยู่ระดับที่ดีและกลุ่มที่มีผลการรักษาทางคลินิกที่มีปัญหา และทั้งในผู้ที่ไม่เคยมีและเคยมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จะทำการสัมภาษณ์ จนกระทั่งข้อมูลที่ได้อิ่มตัวและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (data saturation) จึงจะหยุดการเก็บข้อมูลการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ ประมาณ 4 - 10 คน ต่อกลุ่ม (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการพูดคุยซักถามแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย (face to face interview) (จำเนียร จวงตระกูล, 2561) ซึ่งผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์ที่ละประเด็นตามโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นจบ ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นสัมภาษณ์เพื่อขอความเห็นเพิ่มเติมและเป็นการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ หากผู้ให้ข้อมูลมีความประสงค์จะไม่ตอบคำถาม หรือไม่อนุญาตให้มีการบันทึกเสียง หรือถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการสัมภาษณ์ ข้อมูลดังกล่าวจะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.2.4.1 ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เกี่ยวกับมุมมองของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) โดยแนวคำถามจะผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และจะมีการตรวจสอบและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม

3.2.4.2 ผู้วิจัยจะได้พบปะทำความรู้จัก กับเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เนื่องจากเป็นวันคลินิก รับประทานยาต้านไวรัส เพื่อเชิญชวนเยาวชนและผู้ดูแลให้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะอธิบายรายละเอียดของการศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูล รวมทั้งการขออนุญาตผู้ดูแลเพื่อเก็บข้อมูล ก่อนการเก็บข้อมูลจะมีการร้องขอให้เยาวชนและผู้ดูแล ลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเพื่อเข้าร่วมการศึกษา ก่อน จากนั้นก็จะเริ่มการสัมภาษณ์ แบบส่วนตัวในห้องที่แยกเป็นส่วนตัว

3.2.5 อุปกรณ์บันทึกข้อมูล

3.2.5.1 เครื่องบันทึกเสียง สำหรับใช้บันทึกขณะที่ทำการสัมภาษณ์

3.2.5.2 บันทึกงานสนาม (field Note) เป็นบันทึกที่ใช้บันทึกข้อมูลต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์ระดับลึก

3.2.5.3 ตัวผู้วิจัย ซึ่งถือเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยจะได้มีการเตรียมตัวผู้วิจัยเอง ทั้งด้านการรับฟังทัศนคติ การวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง

3.2.6 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยจะใช้การตรวจสอบข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (method triangulation) คือ การใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามเชิงปริมาณควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ ว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกันหรือไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งผู้วิจัย จะทำการสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่ทำการสัมภาษณ์โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง ขณะที่ให้ข้อมูล การติดตามเก็บรายละเอียด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญมากขึ้น 2) ใช้วิธีการสอบถามโดยใช้คำถามเดิมซ้ำ เพื่อตรวจสอบความตรงกันของคำถามที่ได้ในครั้งแรก 3) การให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ยืนยัน ความหมายของข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ของผู้วิจัยแล้ว ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามนั้นจำเป็นต้องมีความชัดเจน ครบถ้วนสมบูรณ์ และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย สามารถตอบปัญหาของการศึกษาวิจัยได้ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบข้อมูลทุกครั้ง และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างเป็นระบบ (นิพรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2558)

3.2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ข้อมูล ถอดเทปคำต่อคำ โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมวิธีหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Jodi Aronson, 1994) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่เอื้อต่องานวิจัย ในลักษณะที่เป็นนามธรรม ช่วยเสริมงานวิจัยเชิงปริมาณ

โดยจะใช้วิธีการบรรยายเชิงพรรณนา เป็นข้อความประกอบการอภิปรายและมีการตีความหมาย และนำมาจัดทำเป็นหมวดหมู่ ว่าข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นใด ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้น ที่จะเป็นแนวทางในการหาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึก

ขั้นตอนที่ 2 จับประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้รหัส

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ จำแนกประเภท

ขั้นตอนที่ 4 ตีความ ตรวจสอบความหมาย

ขั้นตอนที่ 5 สร้างข้อสรุปจากดัชนี หมวดหมู่และความหมายทั้งหมด

3.2.8 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมในมนุษย์และทำการศึกษาในกลุ่มอ่อนด้อย (vulnerable people) ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษา โดยจะนำโครงร่างการศึกษา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของจังหวัด เพื่อขออนุมัติ จากนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จัดทำการศึกษา ในโรงพยาบาลโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง จะแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจาลงในแบบแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

โดยแบบแสดงความยินยอมนี้จะอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีปฏิบัติ วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยแบบแสดงความยินยอม จะระบุความเป็นอิสระในการถอนตัว ออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา จะไม่ได้รับการระบุชื่อและนามสกุลจริงลงในเอกสารใด ๆ ที่เก็บไว้ และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมถ้าต้องมีการระบุชื่อ ก็จะใช้นามสมมติแทน

โครงการวิจัยเรื่องนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU – REC – 9/2564 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2564

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การวิจัยเชิงปริมาณ และ การวิจัยเชิงคุณภาพ

4.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชากรเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 2 visit จำนวน 22 ราย อายุระหว่าง 15-24 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.50) อายุเฉลี่ย 22.14 ปี (SD = 1.95) ส่วนใหญ่มีบิดามารดาดูแล (ร้อยละ 81.80) สถานภาพการมีคู่ ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 77.27) รองลงมาคือมีคู่รัก (ร้อยละ 13.64) และสมรสแล้ว (ร้อยละ 9.10) รสนิยมทางเพศส่วนใหญ่ ชอบเพศเดียวกัน (ร้อยละ 81.80) สิทธิการรักษาพยาบาลชำระเงินเอง เพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.50 ส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทองในเขต (ร้อยละ 86.40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เวลาที่ทำงานเป็นเวลาปกติ (ร้อยละ 59.10) ในส่วนของการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 68.20) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.90) (ดังแสดงตารางที่ 4.1)

ในส่วนของการประสพการณ์การรักษา โดยส่วนใหญ่เปิดเผยสถานการณืติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะคนในครอบครัว (ร้อยละ 50.00)เปิดเผยเฉพาะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี จนถึงปัจจุบัน คือ 1 - 5 ปี (ร้อยละ 91.00) ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน (ร้อยละ 59.10) โดยเป็นยา TDF/FTC/EFV (TEEVIR®) มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการแพ้และพบผลข้างเคียงจากยาน้อย (ร้อยละ 22.70) มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาสแยกเป็น เชื้อราในช่องปาก (ร้อยละ 9.10) ไขเรื้อรัง (ร้อยละ 9.10) อูจจาระร่วงเรื้อรัง (ร้อยละ 9.10) วัณโรค (ร้อยละ 4.50) และผิวหนังอักเสบเรื้อรัง (ร้อยละ 4.50) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่พบว่าเกิดโรคร่วม (ร้อยละ 86.40) กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

Medication adherence $\geq 95\%$ คิดเป็นร้อยละ 95.50 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการประวัติ ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 เมื่อเริ่มยาต้านไวรัส ≥ 200 cells/mm³ (ร้อยละ 59.09) และมีระดับ CD4 หลังเริ่มยาต้านไวรัสล่าสุดเพิ่มขึ้นโดย ≥ 200 cells/mm³ (ร้อยละ 90.91) ในส่วนของระดับ Viral Load < 40 copies/ml ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 81.82 และพบว่าส่วนใหญ่หลังเริ่มยาต้านไวรัส มีระดับ Viral Load < 40 copies/ml จำนวนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 86.36) (ดังแสดงตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป (n=22)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	21	95.50
1.2 หญิง	1	4.50
2. ช่วงอายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD= 22.14 $\pm$ 1.95) ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 19 - 24 ปี		
2.1 < 18 ปี	0	0
....2.2 18-20 ปี	6	27.27
2.3 21-24 ปี	16	72.73
3. การศึกษา		
3.1 ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
3.2 ประถมศึกษา	1	4.55
3.3 มัธยมต้น	4	18.18
3.4 มัธยมปลาย/ปวช.	8	36.36
3.5 อนุปริญญา/ปวส.	2	9.09
3.6ปริญญาตรี	7	31.82

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป (n=22) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
4. อาชีพ		
4.1 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	9.10
4.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	22.72
4.3 พนักงานบริษัทเอกชน	2	9.09
4.4 นักเรียน/นักศึกษา	3	13.64
4.5 เกษตรกร	1	4.54
4.6 รับจ้าง	4	18.18
4.7 อื่นๆ	5	22.72
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/นักเรียนจากผู้ปกครอง (บาท) (Mean±SD= 18,000±8,605.93) (ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด 2,000-30,000 บาท)		
5.1 น้อยกว่า 5,000 บาท	7	31.82
5.2 5,001-10,000 บาท	6	27.27
5.3 10,001-15,000 บาท	3	13.64
5.4 15,001-20,000 บาท	4	18.18
5.5 20,001-25,000 บาท	0	0
5.6 >25,000 บาท	2	9.09
6. ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง		
6.1 บิดา,มารดา	18	81.8
6.2 บุตรธิดา	0	0
6.3 ญาติพี่น้อง	20	9.10
6.4 อื่น ๆ	2	9.10
7. สถานภาพการมีคู่		
7.1 โสด	17	77.27
7.2 สมรส	2	9.09
7.3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0
7.4 มีคู่รัก	3	13.64

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป (n=22) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
8. รสนิยมทางเพศของท่าน		
8.1 ชอบต่างเพศ	4	18.18
8.2 ชอบเพศเดียวกัน	18	81.82
8.3 ชอบทั้งสองเพศ	0	0
9. สิทธิการรักษาพยาบาล		
9.1 ชำระเงินเอง	1	4.55
9.2 ประกันสังคม	0	0
9.3 บัตรทองในเขต	19	86.36
9.4 บัตรทองนอกเขต	0	0
9.5 ข้าราชการจ่ายตรง	2	9.09
9.6 ข้าราชการ อปท.	0	0
9.7 สิทธิคนไข้ต่างด้าว	0	0
10. เวลาทำงาน		
10.1 เวลาปกติ	13	59.09
10.2 เข้ากะ เข้า ป้าย ดึก	9	40.91
10.3 เวลาไม่แน่นอน	0	0
11. การออกกำลังกาย		
11.1 ไม่เคยออกกำลังกายเลย	15	68.18
11.2 ออกกำลังกาย	7	31.82
12. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร		
12.1 ไม่กิน	20	90.91
12.2 กิน	2	9.09

ตารางที่ 4.2 ประสบการณ์การรักษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของท่าน		
1.1 เปิดเผยแก่ทุกคน	3	13.64
1.2 เปิดเผยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน	0	0
1.3 เปิดเผยเฉพาะคนในครอบครัว	11	50.00
1.4 เปิดเผยเฉพาะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	36.36
รวม	22	100
2. ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี จนถึงปัจจุบัน (Mean±SD= 2.80±1.62) ช่วง ต่ำสุด 6 เดือน-สูงสุด 8 ปี		
2.1 ต่ำกว่า 1 ปี	1	4.55
2.2 1-5 ปี	20	90.90
2.3 10 ปี	1	4.55
รวม	22	100
3. ระยะเวลาการรักษาที่เริ่มกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (Mean±SD= 3.41±4.62) ช่วง ต่ำสุด 6 เดือน-สูงสุด 23 ปี		
3.1 ต่ำกว่า 1 ปี	3	13.64
3.2 1-5 ปี	17	77.27
3.2 6-10 ปี	2	9.09
รวม	22	100

ตารางที่ 4.2 ประสบการณ์การรักษา (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
4. สูตรยาที่ได้รับ*		
4.1 TDF+FTC+ EFV (TEEVIR®)	14	63.63
4.2 GPO-vir Z 250®	5	22.73
4.3 AZT+3TC+EFV	1	4.55
4.4 AZT+TDF+EFV	0	0
4.5 TENO-EM® + EFV	0	0
4.6 TDF+3TC+ EFV	0	0
4.7 อื่น ๆ	2	9.09
รวม	22	100
5. อาการแพ้และผลข้างเคียงจากยา		
5.1 ไม่มี	17	77.30
5.2 มี	5	22.70
รวม	22	100
6. ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส		
6.1 เชื้อราในปาก	2	25.00
6.2 ปอดอักเสบ	0	0
6.3 ไขเรื้อรัง	2	25.00
6.4 วัณโรค	1	12.50
6.5 อูจจาระร่วงเรื้อรัง	2	25.00
6.6 เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	0	0
6.7 ผิวหนังอักเสบเรื้อรัง	1	12.50
รวม	8	100

ตารางที่ 4.2 ประสบการณ์การรักษา (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
7.การเกิดโรคร่วม (หมายถึงโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับ HIV/AIDS หรือโรคฉวยโอกาส		
7.1 ไม่มี	19	86.36
7.2 มี	3	13.64
รวม	22	100
8. ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (ประวัติย้อนหลัง 6 เดือน)**	จำนวน(คน)	ร้อยละ
8.1 รับประทานยาสม่ำเสมอ	21	95.50
8.2 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	1	4.50
รวม	22(100)	
หมายเหตุ *สูตรยาที่ได้รับ AZT= zidovudine 300 mg, 3TC=lamivudine300mg, EFV= efavirenz 600 mg, TDF=tenofovir 300 mg, FTC= emtricitabine 200 mg TEEVIR®=tenofovir 300 mg + emtricitabine 200 mg + efavirenz 600 mg GPO-vir Z 250®= zidovudine 250 mg + lamivudine 150 mg + nevirapine 200 mg TENO - EM®= tenofovir 300 mg + emtricitabine 200 mg		

ตารางที่ 4.2 ประสบการณ์การรักษา (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
9. ระดับ CD4 เมื่อเริ่มยา (Mean±SD= 298.27±213.72) ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด (9–584 cell/mm ³)		
9.1 < 200	9	40.91
9.2 ≥ 200	13	59.09
10. ระดับ CD4 ล่าสุด (Mean±SD= 508.50±291.70) ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด (6–1,245 cell/mm ³)		
10.1 < 200	2	9.09
10.2 ≥ 200	20	90.91
รวม	22	100
11. ระดับ viral load เมื่อเริ่มยา (Mean±SD= 9,597.91±35,094.15) ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด (40–159,089 copies/ml)		
11.1 < 40	18	81.82
11.2 > 40	4	18.18
รวม	22	100
12. ระดับ viral load ล่าสุด (Mean±SD= 7,413.55±27,776.90) ช่วง ต่ำสุด-สูงสุด (40–127,219 copies/ml)		
12.1 < 40	19	86.36
12.2 > 40	3	13.64
รวม	22	100

** % Adherence = (จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน-จำนวนเม็ดยาที่เหลือ) x 100

จำนวนวันที่ติดตาม x จำนวนเม็ดยาต่อวัน

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในช่วงร้อยละ 0 – 100 การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson (Paterson et al., 2000) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า adherence ≥ 95 %

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า adherence < 95 % (ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ)

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

4.1.2.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย $\bar{X}=3.17$, SD = 0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มี 5 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ (ดังแสดงตารางที่ 4.3) โดยแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้: ดีมาก = 3.50-4.00; ดี = 2.5-3.49; พอใช้ = 1.50-2.49; ปรับปรุง = 1.00-1.49 (สุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ, 2556)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.26	0.43	ดี
2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.87	0.72	ดี
3. ด้านโภชนาการ	3.08	0.33	ดี
4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.05	0.36	ดี
5. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.35	0.21	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.10	0.31	ดี
รวม	3.17	0.41	ดี

ในด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้อง การรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของท่าน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดสัตว์บางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมาสู่ตนไม่ได้หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัส	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การป้องกันโรคแทรกซ้อน			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด	2.77	0.81	ดี
2. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคปอด	3.09	0.75	ดี
3. รับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ	3.77	0.43	ดีมาก
4. แก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยา	3.64	0.66	ดีมาก
5. สังเกตอาการผิดปกติทางด้านร่างกายจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้	3.05	1.00	ดี
6. เมื่อพบอาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ	3.00	0.98	ดี
7. สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส	3.45	0.74	ดี
8. เมื่อพบผลข้างเคียงขณะได้รับยาต้านไวรัส เช่น มีผื่นตามร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ	3.00	0.98	ดี
9. ท่านไปตรวจตามนัด	3.86	0.35	ดีมาก
10. เมื่อท่านทราบผลการตรวจ ท่านวางแผนปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผลการตรวจได้	3.73	0.55	ดีมาก
11. ท่านปรับพฤติกรรม (เช่น การรับประทานยา) ให้สอดคล้องกับผลการตรวจได้	3.50	0.51	ดีมาก
รวม	3.47	0.33	ดี

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ			
1. ท่านมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ที่มีเพศสัมพันธ์)	2.14	1.25	พอใช้
2. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียวหรือไม่	2.64	1.14	ดี
3. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือ กำจัดทิ้ง	3.00	0.93	ดี
4. ท่านแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น กรรไกรตัดเล็บ) อย่างไร	2.91	1.31	ดี
5. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน (ระบุปริมาณที่ดื่มด้วย เช่น 5 แก้ว/วัน)	2.73	1.20	ดี
6. ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน (ระบุปริมาณที่สูบด้วย เช่น 5 มวน/วัน)	3.59	0.73	ดีมาก
รวม	2.70	0.78	ดี

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว และการแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ)

1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีด้านการออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย และท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) (ดังแสดงในตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดีเพียงใด	3.50	0.60	ดีมาก
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวัน	2.00	1.20	พอใช้
3. เมื่อท่านออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านปฏิบัติอย่างไร	3.41	0.80	ดี
4. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทยู/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก)	2.55	1.10	ดี
รวม	2.87	0.72	ดี

2) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ และรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลาทุกมื้อและไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ดังแสดงในตาราง ที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและ แป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ	2.91	0.87	ดี
2. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ	2.50	0.96	ดี
3. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุก และเสร็จใหม่ๆ บ่อยครั้งเพียงใด	3.27	0.94	ดี
4. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้ว	3.27	0.77	ดี
5. เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว ท่านจะเปรียบเทียบกับครั้งที่ ครั้งก่อน	3.50	0.80	ดีมาก
6. เมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงท่านปรับเปลี่ยนแบบ แผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม	3.18	0.85	ดี
7. เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนัก ตัวลด ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะ โภชนาการให้เหมาะสม	2.91	1.27	ดี
รวม	3.08	0.33	ดี

3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก 1 ข้อ ได้แก่ การปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 2 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ การไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดี และไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดี (ดังแสดงในตาราง 4.7)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพ
กับบุคคลอื่น (n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	3.55	0.67	ดีมาก
2. ท่านไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	3.41	0.85	ดี
3. ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	3.36	0.90	ดี
4. ทุกครั้งที่มีกิจกรรม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด	2.91	1.27	ดี
5. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวหรือไม่	2.64	1.05	ดี
6. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคนที่ท่านไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) หรือไม่	2.68	1.17	ดี
7. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคูรักหรือไม่	2.77	1.23	ดี
8. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งเพียงใด	3.09	1.06	ดี
9. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกับท่านบ่อยครั้งเพียงใด	2.68	1.09	ดี
10. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้งเพียงใด	3.41	0.73	ดี
รวม	3.05	0.36	ดี

4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ การได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น การดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ การประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ (ดังแสดงในตาราง ที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
(n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย	3.50	0.80	ดีมาก
2. ท่านได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น	3.55	0.67	ดีมาก
3. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี	3.36	0.66	ดี
4. ท่านทำงานบ้าน เรียนหนังสือ หรือประกอบอาชีพได้	3.45	0.80	ดี
5. ท่านประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า	3.41	0.80	ดี
6. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาเช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ	2.91	0.92	ดี
7. ท่านสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจดี	3.27	0.98	ดี
รวม	3.35	0.54	ดี

5) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดได้ดี

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความเครียด
(n=22)

พฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความเครียด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้	3.27	0.66	ดี
2. ท่านผ่อนคลายได้ดี(เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์)	3.36	0.96	ดี
3. เมื่อท่านทำสิ่งใดๆ ท่านทำตามกำลังไม่เร่งรัดให้เสร็จโดยเร็ว	2.91	0.87	ดี
4. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนัก	3.32	0.84	ดี
5. เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ท่านปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่งช่วยเหลือการจัดการกับความเครียดนั้น	2.64	0.73	ดี
รวม	3.11	0.31	ดี

4.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเกี่ยวข้องกับความรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV/AIDS ความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส (ART) คะแนนความรู้ทั้งหมด (19 ข้อ) คือ 16.68 ± 2.90 คะแนน ระดับความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 4.10 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนน้อย ได้แก่ ข้อ 11 หากแม่มีเชื้อเอชไอวีจะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีด้วยทุกราย และข้อ 15 การกินยาต้านไวรัสต้องกินเป็นประจำต่อเนื่องทุกวัน แต่ในแต่ละวัน สามารถปรับเวลากินได้ตามความจำเป็น ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.10 ระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (n=22)

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มาก (16-19 คะแนน)	15	68.2
ปานกลาง (12-16 คะแนน)	7	31.8
น้อย (0-11 คะแนน)	0	0.0
รวม	22	100

ตารางที่ 4.11 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว (n=22)

แบบสอบถาม	$\bar{X}$	SD
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV/AIDS (2 ข้อ)	1.91	0.29
2. ความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อ (4 ข้อ)	3.45	0.51
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อฉวยโอกาส (4 ข้อ)	3.68	0.48
4. ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส (ART) (9 ข้อ)	7.64	1.62
รวม 19 ข้อ	16.68	2.21

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวรายข้อ (n=22)

ความรู้ (19 ข้อ)	ตอบถูก (ราย)	ร้อยละ
1. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องผอม ผิวดำ มีตุ่มขึ้นตามผิวหนัง	20	90.91
2. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องกินยาต้านไวรัสทันทีที่ติดเชื้อเอชไอวี	20	90.91
3. ในระยะที่ไม่แสดงอาการ ผู้มีเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน	22	100
4. โรคติดต่อฉวยโอกาสจะเกิดเมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง	21	95.45
5. ผู้มีเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อฉวยโอกาส	19	86.36
6. ผู้มีเชื้อที่ถึงแม้มีสุขภาพแข็งแรง ควรมารับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อย่างน้อยทุก 6 เดือน	22	100

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว รายข้อ (n=22)
(ต่อ)

ความรู้ (19 ข้อ)	ตอบถูก (ราย)	ร้อยละ
7. หากรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหายแล้ว จะไม่กลับมาเป็นอีก	20	90.91
8. ผู้มีเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้พร้อมกันมากกว่า 1 โรค	21	95.45
9. เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หากได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม อาจส่งผลให้เกิด การดื้อยาต้านไวรัสได้	18	81.82
10. การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลต่อความเสี่ยงที่จะรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น	22	100
11. หากแม่มีเชื้อเอชไอวีจะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีด้วยทุกราย	11	50
12. ผู้มีเชื้อเมื่อคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆแล้ว ต้องใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปด้วยเสมอ	21	95.45
13. หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยาต้านไวรัส ต้องกินยาให้หมดก่อนแล้วค่อยพบแพทย์	19	86.36
14. การกินยาต้านไวรัสอย่างไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เชื้อไวรัสดื้อยาได้	20	90.91
15. การกินยาต้านไวรัสต้องกินเป็นประจำต่อเนื่องทุกวัน แต่ในแต่ละวัน สามารถปรับเวลากินได้ตามความจำเป็น	14	63.64
16. หากรู้สึกว่าคุณแข็งแรงดี สามารถหยุดกินยาต้านไวรัสได้ทันที	19	86.36
17. ยาต้านไวรัสเป็นยาที่ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด เพื่อให้ภูมิคุ้มกันสามารถควบคุมเชื้อโรคต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน	19	86.36
18. เมื่อเริ่มกินยาต้านไวรัสแล้วต้องกินอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิตไม่สามารถหยุดยาเองได้	20	90.91
19. ยาต้านไวรัส ต้องรับประทานทุกวัน ตรงเวลา สม่ำเสมอ	19	86.36

4.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย มีอายุระหว่าง 18 - 24 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22 ± 2.27 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี 4 ราย การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 3 ราย ซึ่งเท่ากับนักเรียน/นักศึกษา 3 ราย ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 4 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีบิดามารดาดูแล 7 ราย สถานภาพการมีคู่ โสด 8 ราย สมรสแล้ว 1 รายและมีคูรัก 1 ราย ด้านรสนิยมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ชอบเพศเดียวกัน 7 ราย ชอบต่างเพศ 3 ราย ในด้านสิทธิการรักษา เป็นบัตรทองในเขต 9 ราย เวลาทำงาน เป็นเวลาปกติ 4 ราย ในด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกาย 6 ราย (ดังแสดงในตาราง ที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (n=10)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1.เพศ		
1.1 ชาย	9	90.00
1.2. หญิง	1	10.00
รวม	10	10
2.ช่วงอายุ (ปี)		
(Mean $\pm$ SD= 22 ± 2.27) ค่าต่ำสุด-สูงสุด		
2.1 น้อยกว่า 18 ปี	0	0
2.2 18-20 ปี	4	40.00
2.3 21-24 ปี	6	60.00
รวม	10	100

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การสัมภาษณ์ (n=10) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
3.การศึกษา		
3.1. ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
3.2. ประถมศึกษา	0	0
3.3. มัธยมต้น	3	30.00
3.4. มัธยมปลาย/ปวช.	2	20.00
3.5. อนุปริญญา/ปวส.	1	10.00
3.6. ปริญญาตรี	4	40.00
4.อาชีพ		
4.1 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0
4.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	30.00
4.3 พนักงานบริษัทเอกชน	0	0
4.4 นักเรียน/นักศึกษา	3	30.00
4.5 เกษตรกร	0	0
4.6 รับจ้าง	2	20.00
4.7 อื่นๆ	2	20.00
5.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/รายได้นักเรียนจากผู้ปกครอง(บาท) (Mean±SD= 6,000 ± 11,137.33)) ค่าต่ำสุด-สูงสุด		
5.1 น้อยกว่า 5,000 บาท	4	40.00
5.2. 5,001-10,000 บาท	3	30.00
5.3 10,001-15,000 บาท	0	0
5.4 15,001-20,000 บาท	1	10.00
5.5 20,001-25,000 บาท	0	0
5.6 >25,000 บาท	2	20.00

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (n=10) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
6.ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง		
6.1 ไม่มี	2	20.00
6.2 บิดา,มารดา	7	70.00
6.3 บุตรธิดา	0	0
6.4 ญาติพี่น้อง	1	10.00
7.สถานภาพการมีคู่		
7.1 โสด	8	80.00
7.2 สมรส	1	10.00
7.3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0
7.4 มีคู่รัก	1	10.00
8.รสนิยมทางเพศของท่าน		
8.1 ชอบต่างเพศ	3	30.00
8.2 ชอบเพศเดียวกัน	7	70.00
8.3 ชอบทั้งสองเพศ	0	0
9.สิทธิการรักษาพยาบาล		
9.1 ชำระเงินเอง	1	10.00
9.2 ประกันสังคม	0	0
9.3 บัตรทองในเขต	9	90.00
9.4 บัตรทองนอกเขต	0	0
9.5 ข้าราชการจ่ายตรง	0	0
9.6 ข้าราชการ อปท.	0	0
9.7 สิทธิคนไข้ต่างด้าว	0	0

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (n=10) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
10.เวลาทำงาน		
10.1 เวลาปกติ	4	40.00
10.2 เข้ากะ เข้า ป้าย ดึก	1	10.00
10.3 เวลาไม่แน่นอน	3	30.00
10.4 อื่น ๆ ระบุ	2	20.00
11.การออกกำลังกาย		
11.1 ไม่เคยออกกำลังกายเลย	6	40.00
11.2 ออกกำลังกาย	4	60.00
12.ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร		
12.1 ไม่กิน	9	90.90
12.2 กิน	1	10.00

ตารางที่ 4.14 ข้อมูลโดยย่อของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 10 คน

Informant	เพศ	อายุ	การศึกษา	อาชีพ
1	ชาย	19	อนุปริญญา/ปวส.	นักเรียน/นักศึกษา
2	ชาย	23	มัธยมศึกษาต้น	รับจ้าง
3	หญิง	19	มัธยมศึกษาต้น	แม่บ้าน
4	ชาย	24	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
5	ชาย	18	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	นักเรียน/นักศึกษา
6	ชาย	21	มัธยมศึกษาต้น	ฟรีแลนซ์
7	ชาย	22	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	ว่างงาน
8	ชาย	20	ปริญญาตรี	นักเรียน/นักศึกษา
9	ชาย	23	ปริญญาตรี	รับจ้าง
10	ชาย	24	ปริญญาตรี	วิทยากรอิสระ

4.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้ค้นพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ได้รับยาต้านไวรัสจากมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ใน 8 ประเด็นหลัก ได้แก่

- (1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ
- (2) ประสบการณ์การรักษา แบ่งออกเป็นประเด็นย่อย ได้แก่ การเข้าถึงยา การมารับยา การลาหยุดงานมารับยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่ทำให้รับประทานยาได้สำเร็จตรงตามเวลา อุปสรรคในการรับประทานยา
- (3) พฤติกรรมสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี แบ่งออกเป็นประเด็นย่อย ได้แก่ การรับประทานอาหาร โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันตนเอง จากจากสิ่งที่เป็นอันตราย พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี
- (4) โรคเอดส์และการปฏิบัติตัว
- (5) เป้าหมายในอนาคต
- (6) ปัญหาในชีวิต ท่านมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร
- (7) รูปแบบการให้บริการ คลินิกการให้คำปรึกษา หรือการปรับปรุงการให้บริการที่ต้องการ

(8) ข้อเสนอแนะกับผู้อื่น ทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

(9) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเองและการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ

4.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนมากมีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา จึงยังอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าติดเชื้อเมื่อไหร่ เมื่อรู้ตัว คือมีการคือติดเชื้อแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่น่าจะมีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและไม่ได้ป้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

ขอให้น้องเล่าถึงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง และพอจะทราบไหมคะ ว่าเราติดเชื้อได้อย่างไร (ผู้สัมภาษณ์)

“การติดเชื่อนั้น น่าจะเกิดจาก ฤๅนยางแตกขาด รั่ว ไม่แน่ใจว่าเค้า (หมายเหตุ หมายถึง แฟนของผู้ถูกสัมภาษณ์) ติดเชื้อใหม่ ไม่ได้ติดต่อกันอีกเลย” (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

บางคนไม่ทราบว่าติดเชื่อได้อย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในส่วนของการติดเชื่อนั้น ผมไปเที่ยวทะเล แล้วไม่แน่ใจว่าติดได้อย่างไร ไม่ทราบเลย”(Informant 7, 2564: สัมภาษณ์)

“ผมเพิ่งจะเรียนจบ ทำงานเป็นวิทยากร ไม่ทราบว่าติดได้ยังไง เมื่อประมาณ 2 ปีที่แล้ว”(Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

และมี 1 รายที่ติดเชื่อตั้งแต่กำเนิด ได้รับเชื้อจากมารดา ผ่านทางการติดเชื่อจากแม่สู่ลูก

“ที่รู้ว่าเป็นคือ เป็นตั้งแต่เกิดเลย แต่รู้เมื่อไม่นานมานี้ครับ มารู้เมื่อคุณพ่อเสียชีวิต”(Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทราบว่า ติดเชื่อเอชไอวี และรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ (ขอให้น้องเล่าถึงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง, ผู้สัมภาษณ์)

“ครอบครัว มีกันอยู่ 3 คน มี พี่สาว คุณแม่ คุณพ่อ พี่สาวไม่ได้พักด้วยกันครับ ที่บ้านไม่มีใครทราบว่าผมทานยาต้านไวรัส” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“ที่บ้านมีกันอยู่ 4 คนครับ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว และตัวผมเอง (ที่บ้านทราบไหมคะ, ผู้สัมภาษณ์) แม่จะรู้ว่าผมทานยาต้านไวรัสอยู่ครับ ระหว่างนี้ กำลังรอกัน” (Informant 7, 2564: สัมภาษณ์)

แต่มีถึงสามคนที่ครอบครัวไม่ทราบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลให้ครอบครัวรับทราบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านไม่ทราบว่ากินยาต้านไวรัส ไม่มีใครทราบเลย ไม่ได้บอกพ่อกับแม่เลยครับ” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

กลุ่มตัวอย่างบางคนเล่าถึงสาเหตุที่ไม่บอกครอบครัวว่ามีติดเชื่อเอชไอวี เนื่องจาก กลัวว่าหากคนที่บ้านรับรู้แล้ว ความรู้สึกหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวจะไม่เหมือนเดิม อย่างไรก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่างก็พยายามไม่ให้มีการแพร่เชื่อไปยังคู่สมรส ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านมีกันอยู่ 4 คน อยู่บ้านกับแฟนคะ แต่งงานแล้ว มีบุตร 1 คน สามีไม่ทราบว่าเราติดเชื่อ แต่ (กับสามี) หนูก็ป้องกันสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่รู้ตัวเลยคะว่าติด ติดตอน

ไหนก็ไม่รู้ มารู้ตัวอีกที ก็เมื่อตอนตั้งครรภ์ ว่าตนเองติดเชื้อ ปัจจุบันคลอดลูกแล้วคะ ลูกเป็นอย่างไรบ้างคะ แข็งแรงดีไหม, (ผู้สัมภาษณ์) ลูกแข็งแรงดี ปลอดภัย ไม่ติดเชื้อ และลูกมีนัดตรวจเลือดเรื่อย ๆ คิดว่าเพราะตนเองได้กินยาต้านไวรัสป้องกันไว้ตั้งแต่ก่อนจะคลอดลูก (สามีถามไหมคะว่าเรามาพบ.ทุกเดือนรับยาโรคอะไร, ผู้สัมภาษณ์) สามีรู้เพียงว่าหนูทานยาบำรุงอยู่ แค่ว่าเคยถามเหมือนกันว่า ทำไมต้องกินยา กินทุกวัน ตอบสามีไปว่ากินยาทุกวันให้ร่างกายแข็งแรงถ้าไม่กิน ร่างกายจะอ่อนแอติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.2 ประสบการณ์การรักษา

การเข้าถึงยา การมารับยา การลาหยุดงานมารับยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าบัตรทอง ส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น นักเรียนมัธยมต้น มีเพียงบางรายที่เข้าร่วมจ่าย 30 บาท ดังคำกล่าวที่ว่า

เดินทางมารับยาสะดวกไหมคะ มีค่าใช้จ่ายอะไรไหม, (ผู้สัมภาษณ์) “ค่าใช้จ่ายเดินทางมารับยา ไม่สูงมาก ดิฉันมีสิทธิบัตรทอง จ่ายเพียง 30 บาท ไม่ได้จ่ายเงินเพิ่ม” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

แต่มี 1 รายที่ต้องชำระเงินเองเนื่องจาก เดิมเคยรับราชการเป็นทหารเกณฑ์ที่กรุงเทพฯ แต่เมื่อเริ่มมีอาการป่วย ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวเป็นเวลานาน จึงเป็นเหตุจำเป็นให้ต้องกลับภูมิลำเนา ทำให้ตนเอง ต้องขาดงาน ขาดราชการ สิทธิการรักษาเปลี่ยนเป็น ชำระเงินเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่ละครั้ง ค่อนข้างสูง แพทย์จึงได้ช่วยเหลือในเรื่อง การปรับวันนัดรับยา โดยนัดเร็ว ประมาณ 2 สัปดาห์ จากเดิมที่ต้องนัดรับยาทุก 4 สัปดาห์ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย ในแต่ละรอบที่มาโรงพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายและการที่ต้องเดินทางมารับบริการบ่อย ๆ ไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากคนไข้ มีความปรารถนาอยากหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจุบันผมยังไม่ได้ทำงาน ผมอยากรักษาตัวเองให้หายก่อน สะดวกจ่ายตังค์เองอยู่ครับ และ สะดวกมารับยาทุก 2 สัปดาห์อยู่ครับ” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์)

และส่วนใหญ่มารับยาได้สะดวก แม้ว่าคลินิกจะเปิดวันราชการ คือ ทุกวันจันทร์ เพราะ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบอาชีพอาชีพอิสระ หรือวันจันทร์เป็นวันที่สะดวกมารับยาตามนัดได้ ทำให้ไม่ต้องลางานมาเพื่อรับยา ดังคำกล่าวเช่น

“เป็นแม่บ้าน มารับยา มาง่ายคะ มารถมอเตอร์ไซด์” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“ที่โรงเรียน หยุดวันจันทร์พอดิ ก็เลยมาได้ ไม่ต้องลาโรงเรียนครับ”
(Informant 5, 2564: สัมภาษณ์)”

“บ้านอยู่ใกล้ ๆ ครับ ประมาณ 4 - 5 กิโลเมตร ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลครับ” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

แต่สำหรับในกรณี ที่ต้องลาหน่วยงานหรือโรงเรียนเพื่อมารักษา จะทำการขอลา โดยให้เหตุผลในการขอลาโรงเรียนมาเพื่อพบคุณหมอตตามนัด เช่น อาจใช้คำว่า มารักษาโรคเลือดหรือขอไปทำธุระส่วนตัว ดังคำกล่าว

“ลาโรงเรียนมาครับ แจ้งทางโรงเรียนว่า ขอลามาทำธุระ 3 เดือน ลา 1 ครั้งครับ คิดว่าไม่มีผลกระทบอะไร เพราะเราขอไปทำธุระส่วนตัว ” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)
(การมารักษาสะดวกไหมคะ เข้าถึงง่ายไหม, ผู้สัมภาษณ์) “ลาครูมาครับ บอกว่ามีนัดพบคุณหมอ มารักษาโรคเลือด” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

1) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยส่วนใหญ่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น มีอาการวิงเวียนศีรษะ ซึ่งมักพบเป็นในช่วงแรกของการเริ่มรับประทานยา มีอาการประมาณ 1 สัปดาห์ แล้วค่อย ๆ ดีขึ้น ดังคำกล่าวเช่น

“กินยาแล้วไม่มีผื่น แต่ว่ามีวิงเวียนศีรษะ เป็นในช่วงแรก” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“ตอนที่ผมทานยา ผมจะมีอาการมีนศีรษะ ถ้าสมมุติ กินยา 3 หุ่มนจะมีนศีรษะ ตอน 5 หุ่มน ถ้าไม่นอน ร่างกายจะมีน ๆ ซา ๆ หน่อย”(ตอนนี้มีอาการมีนศีรษะ หายหรือยังคะ, ผู้สัมภาษณ์) ตอนนี้หายแล้วครับ และช่วงแรกมีผื่น น่าจะเกิดจาก ภูมิคุ้มกันตก (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

นอกจากผลข้างเคียง ทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นแล้ว ยังพบผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหารที่ไม่รุนแรง มีอาการในช่วงแรก แล้วหายไป และมี 1 รายที่พบอาการรุนแรงคือดังคำกล่าวเช่น

หลังจากกินยาไปแล้ว มีอาการข้างเคียงอะไรเกิดขึ้นไหมคะ, (ผู้สัมภาษณ์)
“หลังทานยาไปแล้ว เหมือนท้องเสีย เป็นมากขึ้นทุกวัน เจ็บท้อง ท้องเสีย วันหนึ่งเข้า 7-8 รอบ หลัง

กินยาเข้าห้องน้ำตลอดเลยครับ แต่เป็นแค่ช่วงแรก ๆ ส่วนอาการวิงเวียนศีรษะ หลังฝนรัยไม่มีครับ ตื่นเช้ามาก็นอนอึดอัด” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

2) ความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่ทำให้รับประทานยาได้สำเร็จ ตรงตามเวลา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานยาตรงเวลา มีวิธีเตือนความจำ ที่คล้าย ๆ กัน คือ ตั้งเตือนในโทรศัพท์ มือถือ หรือหากไม่ได้ตั้งนาฬิกา ก็ดูนาฬิกาข้อมือ และจำเวลาได้ว่ารับประทานกี่โมง ปกติจะเล่นมือถือบ่อย เมื่อถึงเวลาที่ต้องรับประทานยา ก็จะทราบและรีบรับประทานยา ดังคำกล่าว (น้องรับประทานยาด้านไวรัส เวลาที่โมง และมีวิธีเตือนความจำตนเองอย่างไร ถึงไม่ลืมกินยา, ผู้สัมภาษณ์)

“กินยาตรงเวลา กินบ่อยๆจนติดเป็นนิสัย เลยจำได้ พอถึงเวลา 19.00 น. ทานยาเลย ปัจจัยที่ทำให้กินตรงเวลาคือ ตั้งเวลาในมือถือครับ” (Informant 6, 2564: สัมภาษณ์)

“ผมดูนาฬิกาข้อมือ พอดี เป็นคนติดนาฬิกาข้อมือ และเล่นมือถือ พอใกล้ 4 ทุ่ม ก็ไม่ลืมเลยดูมือถือและนาฬิกาข้อมือ” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

นอกจากนี้พบว่ากำลังใจจากครอบครัว ก็เป็นอีกหนึ่งแรงใจที่สำคัญ ช่วยให้รับประทานยาได้ตรงเวลามากยิ่งขึ้น เช่น มารดามาเคาะประตูเรียกเมื่อถึงเวลาที่ต้องรับประทานยา หรือครอบครัวโทรแจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงเวลา เนื่องจากต้องไปเรียนต่อที่มหาวิทยาลัยต่างจังหวัด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจัยที่ทำให้กินยาสำเร็จ ผมคิดว่าน่าจะเป็นครอบครัวครับ ในช่วงแรกๆ เค้าจะโทรมา สัก 21.30 น. โทรมาเตือนให้กินยา” (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

น้องมีวิธีเตือนตัวเองกินยาอย่างไรบ้างคะ ทำอย่างไรให้ไม่ลืม ช่วยเล่าให้พี่ฟังหน่อย, (ผู้สัมภาษณ์) “วิธีเตือนตัวเองกินยา ตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์ทุกวัน และคุณแม่มาเคาะประตูห้องเมื่อถึงเวลากินยา คุณพ่อคุณแม่ทราบว่าเป็นโรคนี้อยู่ครับ” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

มีบางรายทราบอาการที่เป็นอยู่ เพราะเคยกินยารักษาไปแล้ว 1 ครั้ง แต่ขาดยาไม่รับประทานต่อเนื่อง เชื้อดื้อยา อาการเลยรุนแรงมากยิ่งขึ้น มีแผลทั่วตัว ตุ่มดำทั่วร่างกาย มีแผลเป็น ๆ หาย ๆ รักษาอย่างไรไม่หายสักที

น้องคิดว่าเพราะอะไร ที่ทำให้เรากินยาด้านไวรัสทุกวัน และตรงเวลา, (ผู้สัมภาษณ์) “ผมคิดว่าปัจจัยที่ ช่วยให้กินยาตรงเวลา คือ ผมอยากหาย ผมเคยรับประทานยามาแล้ว

แต่ไม่สม่ำเสมอ ขาดยาส่งผลให้เกิดอย่างไร ไม่หายสักที มาครั้งนี้ผมเลยตั้งใจพยายามทานยาให้ตรงเวลา” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

3) อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้สึกที่ไม่อยากให้คนรอบข้างรู้ว่ารับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากคิดว่าสังคมยังไม่ยอมรับเรื่องการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างบางราย ที่พบปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา เช่น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างพักอยู่กับเพื่อน เมื่อถึงเวลารับประทานยา ทำให้ไม่สะดวกในการลุกไปรับประทานยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“น้องคิดว่า เรามีอุปสรรคในการกินยาต้านไวรัสไหมคะ, (ผู้สัมภาษณ์) “มีครับ บางครั้งเราออกไปข้างนอกกับเพื่อน เราก็พกยาไปด้วย พอถึงเวลา แต่เพื่อนนั่งรถมาด้วย เราก็พยายามจะแฉะปั้ม แล้วเราก็อมยา แล้วค่อย มากินน้ำที่รถ แต่ถ้าใกล้ถึงเวลา ผมก็จะไม่ค่อยเดินทางไหน ตั้งใจทานให้ตรงเวลาค่ะ” แสดงว่าเพื่อนไม่ทราบว่าเรากินยาอยู่, (ผู้สัมภาษณ์) (สายหน้า) “ไม่ทราบครับ” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“เราจะมีวิธีการเอาตัวรอด หลีกเลี้ยงไม่ให้คนอื่นเห็น เหมือนถึงเวลา ก็จะไม่หลีกเลี้ยงหาที่กินยา และวิตามินซี ร่วมด้วย เหมือนเรากินยาบำรุงครับ ” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)

“บางครั้งนอนห้องเดียวกับเพื่อน เพื่อนถามว่ากินยาอะไร (แล้วเราตอบเพื่อนว่ายังงัยบ้างคะ, ผู้สัมภาษณ์) ผมบอกเพื่อนว่ากินยาบำรุง” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

และมี 1 รายที่จำนวนเม็ดยาที่มาก เป็นอุปสรรคต่อการกินยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“น้องคิดว่าอุปสรรคในการกินยาของเราคืออะไร, (ผู้สัมภาษณ์) “อุปสรรคในการกินยาของผม คิดว่าเป็นเพราะ จำนวนเม็ดยาที่เยอะ 4 - 5 เม็ด แต่ผมก็ทานยาครบนะครับ ทานเวลา 8.00น. และ 20.00น. ทานครบ เพราะไม่ได้ไปไหน” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์)

ปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่อาจช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา คือ การใช้กล่องแบ่งบรรจุยา โดยเภสัชกรที่ดูแลเกี่ยวกับคลินิกยาต้านไวรัส ได้มีการแนะนำให้ใช้กล่องแบ่งบรรจุยาพร้อมคำแนะนำว่าให้แบ่งในจำนวนน้อย เช่น ไม่เกิน 1 สัปดาห์เพื่อให้ยามีความคงตัวที่ดีและมีประสิทธิภาพที่ดี และ พกพาสะดวก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมจะพกยาแบ่ง เป็นชุดๆ โดยเก็บในกล่องแบ่งบรรจุยา จะได้รับประทานยาสะดวกครับ ” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.3 พฤติกรรมสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี

1) การรับประทานอาหาร โภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารทุกมื้อ รับประทานอาหารทุกชนิด ไม่จำกัดอาหาร และเข้าใจว่าตนเองต้องรับประทานอาหารให้ครบ ทุกมื้อ ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สามารถสู้กับโรคที่เป็นอยู่ได้

“เรื่องอาหารไม่ค่อยเกี่ยงนะครับ แต่จะกินให้อิ่ม กินให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์) “ในเรื่องการรับประทานอาหาร ผมทานปกติ ไม่ได้ห้ามทานอะไร แต่ทานไม่ค่อยตรงเวลา ช่วงนี้มีปวดท้องบ้าง” (Informant 7, 2564: สัมภาษณ์)

แต่มี 1 ราย ที่เข้าใจผิด ในเรื่องอาหาร คือ ห้ามรับประทานมะพร้าว เพราะคิดว่าเป็นฮอริโมน อาจมีผลติดกัน กับยาต้านไวรัสได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “อาหารก็กินปกติ เคี้ยวบดห้ามกินมะพร้าว เพราะอาจส่งผลกับยา” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

2) การออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ออกกำลังกายน้อยมาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทราบดีว่า การออกกำลังกาย จะช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง แต่ยังไม่สามารถทำได้ และช่วงนี้เป็นช่วงสถานการณ์โควิดระบาด การออกกำลังกายในสวนสาธารณะ ที่มีผู้คนจำนวนมาก จึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ยากในสถานการณ์ปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

ช่วงนี้ได้ออกกำลังกายบ้างไหมคะ ออกกำลังกายแบบไหน อาทิตย์นึงกี่ครั้ง, (ผู้สัมภาษณ์) “ส่วนการออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะปกตินอนอยู่แต่บ้าน ไม่ได้ออกไปไหน” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์)

“การออกกำลังกาย ไม่มี ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเลยครับ” (Informant 7, 2564: สัมภาษณ์)

“การออกกำลังกาย โดยการเลี้ยงลูก และมีงานแดนเซอร์ วงดนตรีตั้งขึ้นเอง เราเป็นทีมแดนเซอร์” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“การออกกำลังกายไม่ค่อยได้ออก จะเดินรอบ ๆ บ้าน” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“ส่วนการออกกำลังกาย ออกบ้าง แล้วแต่จะออก ประมาณ 30 นาที- ชม. ไปวิ่งที่สวนสาธารณะหนองบัว” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

“ออกกำลังกายเดิม ออกเยอะ แต่ช่วงนี้โควิด เลยไม่ค่อยได้ออกไปครับ กลัวเสี่ยงติดเชื้อ ปกตินอนที่ห้อง” (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

3) การจัดการความเครียด

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีความเครียด ในช่วงแรกมีความเครียดบ้าง แต่หลังจากศึกษาหาข้อมูลเรื่องโรค และหากิจกรรมทำในเวลาที่มีความเครียด อีกทั้งยังมีกำลังใจที่ดีจากครอบครัวจึงสามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีวิธีจัดการความเครียดอย่างไรบ้างคะ, (ผู้สัมภาษณ์) “การจัดการความเครียด พยายามไม่เครียด ลูก ครอบครัว สามี การทำงาน ไม่มีเรื่องเครียดเลยคะ” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“การจัดการความเครียด เวลาที่ผมมีความเครียด ผมก็จะดูหนัง ฟังเพลง เพื่อให้ความเครียดน้อยลง” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

“เครียดไหม ไม่เครียดนะครับ ตอนแรกเครียดหลัง ๆ มานันก็ชินไปเอง มีพ่อแม่คอย ให้กำลังใจครับ และเราศึกษาหาข้อมูลเองด้วย เลยหายเครียดไปเอง ตอนแรกที่ติดโรคไม่ทราบเลย เหมือนรู้เท่าไม่ทันการณ์ หลังจากทราบแล้ว หายเครียดแล้วครับ”(Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“กรณีมีความเครียด หนูไม่ค่อยเครียด เราปรับตัวได้แล้วคะ ความเครียดจะเกี่ยวกับ การทำงาน วิถีคลายเครียด แก๊ซโดยดูยูทูบ เล่นเกมส์” (น้ำเสียงสดใส) (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

4) การป้องกันตนเอง จากสิ่งที่เป็นอันตราย พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และความเข้าใจ ในเรื่องการป้องกันความเสี่ยง และเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยจะทำการป้องกันเพราะไม่อยากให้คนอื่นติดเชื้อและมีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“น้องมีวิธีป้องกันอันตรายและความเสี่ยงอย่างไรบ้าง, (ผู้สัมภาษณ์) “สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ก็สวมถุงยางทุกครั้ง ป้องกันทุกครั้ง เคยมีแฟนเป็นผู้ชาย แต่ไปกันไม่ได้” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

“พฤติกรรมเสี่ยง ยังไม่มีแฟน ถ้ามีแฟน ต้องสวมถุงยางป้องกันทุกครั้งเพิ่มครับ” (Informant 6, 2564: สัมภาษณ์)

“การมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องป้องกัน และต้องคิดถึงคนอื่น ถ้าเราไปทำกับคนอื่น แพร่เชื้อให้คนอื่น เค้าอาจจะไม่เข้มแข็งเหมือนเรา” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)

“ก็จะใช้ถุงยางเพื่อป้องกันความเสี่ยง เคยมีแฟนมาก่อน แฟนทานยาต้านเหมือนกัน ครับ แต่จำนวนเม็ดยาเยอะกว่า” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

กลุ่มตัวอย่างบางคน แต่งงานแล้ว มีการป้องกันความเสี่ยง มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังคู่สมรส ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยู่บ้านกับแฟนคะ แต่งงานแล้ว มีบุตร 1 คน แฟนไม่ทราบว่าเราติดเชื้อ แต่หนูก็ป้องกันสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.4 โรคเอดส์และการปฏิบัติตัว

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจความหมายของโรคเอดส์ ดังคำกล่าวที่ว่าช่วยอธิบายความหมายของคำว่าโรคเอดส์ในมุมมองที่น้องเข้าใจคะ ว่าหมายถึงอย่างไร และการปฏิบัติตัวต้องทำอะไรบ้าง, (ผู้สัมภาษณ์)

“โรคเอดส์ หมายถึงภูมิคุ้มกันต่ำ CD4 ต่ำ การแพร่กระจายเชื้อ มีจากแม่สู่ลูก เพศสัมพันธ์ สารคัดหลั่ง” (Informant 10, ชาย, 24 ปี) “โรคเอดส์ หมายถึง โรคที่สามารถติดเชื้อได้ง่าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่จะมี ยาที่ป้องกันยับยั้งการเจริญเติบโตของไวรัสโรคเอดส์จะไปตามน้ำคัดหลังและเลือด ” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในด้านการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องในเรื่องของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และป้องกันความเสี่ยงที่จะรับเชื้อเพิ่ม ดังคำกล่าวที่ว่า

“การมีเพศสัมพันธ์ แบบไม่ป้องกัน อาจมีโรคแทรกซ้อนตามมา” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความตระหนักในเรื่องการมีวินัยที่ดีในการรับประทานยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้ากินตรงทุกวัน สร้างวินัยในการกินยา แต่ถ้าเราเคย เลยเวลาบ้าง กินก่อนบ้าง กินหลังบ้าง จะสร้างวินัยที่ไม่ดี” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.5 เป้าหมายในอนาคต

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มีการวางแผนเป้าหมายในอนาคต ในเรื่องของการประกอบอาชีพฐานะ วางแผนประกอบกิจการ หรือมีธุรกิจเป็นของตัวเอง โรคที่เป็นอยู่จะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานในอนาคต ดังคำกล่าวที่ว่า

น้องวางแผนในอนาคตไว้อย่างไรบ้างคะ, (ผู้สัมภาษณ์) “ตอนนี้พยายามศึกษา
อยากจะเป็นครู ไม่ได้เครียดเรื่องอนาคต เพราะไม่ได้มองว่าโรคที่เป็นอยู่ไปปิดกั้นอาชีพที่เรามี
ความสนใจ เพียงแต่ว่าต้องทานยาทุกวันครับ” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“เป้าหมายในอนาคตก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ผมเรียนมาก็อยากมีชีวิตที่ดีขึ้น
จบมาทำงาน มีเงินเลี้ยงตัวเองได้ครับ” (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

“เป้าหมาย อยากมีธุรกิจเป็นของตัวเอง ทำวิดีโอตัดต่อ โดยใช้โปรแกรมครับ ”
(Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

“เป้าหมายในชีวิต อยากเป็น Streamer อยู่ที่บ้าน อยากอยู่บ้าน อยู่ห้องครับ ”
(Informant 5, 2564: สัมภาษณ์)

แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ยังเป็นกังวลในเรื่องการสมัครงาน เพราะต้องใช้
ใบรับรองแพทย์ประกอบการสมัครงาน ซึ่งในใบรับรองแพทย์ บางอาชีพ ต้องระบุไม่เป็นโรคติดต่อ
ร้ายแรง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคน ไม่กล้าที่จะขอใบรับรองแพทย์และแจ้งแพทย์ว่าตนเองกำลังรับ
ยาด้านไวรัสอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เป้าหมายในอนาคตวางไว้ครับ แต่บางครั้งก็คิดว่าถ้าเราไปสมัครงานแล้ว ต้อง
มีใบเกณฑ์ทหารที่ต้องระบุว่าจะไม่ติดเชื้อโรคเรื้อรัง คิดว่าอาจมีปัญหาในการทำงาน” (Informant 10,
2564: สัมภาษณ์)

“ตอนนี้หนูทำงานเป็นคุณครูที่โรงเรียน ถ้าหนูไปสอบใบประกอบวิชาชีพครู ที่
ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ หนูก็ไม่กล้าที่จะบอกเรื่องโรคที่เป็นอยู่ หรือเรื่องการรับประทานยาด้านไวรัส
ค่ะ” (น้ำเสียงมีความกังวล) (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.6 ปัญหาในชีวิต ท่านมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร

เมื่อพบปัญหาในชีวิต หากเป็นปัญหาเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะ
จัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง แต่หากเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะนึกถึงบุคคลใกล้ชิด
ใกล้ตัวที่สุด ซึ่งก็คือ คุณพ่อ คุณแม่ เพราะสามารถปรึกษาได้ทุกเรื่อง รวมถึงเรื่องโรคที่เป็นอยู่ ดังคำ
กล่าวที่ว่า

เวลาเกิดปัญหาในชีวิต ส่วนใหญ่น้องจะปรึกษาใคร คนในครอบครัว หรือ
เจ้าหน้าที่รพ., (ผู้สัมภาษณ์)

“เวลามีปัญหาส่วนใหญ่ จะปรึกษา คุณแม่ เพราะไม่ได้บอกใครเรื่องโรคนี้”
(Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

“เมื่อมีปัญหา ก็จะนึกถึงแม่ก่อนค่ะ เพราะว่าแม่จะรู้ว่าเราเป็น ส่วนพ่อไม่รู้”
(Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“เมื่อมีปัญหาในชีวิต ผมจะนึกถึงแม่เป็นคนแรก” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์)

“เวลาผมมีปัญหา ก็จะปรึกษา คนที่บ้าน ปรึกษาแฟน ปรึกษาคุณพ่อ ไม่ปรึกษา คนอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัว” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

แต่มีเพียง 2 คน ที่เมื่อเกิดปัญหาในชีวิต ไม่ได้ปรึกษาบุคคลภายในครอบครัว เลือกที่จะปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่พามารักษาตัวที่โรงพยาบาล และเลือกที่จะปรึกษาเพื่อนสนิทของตนเอง ในกรณีที่พบปัญหาอันหนักหน่วง ไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเองได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อมีปัญหาในชีวิต ส่วนใหญ่จะปรึกษาหมอที่พาเรามาที่นี่ เพราะที่บ้าน ไม่มีใครทราบ รู้แค่ผมกับแฟน แฟนรักษาเหมือนกันครับ แต่รับยาที่จังหวัดอื่น” (Informant 5, 2564: สัมภาษณ์)

“ปรึกษาเพื่อนสนิท เวลามีปัญหา แต่ส่วนใหญ่ก็จะแก้ไขด้วยตนเองได้”
(Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.7 การให้บริการ คลินิกการให้คำปรึกษา หรือการปรับปรุงการให้บริการที่ท่าน ต้องการ

ส่วนใหญ่มองว่ารูปแบบการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษายาต้านไวรัส ที่เป็นอยู่ดีมาแล้ว คือ การให้บริการ ที่รวดเร็ว เจ้าหน้าที่เอาใจใส่และเป็นกันเอง ยังไม่ต้องปรับปรุง ด้านการบริการเพิ่ม ดังคำกล่าวที่ว่า

อยากให้น้องช่วยเล่าถึงรูปแบบการให้บริการของคลินิกที่เป็นอยู่ อยากให้ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ในส่วนไหนไหมคะ รวมถึงต้องการ การสนับสนุนจากภาครัฐหรือสังคมอย่างไร, (ผู้สัมภาษณ์)

“การบริการของที่นี่ดีแล้วครับ ในส่วนของภาครัฐ ยังไม่ต้องการ การสนับสนุน จากภาครัฐเพิ่มเติม” (Informant 5, 2564: สัมภาษณ์)

“คลินิกนี้ ให้บริการดีแล้วครับ ถ้ามาเข้าคิวแรก ๆ ก็ไม่รอนานมาก ส่วนตัวเอง ยังไม่ต้องการให้ปรับปรุงอะไร ส่วนการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือสังคม ยังไม่มี ยังไม่ต้องการอะไรเพิ่ม ครับ” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลให้บริการดีแล้วค่ะ ของภาครัฐคิดว่า ยังไม่ต้องการสนับสนุนอะไร” (Informant 3, 2564: สัมภาษณ์)

“รูปแบบการให้บริการ ยังไม่มีครับที่นี่ พี่ ๆ ใจดีทุกคน” (Informant 4, 2564: สัมภาษณ์)

“คลินิก โอเคแล้วค่ะ เวลาไปหาหมอ ไม่ใช่ไปรอคิวนานอะไร” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์) อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่อยากให้ปรับปรุงในเรื่องของสถานที่ ที่อยากให้มีความเป็นส่วนตัวมากยิ่งขึ้น เนื่องจากจุดให้บริการ ตั้งอยู่ใกล้ทางเดินเชื่อมไปยังโรงอาหาร ซึ่งมีผู้รับบริการ เดินผ่านไปผ่านมา เป็นจำนวนมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในส่วนของคลินิกที่เป็นอยู่ ดีมากเลย แต่มีบางจุดหนึ่งที่นั่งรอรวม มีคลินิกอื่น และโรคอื่นด้วยหมายถึง นั่งรอผลวินิจฉัย และคนไข้โรค” (Informant 8, 2564: สัมภาษณ์)

“รูปแบบของการรับบริการ ดีครับ คนไข้ไม่เยอะ สะดวกรวดเร็ว แต่ผมอยากให้แก้ไข คือ คลินิกไม่ได้แยกชัดเจน อยากได้ส่วนที่เป็นส่วนตัว บางที่เราไม่อยากจะรู้จักจริงๆผมอยากให้กันตรงโต๊ะจ่ายยา อย่างน้อยบังสายตาได้ เพราะเป็นทางเดินจากโรงอาหาร ในส่วนของรัฐเพียงพอ เพราะผมไม่ได้รับผลกระทบอะไร” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

และในส่วนของการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือสังคม มีกลุ่มตัวอย่างบางราย ที่อยากให้ภาครัฐหรือสังคม ช่วยสนับสนุน กิจกรรม หรือเปิดโอกาส ให้กับกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ได้มีโอกาส หรือกิจกรรมกลุ่มที่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า กลุ่มช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และสร้างกิจกรรมดีๆ ในการทำความดีเพื่อสังคม

“อยากให้ทางแพทย์ สนับสนุนกลุ่มของเรา คืออยากให้คนมาร่วมในการทำงานหรือกระบวนการให้เปิดกว้าง หรือหากิจกรรมให้กลุ่ม LGBT ได้มีกิจกรรม ที่ทำร่วมกัน เป็นเครือข่าย คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หรือถ้าเค้ามาตรวจแล้วอยากให้เยียวยา 100% (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์) (หมายเหตุ LGBT เป็นคำย่อสำหรับ lesbian, gay, bisexual และ transgender)

แต่มีกลุ่มตัวอย่าง บางรายที่ยังต้องการ การสนับสนุนจากภาครัฐ ในเรื่องของใบรับรองแพทย์ที่จะนำไปใช้สมัครงาน เนื่องจากในใบรับรองแพทย์ ต้องระบุว่าไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นกังวลว่าจะสามารถนำไปใช้สมัครงานได้หรือไม่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“จำกัดในข้อโรคร้ายแรงในการสมัครงาน ก็จะเป็นการเปิดโอกาสหรือสนับสนุนในการทำงานในข้อนี้ก็จะดีมาก ๆ เลยครับ” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

4.2.1.8 อยากบอกอะไรบ้าง/ขอแนะนำกับผู้อื่น ทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แบ่งปันประสบการณ์ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ควรสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพื่อป้องกันตนเองจากการได้รับเชื้อโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และเป็นการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อจากตนเองไปสู่ผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่งเพื่อความปลอดภัยของตัวเราเอง และบุคคลอื่น นอกจากนี้หากเราไม่แน่ใจหรือเกิดความสงสัยว่า ตนเองติดเชื้อหรือมีความเสี่ยงหรือไม่ ควรรีบไปตรวจพบแพทย์ให้เร็วที่สุด เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลา ดังคำกล่าวที่ว่า

อยากให้น้องช่วยแบ่งปันประสบการณ์ อยากบอกอะไรกับเยาวชนทั้งที่ติดเชื้อและยังไม่ติดเชื้อ เพื่อเป็นประโยชน์กับน้องๆ เยาวชนต่อไปในอนาคต, (ผู้สัมภาษณ์)

“สำหรับคนที่ยังไม่ติดเชื้อ ถ้าเราคิดว่าเราเสี่ยง ต้องไปตรวจเลือดดูก่อน ถ้ารักษาช้าแบบผม เกือบตาย วันนั้นอาบน้ำอยู่ ฝนไม่ไหว หายใจไม่ได้ ปอดติดเชื้อ ต้องนอน โรงพยาบาล 2 อาทิตย์ นอนโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ 7 วัน อาการดีขึ้น นิดหน่อย แล้วส่งตัวมา โรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ สำหรับคนที่ติดเชื้อแล้ว ถ้ารู้ว่าตัวเองป่วยอย่าไปแพร่เชื้อให้คนอื่น ถ้าจะมีอะไรกันก็ต้องป้องกัน” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

“สำหรับเยาวชน เวลาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ต้องป้องกันให้ดีที่สุด เพราะเวลาเป็นมาแล้ว ลำบากใจมาก ส่วนเยาวชนที่เป็นแล้ว ไม่ต้องกังวลครับ ให้กินยาทุกวัน เรามีโอกาสหาย.” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์) “คำนึงถึงความปลอดภัยมาก ๆ มันมีความสุขแค่ชั่วคราว แต่ถ้าเราพลาดนิดเดียว มันจะอยู่กับเราไปตลอดชีวิต อยากให้ concern เรื่องนี้ ต้องระวังและคิดดี ๆ ถ้าจะทำอะไรโดยไม่ป้องกัน” (Informant 9, 2564: สัมภาษณ์)

“อยากจะแนะนำน้อง ๆ ว่า ให้ใส่ถุงป้องกันทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

ในส่วนของทัศนคติต่อตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ไม่ตีตราตนเอง (self-stigma) เข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ ยอมรับเข้าใจ และสามารถให้กำลังใจ

ตนเองได้ว่า สามารถประกอบอาชีพ และทำงานได้ดีไม่แตกต่างกับบุคคลที่ไม่ติดเชื้อ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังตั้งคำถามที่ว่า

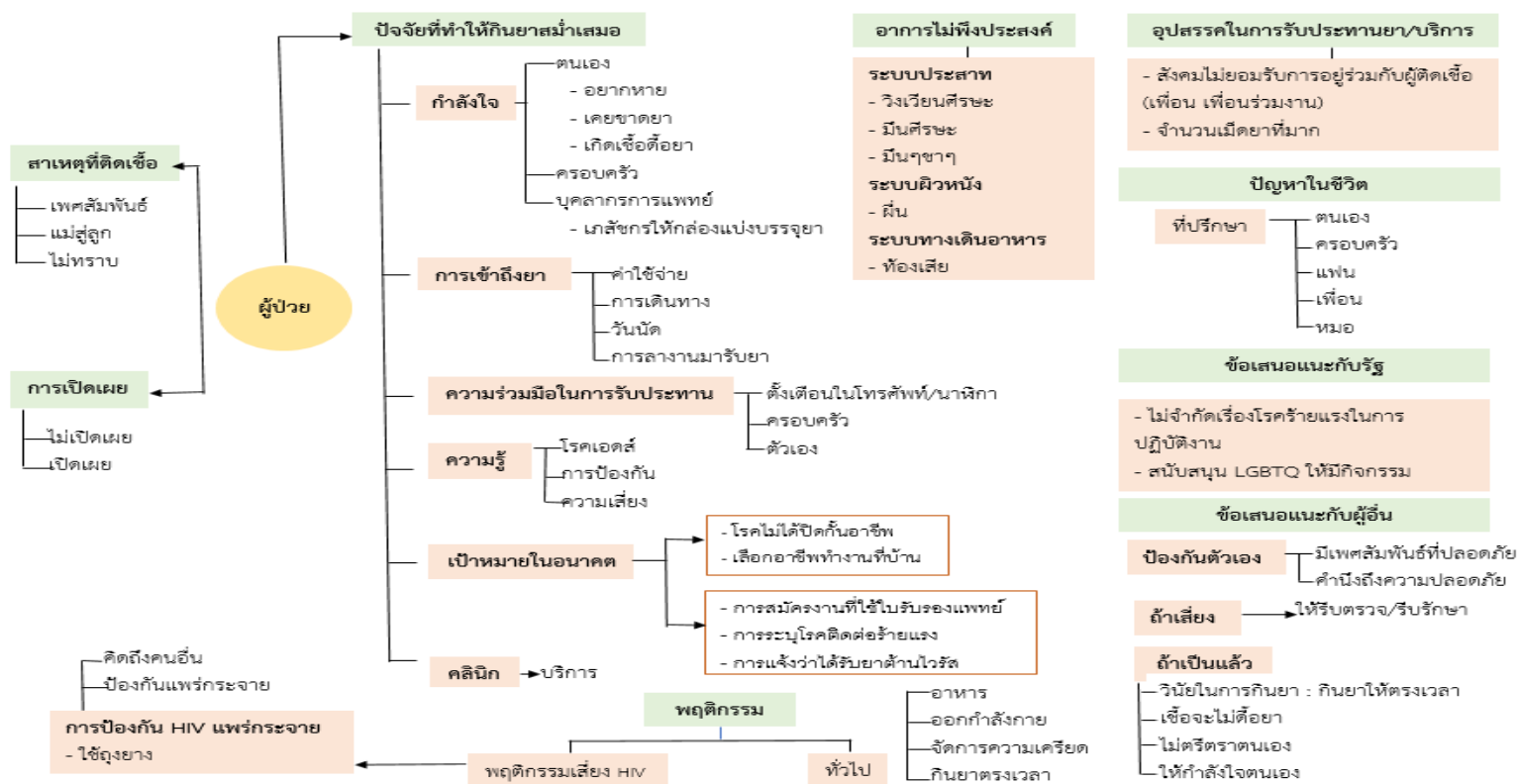
“สำหรับเยาวชนที่ยังไม่ติดเชื้อ อยากจะบอกว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์ ก็ให้รู้จักป้องกัน เพราะ จะพลาดโอกาสบางอย่างในชีวิตเราไป สำหรับเยาวชนที่ติดเชื้อแล้ว อยากจะบอกว่าคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ ก็เหมือนคนปกติทั่วไป แค่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และกำลังใจก็เป็นสิ่งสำคัญมากครับ” (Informant 1, 2564: สัมภาษณ์)

“ถ้ามีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ ให้น้อง ๆ จริง ๆ ผมทำงานด้านนี้อยู่แล้ว เรื่องการติดเชื้อ ป้องกันเวลามีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเราก็กยกตัวอย่างให้น้อง ๆ ทราบ เป็นเคส study แต่ไม่ได้บอกโดยตรงว่าเป็นตัวเรา อยากบอกทุกคนว่าสิ่งที่เราเป็นอยู่ไม่ได้น่ากลัวและเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ หรือคนกลุ่มน้อย มันไม่ใช่ ผมก็อยากจะให้กำลังใจ ว่ายังมีคนในกลุ่มที่ยอมรับเข้าใจกันและให้กำลังใจกัน” (Informant 10, 2564: สัมภาษณ์)

ในส่วนของวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส นั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีวินัยที่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากเข้าใจในเรื่องโรคและความสำคัญของการรับประทาน และทราบถึงผลกระทบที่จะตามมา หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดังคำถามที่ว่า

“อยากบอกน้องเยาวชนว่า ให้ป้องกันตัวเองดี ๆ กินยาให้ตรงเวลา ให้ดีที่สุด ถ้าเรากินยาไม่ตรงเวลา อาการจะกำเริบ ไวรัสจะสูงขึ้น” (Informant 19, 2564: สัมภาษณ์)

“หากติดเชื้อแล้วให้กินยาให้ตรงเวลา จะได้ไม่ดื้อยา ถ้าดื้อยาแล้วเป็นผลจะหายยาก” (Informant 2, 2564: สัมภาษณ์)



HEALTH CARE BEHAVIORS OF HIV/AIDS YOUTH PATIENTS MODEL

ภาพที่ 4.1 มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับการดูแลสุขภาพ เป้าหมายในอนาคต

4.3 ความสอดคล้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพระหว่างข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน ดังนี้

4.3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มีความสอดคล้องกัน โดยข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีวินัยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ว่ามีความตั้งใจที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ตั้งเวลาในการรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน

4.3.2 ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่าข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มตัวอย่างในด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี มีการออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ทำการวิเคราะห์ เพราะส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และมีบางรายไม่ได้ออกกำลังกายเลย ประกอบกับช่วงสถานการณ์ โควิด-19 ส่งผลทำให้การออกกำลังกายน้อยลง

4.3.3 ด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการในระดับดี คือรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ ใหม่ สด สะอาด ข้อมูลสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ว่า “เรื่องอาหารไม่ค่อยเกี่ยง แต่จะกินให้อิ่ม กินให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง”

4.3.4 ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ซึ่งข้อมูลที่ได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน โดยมีคะแนนด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับดี สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ว่า “เวลามีปัญหาส่วนใหญ่ จะปรึกษา คุณแม่ เพราะไม่ได้บอกใครเรื่องโรคนี้”

4.3.5 ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ ตั้งใจเรียน ตั้งใจทำงานเป็นอย่างดี ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับข้อมูลสัมภาษณ์ “อยากบอกทุกคนว่าสิ่งที่เราเป็นอยู่ไม่ได้น่ากลัวและเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ หรือคนกลุ่มน้อยมันไม่ใช่ ผมก็อยากจะให้กำลังใจ ว่ายังมีคนในกลุ่มที่ยอมรับเข้าใจกันและให้กำลังใจกัน”

4.3.6 ด้านการจัดการความเครียด จากแบบสอบถามพบว่าข้อมูลเชิงปริมาณด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งอยู่ในระดับคะแนนที่น้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์

“เครียดไหม ไม่เครียดนะครับ ตอนแรกเครียดหลัง ๆ มามันก็ชินไปเอง มีพ่อแม่คอยให้กำลังใจครับ และเราก็ศึกษาหาข้อมูลเองด้วย เลยหายเครียดไปเอง ตอนแรกที่ติดโรค ไม่ทราบเลยเหมือนรู้เท่าไม่ทันการณ์ หลังจากทราบแล้ว หายเครียดแล้วครับ”

ตารางที่ 4.15 ความสอดคล้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม สุขภาพจาก ข้อมูลการวิจัย เชิงปริมาณ	ข้อมูลจากงานวิจัยเชิง คุณภาพ	ความ สอดคล้องของ ข้อมูลเชิง ปริมาณและ เชิงคุณภาพ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งในด้านเชิงปริมาณและคุณภาพ	สอดคล้องกัน
2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่าออกกำลังกายน้อยหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย	มีบางส่วนที่ไม่สอดคล้องกัน
3. ด้านโภชนาการ	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่าด้านโภชนาการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	สอดคล้องกัน
4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่ามีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล	สอดคล้องกัน
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่ามีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างดี	สอดคล้องกัน
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	ดี	ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่ามีความเครียดน้อยสามารถจัดการความเครียดได้ดี	สอดคล้องกัน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ในประเด็นของความสอดคล้องของ คะแนนความรู้ เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พบว่า มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน ในทุกหมวดคำถาม ดังแสดงใน ตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ความสอดคล้อง ด้านพฤติกรรมเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในเรื่องความรู้ เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว

ประเด็นความรู้	ระดับ ความรู้ จากวิจัย เชิง ปริมาณ	การรับรู้ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ความ สอดคล้อง ของข้อมูล เชิงปริมาณ และเชิง คุณภาพ
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV/AIDS (3 ข้อ)	ดี	มีความรู้เกี่ยวกับ โรค	สอดคล้อง กัน
2. ความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อ (5 ข้อ)	ดี	มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับการ ป้องกัน การแพร่ เชื้อเป็นอย่างดี	สอดคล้อง กัน
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวย โอกาส (4 ข้อ)	ดี	มีความรู้เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อฉวย โอกาส	สอดคล้อง กัน
4. ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส (ART) (7 ข้อ)	ดี	มีวินัยในการกินยา เป็นอย่างดี	สอดคล้อง กัน
ความรู้ทั้งหมด	ดี	มีความรู้ ความ เข้าใจในระดับดี	สอดคล้อง กัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องมุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดอานาจธานี เป็นการศึกษาค้นคว้าแบบผสมผสาน (mixed methods research) ประกอบไปด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.1.1 ผลการศึกษามุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระดับดี เนื่องจาก มีความตระหนักรู้และเข้าใจของโรคเอดส์ ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง หรือไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 50 เนื่องจากไม่มีเวลาออกกำลังกาย และจากสถานการณ์โควิด 19 ในปัจจุบัน ส่งผลให้ไม่สามารถออกกำลังกาย ในสวนสาธารณะได้ ในด้านโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง สามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ เลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ ๆ ในด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการไปมาหาสู่กับญาติพี่น้อง และเมื่อพบปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้ปรึกษากับคนในครอบครัว ร้อยละ 50

5.1.2 ผลการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}$ = 3.26, SD = 0.43) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 2.87, SD = 0.72) ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ = 3.08, SD = 0.33) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 3.05, SD = 0.36) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 3.35, SD = 0.21) และด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}$ = 3.10, SD = 0.31) อยู่ในระดับดี พบประเด็นที่บุคลากรสุขภาพ ควรให้ความสำคัญ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 68.64

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.50 เป็นเพศชาย ที่มีรสนิยมทางเพศเป็นชายรักชาย ร้อยละ 81.80 สาเหตุที่กลุ่มชายรักชายเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า เนื่องจาก การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน จึงมีความเสี่ยงติดเชื้อมากกว่าชายรักหญิง สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย ปี 2564 คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (จำแนกโดยเพศ) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.29 (HIV Info HUB, 2564) ซึ่งแตกต่างกับข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ระดับโลก ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 7,000 คน (15 - 24 ปี) (UNAIDS, 2020)

ในส่วนของการประกอบการรักษา มีการเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่เปิดเผยเฉพาะคนในครอบครัว (ร้อยละ 50) เนื่องจากมีความใกล้ชิดอาศัยอยู่กับครอบครัว มีความเชื่อถือและมีความไว้วางใจว่าจะสามารถเก็บข้อมูลเป็นความลับได้ โดยสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทยครอบครัวใหญ่ เป็นครอบครัวขยายที่ลูกมักจะยังอาศัยอยู่กับครอบครัว ต่างกันกับตะวันตกที่ไม่ได้พักอาศัยกับครอบครัวอย่างใดก็ตาม สำหรับเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยสถานะ น่าจะเป็นเพราะเกรงจะถูกรังเกียจ ดูหมิ่น หรือถูกทอดทิ้ง (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2555)

กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากหลายสาเหตุ เช่น กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรักษา ได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับผลการศึกษา ส่วนความรู้ที่อยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กำลังใจและแรงกระตุ้นจากครอบครัวที่ช่วยเตือนการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น แม่ปลูกและเตือนให้กินยาต้านไวรัส นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการรักษา คำนวณข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ด้วยตนเอง และได้รับความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัว จากคลินิกให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ประสพดี (2558) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้ จะมีความร่วมมือในการในการใช้ยาต้านไวรัสตรงเวลาและครบทุกมื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจในพฤติกรรม การดูแลตนเองและรายด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดและการพักผ่อนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (เพ็ญพักตร์ ประสพดี, 2558)

และสอดคล้องกับงานวิจัย ของ มลฤดี ยืนยาว (2555) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส ในกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.7 รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ≥ 95 % ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p = 0.048$) โดยกลุ่มที่มีความรู้มากเกี่ยวกับยาต้านไวรัส จะมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็น 2.372 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส (มลฤดี ยืนยาว และคณะ, 2555)

5.2.1.1 การได้รับยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐานที่เป็นสูตรเม็ดเดี่ยว ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐาน รับประทานยาเม็ดเดี่ยวสูตรรวม 1 เม็ดต่อวัน ซึ่งรับประทานง่าย จึงส่งผลให้เพิ่มความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส อยู่ในระดับที่ดี adherence $\geq 95\%$ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสูตรยาต้านไวรัสที่ง่ายต่อการรับประทาน โดยเฉพาะถ้าให้ยาเม็ดเดี่ยวต่อวันมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอสูงสุด (Parienti JJ, et al., 2009)

5.2.1.2 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการเพิ่มแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น โทรแจ้งเตือน หรือ เคาะประตูหน้าห้อง เมื่อถึงเวลาต้องรับประทานยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการวิจัยของ Nyogea D, (2015) ที่พบว่า การมีพ่อแม่เป็นผู้ดูแล ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในเด็กและวัยรุ่น (Nyogea D, 2015)

5.2.1.3 เพศชาย

เมื่อพิจารณาในด้านเพศกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ เป็นเพศชายและมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาลาวี แอฟริกาตะวันออก พบว่ากลุ่มวัยรุ่นชาย ที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ adherence $\geq 95\%$ (McBride K, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในแอฟริกาใต้ที่กลุ่มวัยรุ่นชายมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าวัยรุ่นหญิง พบว่า กลุ่มวัยรุ่นหญิง มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส อยู่ในระดับต่ำมาก คือ ร้อยละ 52 เมื่อเริ่มต้น และร้อยละ 48 ที่ 3 เดือน (Stoner MCD, 2010)

5.2.1.4 ความเครียด การติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ต่อสถานการณ์ความเครียด นำไปสู่การปรับเปลี่ยน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดน้อย สามารถจัดการความเครียดได้ดี โดยหากิจกรรมทำในยามว่าง เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และการยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ รัชนิ เสนาน้อย (2562) ที่พบว่า การปรับตัวยอมรับความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

5.2.3 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนตัวอย่าง ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในภาพรวม อยู่ในระดับดีเมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าคะแนนอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ทีมผู้ดูแลสุขภาพควรติดตามดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเครียด ที่จะเกิดกับกลุ่มเยาวชนได้ เนื่องจากมีการรายงานที่กล่าวว่า เยาวชนวัยรุ่นมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ที่ต้องใส่ใจดูแลเป็นพิเศษ เยาวชนเป็นช่วงวัยรุ่น หัวเลี้ยวหัวต่อ สามารถเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางพฤติกรรม เนื่องจากยังไม่สามารถจัดการความเครียดได้ดี จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ดื้อ ต่อต้าน ขาดความรับผิดชอบ จนอาจทำให้เกิดผลต่อการเรียน หรือการทำงานที่อื่น ๆ ในสังคม (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2555)

ในประเด็นด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง จิตวิญญาณหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผสมผสานความเข้าใจ และประสบการณ์ทางศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมในระดับดี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดี ยอมรับสภาพและโรคที่เป็นอยู่ได้ดี มีความคิดในเชิงบวก ตั้งใจเรียนและตั้งใจทำงาน ประพฤติตนมีคุณค่า ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มีความตั้งใจ ให้สุขภาพแข็งแรง ภูมิคุ้มกันสูง ไม่ติดเชื้อฉวยโอกาส ไม่ดื่มยา และหาแหล่งสร้างเสริมกำลังใจให้กับตนเองได้เป็นอย่างดีด้านประกอบกิจกรรมทางศาสนาเท่านั้น ที่มีคะแนนระดับดีเป็นลำดับสุดท้าย เนื่องจากมีกิจกรรมทางศาสนาน้อย เช่น การไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ สอดคล้องกับการศึกษาในออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Creswell JD (2008) และคณะ ที่ทำการในศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV เป็นเวลานานกว่า 6 เดือน และอายุเกิน 18 ปี พบว่า การฝึกสมาธิแบบเจริญสติ มีประโยชน์ในการลดความเครียด และสามารถยับยั้งการลดลงของ CD4 ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV-1 (Creswell JD, et al., 2008) นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Kerrigan D (2021) ในโตมินิกัน และแทนซาเนีย พบว่า การฝึกสติ และการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ลดลง (AOR 0.83, 95% CI: 0.77-0.89) นอกจากนี้ มีการศึกษาของ ชัยวัฒน์ งามปิยะสุล (2559) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคนิค “Sitting Stretching-strengthening Meditation Exercise” (SKT 3) “นั่งยืดเหยียดผ่อนคลายประสานกาย ประสานจิต” พบว่า ก่อนใช้เทคนิค SKT 3 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เฉลี่ย 934.52 (SD = 361.72) เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร หลังการใช้เทคนิค SKT 3 มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เฉลี่ย 1,121 (SD = 274.22) เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตรและพบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้เทคนิค SKT3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 2.201, p < 0.05$)

ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัส คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลา ถูกต้องทุกมือ ส่งผลให้ระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ, 2556) พบว่าการที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระดับดี มาจาก ทศนคติและความรู้ที่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังกล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยเพิ่ม ความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ อยากรหาย การที่ไม่มีผลข้างเคียง จำนวนเม็ดยาน้อย (มีคนบอกว่า ยาเยอะ 4 - 5 เม็ด) ซึ่งเภสัชกร อาจมีส่วนช่วยในการแนะนำสูตรยาเม็ดรวมที่รับประทานง่าย และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งกลุ่มเยาวชน มีความสามารถในการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการเตือนการรับประทานยา เช่น การตั้งเตือนความจำในโทรศัพท์มือถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ลัคนาจันทโชติ ที่พบว่า เหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ เพื่อมีสุขภาพดีขึ้น รองลงมาคือเพื่อให้มีชีวิตอยู่นานขึ้น ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ตาม แผนการรักษา คือ ไม่ต้องการให้เป็นสิ่งที่สังเกตและสงสัย (ปราณี ลัคนาจันทโชติ, 2552)

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี มีทัศนคติในการดำรงชีวิตในเชิงบวก ส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย อย่างไรก็ตามผู้ให้การดูแล/คลินิก ต้องมีการติดตามการจัดการความเครียดของผู้ป่วย ทุกครั้งที่มารับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษา เพื่อรับยาต้านไวรัส เนื่องจากหากผู้ป่วยมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ จะส่งผลต่อการรักษาในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยการวิเคราะห์อภิมานของ Weinstein, T (2015) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับสูง จะมีผลความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย (Weinstein, T, et al. 2015) ประเด็นเรื่องการติดตามด้านการจัดการกับความเครียด จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง มีข้อเสนอแนะในการดูแลด้านความเครียดของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไว้เช่น การศึกษาของ กุณนที พุ่มสงวน (2556) กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับความเครียดมาก เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้คำปรึกษา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพิ่มความตระหนักรู้ให้ตนเอง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา มองตนเองในแง่บวกมากขึ้น เพื่อช่วยให้จัดการกับความเครียดได้ (กุณนที พุ่มสงวน, 2556)

ด้านการออกกำลังกายพบว่า มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายในภาพรวม อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมานของ Ibeneme, S (2019) ซึ่งเป็นการศึกษา 19 เรื่อง ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 491 คน ประกอบด้วย ชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 22 - 66 ปี การศึกษาพบว่า กลุ่มเยาวชนผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ในระดับดี ออกกำลังกายเป็นเวลา 30 - 60 นาที จำนวน 2 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า การออก

กำลังกายจะไม่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ต่อ CD4 และค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Ibeneme, S, et al. 2017)

5.2.4 ด้านความรู้

ผลการวิจัยด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ในระดับน้อย ในข้อคำถาม “หากแม่มีเชื้อเอชไอวีจะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีด้วยทุกราย” ตอบถูก 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางในข้อคำถาม “การกินยาต้านไวรัสต้องกินเป็นประจำต่อเนื่องทุกวัน แต่ในแต่ละวัน สามารถปรับเวลากินได้ตามความจำเป็น” ตอบถูก 14 ราย คิดเป็น ร้อยละ 63.64 แม้ว่าระดับคะแนนความรู้ในภาพรวม จะอยู่ในระดับมาก แต่ทีมดูแลสุขภาพ ควรให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ และการรับประทานยาที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นประจำสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนิกร ไชหิณ (2555) ในเรื่องของการเสริมสร้างหลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

5.2.5 โรคเรื้อรัง

จากผลการวิจัย เชิงคุณภาพ ในข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือสังคมในประเด็นการทำงาน การสมัครงาน ที่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ ประกอบการทำงาน หรือการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลใจของกลุ่มตัวอย่างบางราย เกี่ยวกับการวางแผน การทำงานในอนาคต เช่น ตัวอย่าง 1 ราย ต้องการประกอบอาชีพครูในอนาคต เป็นกังวลในเรื่องของใบรับรองแพทย์ที่ต้องระบุโรคเรื้อรัง/โรคร้ายแรง ซึ่งจะส่งผลให้ไม่สามารถสมัครทำงานได้ สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์ ของ สมิตานัน หยงสตาร์ ผู้สื่อข่าวพิเศษบีบีซีไทย (2020) ซึ่งได้สัมภาษณ์ ฟ้า (นามสมมุติ) เกี่ยวกับการทำงานในบริษัทประกันแห่งหนึ่ง ซึ่งฟ้าเล่าให้ฟังว่า “สามารถสอบ จนได้ใบอนุญาตเป็นตัวแทนขายประกันได้ ต่อมาบริษัทมีนโยบายให้พนักงานทำประกันสุขภาพกับทางบริษัท ซึ่งเงื่อนไขระบุชัดเจนว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำประกันได้ แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้นก็คือ ฟ้าไม่เคยบอกเพื่อนร่วมงานหรือแม้แต่เพื่อนสนิทว่าเธอเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี”

5.2.6 ทักษะ

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่กำเนิด มีทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในระดับดี มีความคิดในเชิงบวก ไม่ได้ตัดพ้อ กล่าวโทษ หรือสิ้นหวังในชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับโรคเอดส์ได้ ไม่มีความเครียด มีเป้าหมายในอนาคต มีงานทำ เป็นไม่ประจำสามารถทำงานที่บ้านได้ ซึ่งผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงวัยรุ่น เมื่อไม่นานนี้ ก็มีทัศนคติที่ดี ในเชิงบวกต่อโรคเอดส์ที่เป็นอยู่เช่นกัน กลุ่มตัวอย่างมีความหวัง มีเป้าหมายในอนาคตที่จะได้ประกอบอาชีพที่ดี มีเพียงบางราย ที่มีความกังวลในเรื่องการสมัครงานที่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ แต่โดยส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวล มีทัศนคติที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ

(2018) ที่ทำการวิจัยในมหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 682 ราย ร้อยละ 84 มีความรู้ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเอชไอวี

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้

5.3.1.1 พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม จะส่งผลต่อการรักษา ทั้งด้าน Clinic และ Non-clinic ของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นทีมผู้ดูแล ต้องติดตามกำกับและส่งเสริมข้อมูล สุขภาพแก่เยาวชนเป็นระยะ ๆ

5.3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการแพร่เชื้อ จากแม่สู่ลูก ดังนั้น จึงควรเสริมข้อมูลความรู้ในเรื่อง การแพร่กระจายเชื้อ ให้กับเยาวชน มากยิ่งขึ้น

5.3.1.3 สถานที่ให้บริการ ในส่วนของการจ่ายยา ยังไม่เป็นส่วนตัว อยู่ตรงบริเวณ ทางเดินไปโรงอาหาร กลุ่มเยาวชนมีข้อเสนอแนะให้มีบริการในห้องที่เป็นส่วนตัวมากยิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกการให้บริการของ โรงพยาบาล

5.3.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็น Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender และ Queer (LGBTQ) มีความต้องการให้มีการสนับสนุนในการสร้างเครือข่ายสนับสนุนกิจกรรม (Support group) เช่น กิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยสร้างเครือข่าย สร้างรายได้ และให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของ กลุ่มเยาวชนที่ได้รับยาต้านไวรัสในคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานการศึกษารูปแบบการสนับสนุน LGBT+4P (อดิศร จันทรสุข, 2563) ที่มีกิจกรรมของหน่วยงาน PFLAG (Parents and Friends of Lesbians and Gays) ในทวีปเอเชีย โดยสร้างเครือข่ายสนับสนุน มีการเปิดพื้นที่รวมตัวให้กับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ จัดกิจกรรม “Free Hugs” จัดพิธีหมั้น/แต่งงานให้กับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือการจัดงานแฟชั่นโชว์ เพื่อเป็นการแสดงออกด้านความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น

ในบริบทของ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ความเป็นไปได้ที่จะจัดกิจกรรมกลุ่ม LGBTQ เพื่อสร้างเครือข่าย ในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อ โดยเน้นให้ความรู้เรื่องยา ช่องทางด่วนประสานเรื่องยา/ โรค

5.3.1.2 ด้านสิทธิการเบิกจ่าย โรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในด้านสิทธิการ เบิกจ่าย โดยส่วนใหญ่การรักษาจะใช้สิทธิบัตรทอง อย่างไรก็ตามทาง รพ.ได้มีแนวทางในการช่วย แก้ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เดิมเคยเป็นพลทหาร เนื่องด้วยอาการป่วยของตนเอง หลังจากกลับมารักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้กลับไปติดต่อกองพลทหารที่ ตนเองสังกัด ถือว่าขาดราชการ สิทธิการรักษาจึงเป็นชำระเงินเดือน และทางรพ.ได้แนะนำให้ลาออกจาก ราชการ เพื่อจะได้เปลี่ยนเป็นสิทธิบัตรทอง แต่คนไข้ไม่สะดวกไป กทม. จึงจำเป็นต้องชำระเงิน

5.3.1.3 กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว ของคลินิกบริการ ในส่วนของจุดบริการจ่ายยา ค่อนข้างเปิดเผย ไม่เหมาะสมต่อการพูดคุยในเรื่องที่เป็นปัญหาซับซ้อน ไม่มีห้องจ่ายยาแยกเป็นส่วนตัว เนื่องจาก เป็นหน้าห้องโซนทางเดินเชื่อม ไปโรงอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว อยากให้ทางคลินิกช่วยพิจารณาปรับ เพื่อเพิ่มความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในบริบทของ รพ. 50 พรรษา ยังไม่มีความเป็นไปได้ที่จะปรับ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ งบประมาณและสถานที่

5.3.1.4 การมีส่วนร่วมให้บริการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่า การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง มีผู้รู้ใจ และเข้าใจเขามากขึ้น ควรเพิ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ติดเชื้อที่ทำงานในคลินิกของโรงพยาบาล เน้นบทบาทแกนนำผู้ติดเชื้อเป็นหลักในการพูดคุยแนะนำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับและก้าวข้ามการเป็นผู้ติดเชื้อและแนะนำเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กรณีมีปัญหาทางสังคม ที่ผู้ติดเชื้อที่ต้องการคำปรึกษาและยินยอมให้เยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการวิจัยของ อรทัย ศรีทองธรรม (2561) ที่พบว่า การให้บริการรักษาในเขตภาคอีสาน ในพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ใช้ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และวิธีปฏิบัติในการรับประชนยาต้านไวรัส ควบคู่ไปกับการให้บริการทางด้านจิตและสังคมทั้งจากทีมเจ้าหน้าที่แบบสหวิชาชีพ และจากอาสาสมัครแกนนำเพื่อนผู้ติดเชื้อ ที่เป็นผู้ที่มีทั้งความรู้และประสบการณ์ตรงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (อรทัย ศรีทองธรรม, 2561)

5.3.1.5 การมีทีมในหลากหลายวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่า การที่จะทำให้ได้รับบริการตรงจากวิชาชีพเฉพาะด้าน ร่วมกับการใช้สื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างกัน เช่น โล้น เพื่อการติดต่อสอบถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว วันนัด การรับประชนยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา Drug interaction ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน ลดระยะเวลา และครอบคลุมมากขึ้น เช่น ในทีมผู้ดูแล ควรประกอบด้วย

- 1) แพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง และการส่งต่อข้อมูล
- 2) เภสัชกร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เฉพาะด้านได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ต้องการข้อมูลในการวางแผนและเฝ้าระวัง ADR short term และ long term ของผู้ป่วยที่ครบถ้วน ถูกต้องและต่อเนื่อง
- 3) โภชนาการ เพื่อให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ (2553) ทำการศึกษา พบว่ากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประชนยาต้านไวรัส เอชไอวี ที่สำคัญอีกประการ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล จากทีมเจ้าหน้าที่แบบสหวิชาชีพ ที่เป็นผู้ที่มีความรู้ (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ 2553)

5.3.1.6 กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นว่าการดูแลด้านสังคม เศรษฐกิจ มีน้อย ไม่สอดคล้องกับความต้องการของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ต้องการการช่วยเหลือจากนโยบายของรัฐ โดยเฉพาะในด้านการประกอบอาชีพ ที่ควรจะไม่จำกัดสิทธิ์ในการรับเข้าทำงาน รวมถึงการออกใบรับรองแพทย์ ที่ไม่ควรต้องมีการระบุเป็นกลุ่มโรคร้ายแรง เพื่อนำไปใช้ประกอบการสมัครงาน ซึ่งในปัจจุบันสังคมไทย โอกาสที่จะได้เข้าทำงานของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี จากธุรกิจประเภทอาหารและบริการ รวมถึงหน่วยงานราชการบางส่วนยังมีน้อย เนื่องจากการบังคับตรวจเอชไอวี ส่วนในต่างประเทศนั้น มีบางบริษัท ที่รับเข้าทำงาน ดังคำกล่าวของ ริชาร์ด โจนส์ (2563) ที่ว่าเพราะสิ่งสำคัญคือ “เรามีคุณสมบัติตามที่ต้องการ มีวุฒิ มีประสบการณ์ ซึ่งเราไม่ได้ดูสิ่งที่เราไม่จำเป็นต้องรู้” (ริชาร์ด โจนส์, 2563)

รวมถึงการยอมรับจากสังคมในเรื่องการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงศา เลหาศิริ และคณะ (2553) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมาก ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ สนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินผลการรักษาให้ได้ทราบ (วงศา เลหาศิริ และคณะ, 2553)

5.3.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อย่างต่อเนื่อง

5.3.2.2 ควรศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อส่งเสริมให้ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เพื่อที่จะได้ข้อมูลนำมาใช้ในการวางแผน ในการดูแลเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อไป

5.3.2.3 ควรมีการติดตามหรือประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

5.3.2.4 พัฒนาโปรแกรมหรือโมเดลการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษานี้พบว่ากิจกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดยังมีน้อย จึงควรพัฒนาโปรแกรมรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านที่มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น คือด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

5.3.2.5 ควรศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส เนื่องจากยังมีการศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนน้อย

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้/นโยบาย

5.3.3.1 ควรติดตามประเมินพฤติกรรม สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ในกลุ่มเยาวชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับบริบทของเยาวชน (โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ) คลินิกยาด้านไวรัส/เฝ้าระวังควรมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งด้านความรู้ .และการปฏิบัติตัว เพราะจะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

5.3.3.2 ควรพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านที่มีระดับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย เน้นการมีส่วนร่วมให้สอดแทรกในการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านการจัดการความเครียด เน้นการหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการประกอบพิธีทางศาสนาเช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ

5.3.3.3 ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับในโรงพยาบาล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติการเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

5.3.4 ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

5.3.4.1 เนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 ในปัจจุบัน ที่ไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่การให้บริการ และผู้ป่วยบางรายไม่มารพ.เนื่องจากมีบริการ ส่งยากลับบ้าน ผู้วิจัยจึงไม่สามารถทดลองใช้ (Try out) แบบสอบถาม เพื่อหาความเที่ยง ในกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกันได้

5.3.4.2 กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ทำการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีเพศหญิงเพียง 1 ราย เนื่องจากเป็นการวิจัยในกลุ่มเยาวชน จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กรรณ ลัมเจริญ. ผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค: กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการตรวจวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2563.
- กระทรวงสาธารณสุข. **สุขบัญญัติสุขภาพ 10 ประการ.** กองสุขศึกษา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2539.
- ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง. “ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนชายในทัศนสถานแห่งชาติ”, **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 36(1): 43-51; มกราคม – มีนาคม, 2561.
- กุนนที พุ่มสงวน. “การประเมินความเครียด และวิธีเผชิญความเครียด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในแผนกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”, **วารสารพยาบาลทหารบก.** 14(3): 14-15; กันยายน – ธันวาคม, 2556.
- กองบรรณาธิการ HD. (2561) “คู่มือฉบับสมบูรณ์ การติดเชื้อ HIV หรือโรคเอดส์”, **hd สุขภาพดี.** <https://hd.co.th/signs-of-hiv-or-aids>. 25 กันยายน, 2562
- จากดี กองผล. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2554.
- จำเนียร จวงตระกูล. “ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ”, **วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.** 1(2): 1-21, 2561.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. **พฤติกรรมสุขภาพ: Health behavior.** พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาสารคาม: คลังนาโนวิทยา, 2549.
- จุฑามาศ เป้าคำกอง และคณะ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี”, **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.** 20(1): 129-139, 2560.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- จური ทัยชลาพันธ์ และคณะ. “การส่งเสริมวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีของเด็กติดเชื้อเอชไอวี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี”, **กุมารเวชสาร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**. 18(1): 7-14, 2664.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2541.
- ชฎาพร คงเพชร. **การศึกษาพฤติกรรมด้านการติดเชื้อ เอชไอวี ของข้าราชการตำรวจในจังหวัดกาญจนบุรี**. กลุ่มงานวิชาการ: วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. 2550.
- ชนิกา ศรีราช. **พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
- ชนิกา ศรีราช และคณะ. “พฤติกรรมสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”, **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 19(37): 39-55, 2559.
- ชัยวัฒน์ งามปิยะสกุล “ผลของการใช้เทคนิค SKT3 “นั่งยืดเหยียดผ่อนคลายประสานกาย ประสานจิต” ต่อจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ ฮีโมโกล เม็ดเลือดขาวทั้งหมดและนิวโทรฟิลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเด็กและวัยรุ่น”, **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก**. 33(4): 276-287, 2559.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. “พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย: การวิพากษ์คำจำกัดความ Patients’ Medication Taking Behaviors: Critiques of Relevant Terminologies”, **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**. 6(4): 299-302, 2553.
- ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ Factor Affecting the Adherence to Antiretroviral Medication among HIV/AIDS Patients”, **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 4(2): 1-11, 2561
- ดุริฎฐยา สมศรี. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา และการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ธนาภูมิ พรหมสมบัติ. รายงานการวิจัยระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ **ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา**. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2563.
- นงนิตย ธีระวัฒนสุข และคณะ. “ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ตัวอย่าง จังหวัดอำนาจเจริญ”, **เภสัชศาสตร์อีสาน**. 8(3): 1-3; กันยายน – ธันวาคม 2555.
- น้องเล็ก คุณวรชาติชัย และคณะ. “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี”, **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**. 12(2): 21-32; เมษายน – มิถุนายน, 2559.
- นัสสุภาพร นันทะจันทร์ และคณะ “ผลของการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี”, **พยาบาลสาร**. 42(3): 72-83; กรกฎาคม – กันยายน, 2558.
- นิตยา ภาพสมุท และคณะ. “ประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี”, **ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**. 5(4): 309-315; ตุลาคม – ธันวาคม, 2553.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. “วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข”, **วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. 7(2): 131-152; กรกฎาคม – ธันวาคม, 2555.
- บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์, 2553.
- บุญมี บุญไทย. **ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาประเมินการวิจัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2554.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ. “ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์และการปฏิบัติสุขภาวะทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่หนึ่ง”, **ศรีนครินทร์สาร**. 33(1): 49-56; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2561.
- ประไพพิมพ์ สุวีลสินอินทร์ และประสพชัย พสุนนท์. “กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ”, **วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ**. 29(2): 31-48; ตุลาคม – ธันวาคม, 2559.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติการวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- _____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ปราณี ลัคนาจันทร์โชติ. “ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี”, **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**. 4(2): 202-207; เมษายน – มิถุนายน, 2552.
- พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์. การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- พุทธวรรณ ศิวเวทีกุล. “พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส”, **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. 2(1): 40-51; มกราคม – มิถุนายน, 2550.
- เพ็ญพักตร์ ประสพดี. “ผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลนา จังหวัดอำนาจเจริญ”, **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 24(5): 893-906; กันยายน – ตุลาคม, 2558.
- ภัทรินทร์ พิทักษ์โชติวรรณ และวิลาสินี กมลมิตร. **การติดยาต้านไวรัสเอชไอวี**. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2560.
- มลฤดี ยืนยาว. “ปัจจัยทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี”, **วารสารวิทยาลัยพยาบาลมหิดล**. 30(4): 80-89; ตุลาคม – ธันวาคม, 2560.
- มัตติกา ใจจันทร์ และคณะ “ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ทราบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”, **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี**. 26(2): 78-92, 2558.
- มาลี สบายยิ่ง. “ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของ เยาวชนชายอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา”, **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ**. 2(2): กรกฎาคม – ธันวาคม, 2552.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ. “การทบทวนวรรณกรรม: กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส”, **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 5(3):13-24; กันยายน – ธันวาคม, 2556.
- รักชนก ปวงจักรทา. **การรับรู้ตนเองและทักษะชีวิตของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จากครรภ์มารดา และมารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- รัชนิ เสนาน้อย และเสาวคนธ์ วีระศิริ. “ความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดเชื้อ”, **วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์**. 39(4): 120-128; ตุลาคม – ธันวาคม, 2562.
- รัชนิกร ไช่หิน และคณะ. “ผลของการเสริมพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง ในเยาวชน/เอดส์”, **พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. 39(3): 38-50; กรกฎาคม – กันยายน, 2555.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. **นโยบายสาธารณะ**. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์, 2550.
- ลัดดา พลพุดา. **พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
- วรารณ บัญเชียง. “ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น”, **วารสารสภาการพยาบาล**. 28(1): 124-137; มกราคม – มีนาคม, 2556.
- วรารณ อุดมความสุข และคณะ “Barriers to HIV Treatment Adherence among Thai Youth Living with HIV/AIDS: A Qualitative Study”, **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**. 18 (3): 203-215; กรกฎาคม – กันยายน, 2557.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. “การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์”, ใน **สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ**. พิระมณ นิงสานนท์ และคณะ บรรณาธิการ. น. 9 – 20. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
- วันเพ็ญ พูลเพิ่ม. **การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยใช้การสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- วารินทร์ บินโฮเซ็น, ทิปปา แจ่มกระจ่าง. “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์”, **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. 21(1): 65-79; มกราคม – เมษายน, 2556.
- สงวนศักดิ์ วิเศษกุล. “การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ รพ.วังหิน จ.ศรีสะเกษ”, **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 2(1): 732 - 737; มกราคม - มีนาคม, 2551.
- สมนึก สังฆานุภาค. “พยาธิวิทยากำเนิดของการดื้อยาต้านเอชไอวีการดื้อยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก”, ใน **การดื้อยาต้านเอชไอวีหลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก**. สมนึก สังฆานุภาค และคณะ บรรณาธิการ. น. 1 – 12. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2551.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สมิตานัน หยงสตาร์. (2563). “เอชไอวี/เอดส์: คนรุ่นใหม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีเผยอุปสรรคในชีวิตการทำงานของคนเลือบวก”, <https://www.bbc.com/thai/thailand-55172053>. 6 ตุลาคม, 2564.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). “ข้อมูลทางระบาดวิทยา”, **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์**. http://epid.moph.go.th/epi_aids.html. 28 มีนาคม, 2564.
- _____. (2561). “ข้อมูลทางระบาดวิทยา”, **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์**. http://epid.moph.go.th/epi_aids.html. 30 มีนาคม, 2564.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. **แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2560
- สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา. “การเปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการ และความถูกต้องของการได้รับยา ก่อนและหลัง การพัฒนาระบบบริการแบบจัดกลุ่มผู้รับบริการ ตามสูตรยาของคลินิกผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด”, **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 30(2): 123–132; เมษายน – มิถุนายน, 2556.
- สุคนธา คงศีล และคณะ. (2554) “การเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า”, **คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)**. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3445?locale-attribute=th>. 28 กันยายน, 2563.
- สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ และคณะ. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจังหวัดที่ติดชายแดนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 7(2):55- 64; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2557.
- สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ และคณะ. “พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส เอชไอวี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง”, **พยาบาลสาร**. 40(พิเศษ): 1-13; มกราคม, 2556.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สุวรรณ บัญยะลีพรรณ และคณะ. “รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์”, **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 18(2): 12- 18; กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม, 2554.
- เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณ บัญยะลีพรรณ. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในโรงพยาบาลชุมชน”, **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 6(3): 140 – 147; กันยายน – ธันวาคม, 2556.
- ไสว ตันทวุธ และคณะ. “ผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอต่อความร่วมมือและความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ”, **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 25(4): 697 – 703; กรกฎาคม – สิงหาคม, 2559.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. **รายงานฉบับย่อ วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ, 2557.
- อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการให้บริการสนับสนุนการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคอีสาน ประเทศไทย”, **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1**. 16(2): 18-37; กรกฎาคม – ธันวาคม, 2561.
- อัญญา ปลดเปลื้อง. “การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา”, **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 23(2): 1-10; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2556.
- Amzel, A. and et al. “Promoting a Combination Approach to Paediatric HIV Psychosocial Support”, **AIDS**. 27(2): 147-157; November, 2013.
- Bopp, K. and et al. “Behavior Predictors of Language Development Over 2 Years in Children With Autism Spectrum Disorders”, **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**. 52(5): 1106-1120; October, 2009.
- Creswell, JD. and et al. “Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. **Brain Behav Immunity**. 23(2): 184-188; February, 2009.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Dean, A.J. and et al. “Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication”, **Journal of Paediatrics and Child Health**. 47(6): 350-355; June, 2011.
- Ibeneme, S. and et al. “Impact of physical exercises on immune function, bone mineral density, and quality of life in people living with HIV/AIDS: a systematic review with meta-analysis”, **BMC Infectious Diseases**. 19(1); April, 2019.
- Kerrigan, D. and et al. “Mindfulness, Mental Health and HIV Outcomes Among Female Sex Workers in the Dominican Republic and Tanzania”, **AIDS and Behavior**. 25(9): 2941–2950; January, 2021.
- Kiertiburanakul, S. “Prevalence of Primary HIV Drug Resistance in Thailand Detected by Short Reverse Transcriptase Genotypic Resistance Assay”, **PLOS ONE**. 11(2): e0147945, 2006.
- Koech, E. and et al. “Characteristics and outcomes of HIV-infected youth and young adolescents enrolled in HIV care in Kenya”, **AIDS**. 28(18): 2729-2738; November, 2014
- Luseno, W.K. and et al. “Experiences along the HIV care continuum: perspectives of Kenyan adolescents and caregivers”, **African Journal of AIDS Research**. 16(3): 241-250; September, 2017.
- McBride, K. and et al. “ART Adherence Among Malawian Youth Enrolled in Teen Clubs: A Retrospective Chart Review”, **AIDS and Behavior**. 23(9): 2629–2633; July, 2019
- Chesney, M. “Adherence to HAART regimens”, **AIDS Patient Care STDS**. 17(4): 169–177; April, 2003.
- Mutumba, M. and et al. “Perceptions of strategies and intervention approaches for HIV self-management among Ugandan adolescents: a qualitative study”, **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**. 18(23): 1 – 8; January, 2019.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Nyogea, D. and et al. “Determinants of antiretroviral adherence among HIV positive children and teenagers in rural Tanzania: a mixed methods study”, **BMC Infect Dis.** 31(1): 15 – 28; January, 2015.
- Parienti, JJ. and et al. “**Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis**”, **Clin Infect Dis.** 15(48): 484-488; Febuary, 2009.
- Paterson, D. and et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV Infection. **Annals of Internal Medicine.** 133(1): 21-30; July, 2020.
- Pender, N and et a. **Health Promotion in Nursing Practice.** 4th ed. New Jersey: Pearson Education, 2020.
- Rehm, K. and Konkle-Parker, D. “Association of CD4+ T cell subpopulations and psychological stress measures in women living with HIV”, **AIDS Care.** 29(9): 1107-1111; January, 2017.
- Ross-Degnan, D and et al. “Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings: the clinical validity of key indicators”, **BMC Health Services Research.** 10(1): 42; Febuary, 2010.
- Mannheimer, SB. “The CASE adherence index: A novel method for measuring adherence to antiretroviral therapy”, **AIDS CARE.** 18(7): 853-861; October, 2006.
- UNAIDS. **Global HIV & AIDS statistics.** <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. July 23, 2020.
- Weiden, A. **How to Form Good Habits? A Longitudinal Field Study on the Role of Self-Control in Habit Formation.** **Frontiers in Psychology.** 11: 560, 2020.
- Weinstein, T. and Li, X. “The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: a systematic review of the global literature”, **AIDS Care.** 28(2): 160-169; March, 2015.
- World Health Organization. (2016). “Clinical Guidelines 2016”, **Antiretroviral Therapy 2016.** <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>. November 20, 2020

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). **Global summary of the AIDS epidemic 2009**. http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.png. December 5, 2020.
- ZUMA, K. “Risk factors of sexually transmitted infections among migrant and non-migrant sexual partnerships from rural South Africa”, **Epidemiology and Infection**. 133(3): 421-428, 2005.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

1. แบบสอบถาม

แบบสอบถามเลขที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถาม เรื่อง มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับ มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเยาวชนต่อไป ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อท่าน จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

- | | | |
|-----------|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 | คุณลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพของผู้ป่วย) | จำนวน 13 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | ประสบการณ์การรักษา
(ข้อ4-9 ผู้วิจัยกรอกข้อมูลเอง) | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย | จำนวน 57 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว | จำนวน 19 ข้อ |

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลของท่านมา ณ ที่นี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพของผู้ป่วย)

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี

4. อาชีพ

☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ พนักงานบริษัทเอกชน

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ เกษตรกร

☐ รับจ้าง

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/รายได้นักเรียนจากผู้ปกครอง บาท

6. ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง

☐ ไม่มี

☐ บิดา, มารดา

☐ บุตร, ธิดา

☐ญาติพี่น้อง

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

7. สถานภาพการมีคู่

☐ โสด

☐ สมรส

☐ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

☐ มีคู่รัก

8. รสนิยมทางเพศของท่าน

☐ ชอบต่างเพศ

☐ ชอบเพศเดียวกัน

☐ ชอบทั้งสองเพศ

☐ อื่นๆระบุ.....

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ ชำระเงินเอง | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ บัตรทองในเขต | ☐ บัตรทองนอกเขต |
| ☐ ข้าราชการจ่ายตรง | ☐ ข้าราชการ อปท. |
| ☐ สิทธิคนไข้ต่างด้าว | ☐ อื่นๆระบุ..... |

10. เวลาที่ทำงาน

- | | |
|--|---|
| ☐ เวลาปกติ | ☐ เข้ากะ เข้า บ่าย ดึก |
| ☐ เวลาไม่แน่นอน | ☐ อื่นๆระบุ |

11. การออกกำลังกาย

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่เคยออกกำลังกายเลย | |
| ☐ ออกกำลังกาย | ถ้าออกกำลังกาย โปรดระบุ ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน |
| | ☐ ทุกวัน ☐ 1-3 วัน/สัปดาห์ ☐ 4-6 วัน/สัปดาห์ |

12. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร

- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ ไม่กิน | |
| ☐ กิน | ➡ ถ้าท่านกิน โปรดระบุ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ท่านกิน คือ
สมุนไพรหรือสารสกัดต่าง ๆ ที่ท่านกิน คือ |

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการรักษา

1. การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | |
|--|
| ☐ เปิดเผยแก่ทุกคน |
| ☐ เปิดเผยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน |
| ☐ เปิดเผย เฉพาะคนในครอบครัว |
| ☐ เปิดเผยเฉพาะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... |

2. ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี จนถึงปัจจุบัน รวมทั้งสิ้น.....ปี

3. ระยะเวลาการรักษาที่เริ่มกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

โปรดระบุสัปดาห์ หรือ.....เดือน หรือ.....ปี

(ส่วนนี้ ผู้วิจัยกรอกข้อมูลเอง)

4. สูตรยาที่ได้รับ (วันที่สัมภาษณ์) (ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน)

- | | |
|---|---|
| ☐ AZT+3TC+EFV | ☐ TENO-EM + EFV |
| ☐ AZT+TDF+EFV | ☐ TDF+3TC+ EFV |
| ☐ GPO-vir Z 250® | ☐ TDF+FTC+ EFV (TEEVIR®) |
| ☐ TDF+3TC+RPV | ☐ อื่น ๆ..... |

5. อาการแพ้และผลข้างเคียงจากยา (จากเวชระเบียน และการซักประวัติ)

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี

6. ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (จากเวชระเบียน และการซักประวัติ)

- | | |
|--|--|
| ☐ เชื้อราในปาก | ☐ ปอดอักเสบ |
| ☐ ไข้เรื้อรัง | ☐ วัณโรค |
| ☐ อูจจาระร่วงเรื้อรัง | ☐ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ |
| ☐ ผิวหนังอักเสบเรื้อรัง | ☐ อื่น ๆ (ระบุ) |

7. การเกิดโรคร่วม/โรคเรื้อรังอื่นๆ/โรคประจำตัว (จากเวชระเบียน และการซักประวัติ)

- | | |
|--------------------------------|---|
| ☐ ไม่มี | ☐ มี หากมี โปรดระบุ โรคประจำตัวเรื้อรังที่ท่านเป็น |
| | ☐ โรคความดันโลหิตสูง |
| | ☐ โรคเบาหวาน |
| | ☐ ภาวะไขมันในเลือดสูง |
| | ☐ โรคหัวใจ |
| | ☐ โรคไต |
| | ☐ อื่นๆ ระบุ |

8. ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (จากเวชระเบียน และการซักประวัติ)

- ☐ รับประทานยาสม่ำเสมอ
- ☐ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (เหตุผลเพราะ)

- Medication adherence (การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ).....% ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา (ได้รับยาต้านไวรัสครบ 180 วัน คิดเป็น 100 %)

9. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CD4 cell count, Viral load)(จากเวชระเบียน)

- ระดับ CD4 ครั้งแรก(ก่อนรับยาด้าน) Cell/mm3 (.....%)ว.ด.ป.ที่ตรวจ
- ระดับ CD4 ครั้งล่าสุด.....Cell/mm3 (.....%)ว.ด.ป.ที่ตรวจ
- ระดับปริมาณไวรัสในเลือด ก่อนได้รับยาด้านไวรัส(VL =.... copies/ml)ว.ด.ป.ที่ตรวจ....
- ระดับปริมาณไวรัสในเลือด ครั้งล่าสุดที่ตรวจ (VL =.....copies/ml)ว.ด.ป.ที่ตรวจ.....

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับกรกระทำตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว และเติมคำในช่องว่าง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ก. ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส :

- การได้รับยาต้านไวรัส

1. ท่านจดจำยาต้านไวรัสแต่ละตัวที่รับประทานได้ (เช่น ลักษณะของเม็ดยา สี หรือชื่อของยา)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. จำไม่ได้เลย | ☐ 2. จำได้ถูกต้องเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. จำได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ | ☐ 4. จำได้ถูกต้องทุกครั้ง |

2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลา

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ปฏิบัติไม่ได้เลย | ☐ 2. ปฏิบัติได้นานๆ ครั้ง |
| ☐ 3. ปฏิบัติได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. ปฏิบัติได้ทุกครั้ง |

3. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ถูกต้องเลย | ☐ 2. ถูกต้องเป็นบางมื้อ |
| ☐ 3. ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ | ☐ 4. ถูกต้องทุกมื้อ |

4. ท่านแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสของท่าน

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. แก้ไขไม่ได้เลย | ☐ 2. แก้ไขได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. แก้ไขได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. แก้ไขได้ทุกครั้ง |

5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติทางด้านร่างกายจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. สังเกตไม่ได้เลย | ☐ 2. สังเกตได้บางครั้ง |
| ☐ 3. สังเกตได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. สังเกตได้ทุกครั้ง |

6. เมื่อท่านพบอาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น มีฝ้าขาวในปาก มีไข้สูง ท้องเดิน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ(สำหรับท่านที่ยังไม่เคยมีอาการผิดปกติ ในอนาคตหากเกิดความผิดปกติเกิดขึ้นท่านจะปฏิบัติเช่นไร)

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ไปปรึกษาเลย | ☐ 2. ไปปรึกษาบางครั้ง |
| ☐ 3. ไปปรึกษาบ่อยครั้ง | ☐ 4. ไปปรึกษาทุกครั้ง |

7. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสได้

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. สังเกตไม่ได้เลย | ☐ 2. สังเกตได้บางครั้ง |
| ☐ 3. สังเกตได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. สังเกตได้ทุกครั้ง |

8. เมื่อท่านพบผลข้างเคียงขณะได้รับยาต้านไวรัส เช่น มีผื่นตามร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน ท่านไปรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์สุขภาพ

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ไปปรึกษาเลย | ☐ 2. ไปปรึกษาบางครั้ง |
| ☐ 3. ไปปรึกษาบ่อยครั้ง | ☐ 4. ไปปรึกษาทุกครั้ง |

9. ท่านไปตรวจตามนัด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ไม่ไปตรวจตามนัด | ☐ 2. ไปตรวจตามนัดนาน ๆ ครั้ง |
| ☐ 3. ไปตรวจตามนัดบ่อยครั้ง | ☐ 4. ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง |

10. เมื่อท่านทราบผลการตรวจ ท่านวางแผนปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผลการตรวจได้

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. วางแผนไม่ได้เลย | ☐ 2. วางแผนได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. วางแผนได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. วางแผนได้ทุกครั้ง |

11. ท่านปรับพฤติกรรม (เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย) ให้สอดคล้องกับผลการตรวจได้

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ปรับไม่ได้เลย | ☐ 2. ปรับได้บางครั้ง |
| ☐ 3. ปรับได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. ปรับได้ทุกครั้ง |

- การป้องกันโรคแทรกซ้อน

12. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย | ☐ 2. หลีกเลี่ยงได้บางครั้ง |
| ☐ 3. หลีกเลี่ยงได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. หลีกเลี่ยงได้ทุกครั้ง |

13. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคปอด

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย | ☐ 2. หลีกเลี่ยงได้บางครั้ง |
| ☐ 3. หลีกเลี่ยงได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. หลีกเลี่ยงได้ทุกครั้ง |

14. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมายังท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือห่าน

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย | ☐ 2. หลีกเลี่ยงได้บางครั้ง |
| ☐ 3. หลีกเลี่ยงได้บ่อยครั้ง | ☐ 4. หลีกเลี่ยงได้ทุกครั้ง |

15. ท่านรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน

- ☐ 1. ไม่ปฏิบัติเลย ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางวัน
☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ☐ 4. ปฏิบัติทุกวัน

16. ท่านรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน

- ☐ 1. ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย ☐ 2. ปฏิบัติถูกต้องเป็นบางวัน
☐ 3. ปฏิบัติถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ☐ 4. ปฏิบัติถูกต้องทุกวัน

17. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของท่าน

- ☐ 1. มีปัญหาการขับถ่ายทุกครั้ง ☐ 2. มีปัญหาการขับถ่ายเป็นส่วนใหญ่
☐ 3. มีปัญหาการขับถ่ายเป็นบางครั้ง ☐ 4. ขับถ่ายตามปกติอย่างสม่ำเสมอ

18. ท่านนอนหลับได้เพียงพอทุกคืน

- ☐ 1. นอนหลับไม่เพียงพอเลย ☐ 2. นอนหลับเพียงพอเป็นบางครั้ง
☐ 3. นอนหลับเพียงพอเป็นส่วนใหญ่ ☐ 4. นอนหลับเพียงพอทุกคืน

- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

19. ท่านมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (ภายหลังทราบว่าติดเชื้อ)

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์)
- ☐ 1. ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย
☐ 2. ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง
☐ 3. ใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่
☐ 4. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

20. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียวหรือไม่ (ภายหลังทราบว่าติดเชื้อ)

- ☐ 1. ไม่มีคู่นอน ☐ 2. มีคู่นอนเพียงคนเดียว
☐ 3. มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ☐ 4. มีคู่นอนมากกว่า 2 คน

21. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่เป็นป้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปชักล้างหรือ กำจัดทิ้ง

- ☐ 1. ไม่ปฏิบัติเลย ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
☐ 3. ปฏิบัติบ่อยครั้ง ☐ 4. ปฏิบัติทุกครั้ง

22. ท่านแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) อย่างไร

- ☐ 1. ไม่ได้แยกใช้เลย ☐ 2. แยกใช้เป็นบางครั้ง
- ☐ 3. แยกใช้บ่อยครั้ง ☐ 4. แยกใช้ทุกครั้ง

23. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณที่ดื่ม)

- ☐ 1. ดื่มทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) (ระบุปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/วัน)
- ☐ 2. ดื่มน้อย (4-6 วันต่อสัปดาห์) (ระบุปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/วัน)
- ☐ 3. ดื่มนานๆ ครั้ง (เช่น ไปงานหรือมีเทศกาล) (ระบุปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/ครั้ง)
- ☐ 4. ไม่ดื่มเลย

24. ท่านสูบบุหรี่ (ระบุปริมาณที่สูบ)

- ☐ 1. สูบทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) (ระบุปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน)
- ☐ 2. สูบน้อยๆ (4-6 วันต่อสัปดาห์) (ระบุปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน)
- ☐ 3. สูบนานๆ ครั้งเช่นเมื่อไปงานหรือเข้าสังคม (ระบุปริมาณที่สูบ.....มวน/ครั้ง)
- ☐ 4. ไม่สูบเลย

ข. ด้านการออกกำลังกาย

25. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดีเพียงใด

- ☐ 1. ปฏิบัติไม่ได้เลย ☐ 2. ปฏิบัติได้ดีตามปกติเป็นบางวัน
- ☐ 3. ปฏิบัติได้ดีตามปกติเป็นส่วนมาก ☐ 4. ปฏิบัติได้ดีตามปกติทุกวัน

26. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวัน

- ☐ 1. ออกกำลังกายนานๆ ครั้งหรือไม่ออกกำลังกายเลย
- ☐ 2. ออกกำลังกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง / สัปดาห์
- ☐ 3. ออกกำลังกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง / สัปดาห์
- ☐ 4. ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง / สัปดาห์

27. เมื่อท่านออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านปฏิบัติอย่างไร

- ☐ 1. งดการออกกำลังกายประเดี๋ยวหนึ่งเลย ☐ 2. ออกกำลังกายต่อไปตามปกติ
- ☐ 3. งดออกกำลังกายในวันนั้นไปก่อน ☐ 4. พักทันที

28. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทย์/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางวัน |
| ☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติทุกวัน |

ค. ด้านการโภชนาการ

29. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อ

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางวัน |
| ☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติทุกวัน |

30. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ตรงตามเวลาเลย | ☐ 2. ตรงตามเวลาเป็นบางวัน |
| ☐ 3. ตรงตามเวลาเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ตรงตามเวลาทุกวัน |

31. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ๆ บ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้เลือกเลย | ☐ 2. เลือกเป็นบางมื้อ |
| ☐ 3. เลือกเป็นส่วนมาก | ☐ 4. เลือกทุกมื้อ |

32. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้ว

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางวัน |
| ☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติทุกวัน |

33. เมื่อมีการชั่งน้ำหนักตัว ท่านจะเปรียบเทียบกับการชั่งครั้งก่อน

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่เปรียบเทียบเลย | ☐ 2. เปรียบเทียบเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. เปรียบเทียบเป็นส่วนมาก | ☐ 4. เปรียบเทียบทุกครั้ง |

34. เมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงท่านปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ปรับเปลี่ยนเลย | ☐ 2. ปรับเปลี่ยนเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรับเปลี่ยนเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปรับเปลี่ยนทุกครั้ง |

35. เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสม

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปรึกษาเลย | ☐ 2. ปรึกษาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรึกษาเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปรึกษาทุกครั้ง |

ง. ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

36. ท่านปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ปฏิบัติไม่ได้เลย | ☐ 2. ปฏิบัติได้ดีเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปฏิบัติได้ดีบ่อยครั้ง | ☐ 4. ปฏิบัติได้ตัวอย่างสม่ำเสมอ |

37. ท่านไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ไปมาหาสู่กันเลย | ☐ 2. ไปมาหาสู่กันเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ไปมาหาสู่กันบ่อยครั้ง | ☐ 4. ไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ |

38. ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ไปมาหาสู่กันเลย | ☐ 2. ไปมาหาสู่กันเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ไปมาหาสู่กันบ่อยครั้ง | ☐ 4. ไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ |

39. ทุกครั้งที่มีกิจกรรม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดีบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ไม่ได้เข้าร่วมเลย | ☐ 2. เข้าร่วมเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. เข้าร่วมบ่อยครั้ง | ☐ 4. เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ |

40. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวหรือไม่

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปรึกษาเลย | ☐ 2. ปรึกษาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรึกษาเป็นส่วนใหญ่ | ☐ 4. ปรึกษาทุกครั้ง |

41. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคนที่ท่านไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) หรือไม่

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปรึกษาเลย | ☐ 2. ปรึกษาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรึกษาเป็นส่วนใหญ่ | ☐ 4. ปรึกษาทุกครั้ง |

42. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านปรึกษากับคู่รักหรือไม่

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปรึกษาเลย | ☐ 2. ปรึกษาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรึกษาเป็นส่วนใหญ่ | ☐ 4. ปรึกษาทุกครั้ง |

43. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้แสวงหาเลย | ☐ 2. แสวงหาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. แสวงหาบ่อยครั้ง | ☐ 4. แสวงหาทุกครั้ง |

44. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกับท่านบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้แสวงหาเลย | ☐ 2. แสวงหาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. แสวงหาบ่อยครั้ง | ☐ 4. แสวงหาทุกครั้ง |

45. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้งเพียงใด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้รับเลย | ☐ 2. ได้รับเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ได้รับบ่อยครั้ง | ☐ 4. ได้รับทุกครั้ง |

จ. ด้านจิตวิญญาณ

46. ท่านดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย

- | |
|---|
| ☐ 1. ดำเนินชีวิตอย่างไม่มีจุดมุ่งหมาย |
| ☐ 2. ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นส่วนมาก |
| ☐ 4. ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายสม่ำเสมอ |

47. ท่านได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น

- | |
|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่นเลย |
| ☐ 2. ได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่นเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่นเป็นส่วนมาก |
| ☐ 4. ได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ |

48. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้ดี

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ยอมรับไม่ได้เลย | ☐ 2. ยอมรับได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ยอมรับได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ยอมรับได้อย่างสม่ำเสมอ |

49. ท่านทำงานบ้าน เรียนหนังสือ หรือประกอบอาชีพได้ดี

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ทำไม่ได้เลย | ☐ 2. ทำได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ทำได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ทำได้อย่างสม่ำเสมอ |

50. ท่านประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ |

51. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาเช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ☐ 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปฏิบัติเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ |

52. ท่านสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจดี

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ทำไม่ได้เลย | ☐ 2. ทำได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ทำได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ทำได้อย่างสม่ำเสมอ |

จ. ด้านการจัดการกับความเครียด

53. ท่านยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ยอมรับไม่ได้เลย | ☐ 2. ยอมรับได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ยอมรับได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ยอมรับได้อย่างสม่ำเสมอ |

54. ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไปเที่ยวผับ/บาร์)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ทำไม่ได้เลย | ☐ 2. ทำได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ทำได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ทำได้อย่างสม่ำเสมอ |

55. เมื่อท่านทำสิ่งใดๆ ท่านทำตามกำลังไม่เร่งรัดให้เสร็จโดยเร็ว

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ปฏิบัติไม่ได้เลย | ☐ 2. ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปฏิบัติได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ |

56. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนัก

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. จัดการไม่ได้เลย | ☐ 2. จัดการได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. จัดการได้เป็นส่วนมาก | ☐ 4. จัดการได้อย่างสม่ำเสมอ |

57. เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ท่านปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่งช่วยเหลือการจัดการกับความเครียดนั้น

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ปรึกษาเลย | ☐ 2. ปรึกษาเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. ปรึกษาเป็นส่วนมาก | ☐ 4. ปรึกษาทุกครั้ง |

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

จากประโยคต่อไปนี้ ให้ท่านเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวแล้วทำเครื่องหมาย X ลงใน
กระดานคำตอบ

คำถาม	ตัวเลือก		
1. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องผอม ผิวดำ มีตุ่มขึ้นตามผิวหนัง	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
2. ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องกินยาต้านไวรัสทันทีที่ติดเชื้อเอชไอวี	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
3. ในระยะที่ไม่แสดงอาการ ผู้มีเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
4. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะเกิดเมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
5. ผู้มีเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
6. ผู้มีเชื้อที่ถึงแม้มีสุขภาพแข็งแรง ควรมารับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อย่างน้อยทุก 6 เดือน	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
7. หากรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหายแล้ว จะไม่กลับมาเป็นอีก	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
8. ผู้มีเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้พร้อมกันมากกว่า 1 โรค	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
9. เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หากได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม อาจส่งผลให้เกิด การดื้อยาต้านไวรัสได้	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
10. การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผลต่อความเสี่ยงที่จะรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
11. หากแม่มีเชื้อเอชไอวีจะทำให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีด้วยทุกราย	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
12. ผู้มีเชื้อเมื่อคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆแล้ว ต้องใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปด้วยเสมอ	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
13. หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยาต้านไวรัส	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

คำถาม	ตัวเลือก		
ต้องกินยาให้หมดก่อนแล้วค่อยพบแพทย์			
14. การกินยาด้านไวรัสอย่างไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เชื้อไวรัสดื้อยาได้	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
15. การกินยาด้านไวรัสต้องกินเป็นประจำต่อเนื่องทุกวัน แต่ในแต่ละวัน สามารถปรับเวลากินได้ตามความจำเป็น	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
16. หากรู้สึกว่าคุณเองแข็งแรงดี สามารถหยุดกินยาด้านไวรัสได้ทันที	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
17. ยาด้านไวรัสเป็นยาที่ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด เพื่อให้ภูมิคุ้มกันสามารถควบคุมเชื้อโรคต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
18. เมื่อเริ่มกินยาด้านไวรัสแล้วต้องกินอย่างต่อเนื่อง และตลอดชีวิตไม่สามารถหยุดยาเองได้	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
19. ยาด้านไวรัส ต้องรับประทานทุกวัน ตรงเวลา สม่ำเสมอ	ก.ถูก	ข.ผิด	ค.ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลของท่านมา ณ ที่นี้

แบบสอบถามเชิงคุณภาพ

คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) จำนวน 8 ข้อ โดยผ่านการพิจารณาและให้คำแนะนำ ของข้อคำถามกับคำถามการวิจัยจากที่ปรึกษางานวิจัย เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยข้อคำถามกึ่งโครงสร้างทั้ง 8 ข้อ ได้แก่

1. ขอให้ท่านเล่าข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง (เช่นการกล่าวทักทาย ชวนคุยเรื่องการเดินทางมาลำบากไหม สุขภาพทั่วไปเป็นยังไงบ้าง มีครอบครัวแล้วยัง มีลูกไหม ก็คน ภรรยาอยู่ด้วยกันไหม ภรรยาติดเชื้อไหม อยู่กับพ่อแม่หรือแยกบ้านอยู่) – เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ให้รู้สึกคุ้นเคย ไว้วางใจ

.....

.....
2. ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษา (ยาที่ได้ การเข้าถึงยา การมารับยา การลาหยุดงานมารับยา การรับประทานยาด้านไวรัสให้ตรงเวลา ใช้วิธีเตือนความจำอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ การรับยาสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือกเพิ่ม ค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นมา พบปัญหาอะไรไหม ปัจจัยที่ทำให้รับประทานยาได้สำเร็จตรงเวลา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการรับประทานยา เช่น สถานที่ เวลา การพกยา มีปัญหาอย่างไรไหม)

.....

.....
3. ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทาน อาหาร โภชนาการ ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันตนเอง จากสิ่งที่เป็อันตราย พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี

.....

.....
4. ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว เช่น
 - โรคเอดส์ สามารถแพร่กระจายเชื้อทางใดได้บ้าง
 - วิธีการรับประทานยาด้านไวรัส
 - ความสำคัญของการกินยาให้ตรงเวลา ห้ามขาดยา
 - ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยา
 - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหมายถึง

5. คิดว่าเป้าหมายในอนาคตเราจะเป็นอย่างไร เช่นในเรื่องการเรียน อาชีพ ฐานะ จะมีการเปลี่ยนแปลงอะไร/อย่างไรไหม

.....

6. เมื่อมีปัญหาในชีวิต ท่านมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร และท่านนึกถึงใคร ที่จะสามารถช่วยเหลือท่านได้

.....

7. ขอให้ท่านเล่าถึง รูปแบบการให้บริการ คลินิกการให้คำปรึกษา หรือการปรับปรุงการให้บริการที่ท่านต้องการ/ ความต้องการการสนับสนุนจากรัฐบาล อื่น ๆ / การสนับสนุนจากสังคม

.....

8. ถ้ามีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์กับเยาวชนอื่น ๆ ที่ยังไม่ติดเชื่อ หรือผู้ป่วย อยากบอกอะไรบ้าง/ขอแนะนำกับผู้อื่น

.....

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือชี้แจง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี
ชื่อผู้วิจัย.....นางกาญจนา ตรีจันทร์.....

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ เลขที่ 300 หมู่ 3 ต.ไธสง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์: 062-4761615 E-mail kanjana.tr.62@ubu.ac.th
ผู้ให้ทุนทุนมูลนิธิ อาจารย์เกษม ปิงศรีวงศ์.....

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นให้เพื่อทราบถึง มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงมุมมองต่อปัญหาและอุปสรรคในการรักษาด้วยยาพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเอชไอวี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มเยาวชน ที่ได้รับยาต้านไวรัสอยู่ในสูตรการรักษาจากโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 22 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่วันที่ เมษายน 2564 – ธันวาคม 2564

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. เมื่ออาสาสมัครยินยอมให้เข้าถึงข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนโรงพยาบาล
2. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยมาติดตามการรักษาตามปกติที่คลินิกบริการในช่วงเดือน เมษายน 2564 – ธันวาคม 2564 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถาม โดยใช้ปากกาในเขียนรายละเอียด ในช่วงที่รอตรวจติดตามการรักษา หรือช่วงที่รอรับยาที่คลินิกบริการ(คลินิกผู้ป่วยติดเชื้อ HIV) โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ภายในห้องรับรองที่ผู้วิจัยได้เตรียมห้องไว้ เป็นห้องส่วนตัว

3. ผู้วิจัยจะทำการเข้าถึงข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อขอทราบข้อมูลสูตรยาที่ผู้ป่วยใช้ใน ปัจจุบัน และระดับ CD4 count, Viral load ล่าสุดของผู้ป่วย โดยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่ม ข้อมูลใดๆในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4. การปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นการดูแลตามมาตรฐานปกติ ต่างกันเพียงแค่เพิ่มการเก็บข้อมูลผ่าน แบบสอบถามในช่วงที่รอตรวจติดตามการรักษา หรือช่วงที่รอรับยาที่คลินิกบริการในวันและเวลาที่ ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามปกติ และสัมภาษณ์ภายในห้องรับรองที่เตรียมไว้เป็นส่วนตัว เพื่อ บันทึกลงเสียงขณะสัมภาษณ์

5. ใช้การเก็บข้อมูล 1 ครั้งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 ท่าน

6. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะ

7. การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ซึ่งจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาก็จะมีการตั้งรหัส เพื่อเข้าถึงข้อมูลนั้นและผู้วิจัยเป็นผู้ทราบรหัสนั้นเพียงผู้เดียวเช่นกัน

8. ข้อมูลเหล่านี้จะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี และจะทำลายข้อมูลเหล่านี้โดยแบบเก็บจะถูก ทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ส่วนข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะถูกลบจากคอมพิวเตอร์ทั้งหมด

9. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีโอกาสได้รับการกระทบต่อจิตใจจากคำถามในแบบสอบถาม และผู้ป่วย อาจมีความกังวลใจ หากมีข้อมูลในแบบสอบถามรั่วไหล ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หาก ท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการรักษา

- ผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจได้เข้ารับการตรวจ หรือได้รับยาช้าลง หากมีการใช้เวลา ในการทำ แบบสอบถามนานหรือมีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากในวันนั้น

- หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค ของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางได้รับยาด้านเชื้อไวรัส ตามมาตรฐานและแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย

- หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่องานของท่านเกิดขึ้นระหว่างการ วิจัย ท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวกับการวิจัย หรือ หากเกิดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางกาญจนา ตรีนันท์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ หมายเลขโทรศัพท์ 062-4761615 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด
- โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อสำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย สำหรับอาสาสมัคร อายุ 15-17 ปี/ผู้ปกครอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ

เด็กในปกครองของข้าพเจ้า อายุ ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่
..... ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เด็กในปกครองของข้าพเจ้าขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง
(ชื่อโครงการภาษาไทย) มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อผู้วิจัย นางกาญจนา ตรีจันทร์

สถานที่ทำวิจัย คลินิก 1 โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ญ.กาญจนา ตรีจันทร์

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย หรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างการวิจัย สามารถติดต่อกับ
ผู้วิจัยได้ที่ .ญ.กาญจนา ตรีจันทร์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
โทร 045- 319311 หรือ โทร 062-4761615

เด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่จะ
ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว โดยขอให้
ผู้วิจัยงดการเปิดเผยชื่อ ประวัติ ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็กในปกครองของข้าพเจ้า แก่ผู้อื่น
ได้รับทราบแต่จะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้แทน

(.....) โดยชอบธรรม(ระบุความเกี่ยวข้อง)

ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย/ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย (กรุณาวางกลมข้อความที่ท่านมีความประสงค์)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

สมุดบันทึกการกินยาต้านไวรัส

สมุดประจำตัวผู้ป่วย

รพ. ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ Tel. 045-319300,319311(ห้องยา)

AP.NO...../.....

ชื่อ..... HN.....

อายุ.....ปี ที่อยู่.....

สิทธิการรักษา

☐

บัตรทอง

☐

ประกันสังคม รพ.

☐

อื่น ๆ ระบุ.....

โปรดนำสมุดประจำตัวและยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง ที่มารับบริการ

สมุดประจำตัวผู้ป่วย

รพ. ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ Tel.045-319300,319311(ห้องยา)

AP.NO...../.....

ชื่อ..... HN.....

อายุ.....ปี ที่อยู่.....

สิทธิการรักษา

☐

บัตรทอง

☐

ประกันสังคม รพ.

☐

อื่น ๆ ระบุ.....

โปรดนำสมุดประจำตัวและยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง ที่มารับบริการ

โภชนาการสำหรับผู้ป่วย

1. รับประทานอาหารที่สด สะอาด และปรุงสุกใหม่ ๆ
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส
3. ผัก ผลไม้ควรล้างให้สะอาด
4. ดื่มน้ำที่สะอาด
5. ควรล้างมือก่อนทำอาหาร และรับประทานอาหารทุกครั้ง

โภชนาการสำหรับผู้ป่วย

1. รับประทานอาหารที่สด สะอาด และปรุงสุกใหม่ ๆ
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส
3. ผัก ผลไม้ควรล้างให้สะอาด
4. ดื่มน้ำที่สะอาด
5. ควรล้างมือก่อนทำอาหาร และรับประทานอาหารทุกครั้ง

การสำรวจร่างกายตนเองขณะกินยา

1. ถ้าอ้วนมากขึ้น มีไขมันพอกหน้าขึ้นเฉพาะส่วน เช่น หน้าอก หน้าท้อง หรือ ต้นคอหรือไม่
2. ถ้าผอมลง มีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว 5-10 กก. ใน 1 เดือน หรือไม่
3. การมองเห็นของตาทั้ง 2 ข้าง เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่
4. มีเชื้อราในปาก แผลร้อนใน เริ่ม หรือไม่
5. ต่อม้ำเหลืองที่คอ 2 ด้าน รักแร้ หรือขาหนีบ คลำได้ และกดเจ็บ หรือไม่
6. ท้องโตผิดปกติ จากการที่ตับ ม้าม หรือต่อม้ำเหลืองในช่องท้องโต หรือไม่
7. แขนขาอ่อนแรง การรับรู้ร้อนหนาว เจ็บปวดลดลง ชา ปลายมือ/เท้า หลงลืม ความจำเสื่อม หรืออารมณ์แปรปรวน หรือไม่
8. มีแผล ตุ่มคัน หรือผิวหนังหลุดลอกหรือไม่

การสำรวจร่างกายตนเองขณะกินยา

1. ถ้าอ้วนมากขึ้น มีไขมันพอกหน้าขึ้นเฉพาะส่วน เช่น หน้าอก หน้าท้อง หรือ ต้นคอหรือไม่
2. ถ้าผอมลง มีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว 5-10 กก. ใน 1 เดือน หรือไม่
3. การมองเห็นของตาทั้ง 2 ข้าง เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่
4. มีเชื้อราในปาก แผลร้อนใน เริ่ม หรือไม่
5. ต่อม้ำเหลืองที่คอ 2 ด้าน รักแร้ หรือขาหนีบ คลำได้ และกดเจ็บ หรือไม่
6. ท้องโตผิดปกติ จากการที่ตับ ม้าม หรือต่อม้ำเหลืองในช่องท้องโต หรือไม่
7. แขนขาอ่อนแรง การรับรู้ร้อนหนาว เจ็บปวดลดลง ชา ปลายมือ/เท้า หลงลืม ความจำเสื่อม หรืออารมณ์แปรปรวน หรือไม่
8. มีแผล ตุ่มคัน หรือผิวหนังหลุดลอกหรือไม่

ผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อยในระยะแรก

1. เหนื่อยล้า
 2. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
 3. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
 4. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
 5. มีผื่นตามผิวหนัง
 6. มีไขมันสะสมบางส่วนในร่างกาย เช่น ท้อง ต้นนม กินยานานหลายเดือน หรือไขมันบางส่วนหายไป เช่น ใบหน้า แขน ขา ซึ่งอาการนี้จะเกิดเมื่อผลข้างเคียงเหล่านี้ ส่วนมากจะเกิดในช่วงแรกของการกินยาและจะลดลงจนหายไปเองในที่สุด
- เมื่อมีอาการข้างเคียงดังกล่าว ให้พบแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม อย่าหยุดยาต้านไวรัส

ผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อยในระยะแรก

1. เหนื่อยล้า
 2. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
 3. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
 4. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
 5. มีผื่นตามผิวหนัง
 6. มีไขมันสะสมบางส่วนในร่างกาย เช่น ท้อง ต้นนม กินยานานหลายเดือน หรือไขมันบางส่วนหายไป เช่น ใบหน้า แขน ขา ซึ่งอาการนี้จะเกิดเมื่อผลข้างเคียงเหล่านี้ ส่วนมากจะเกิดในช่วงแรกของการกินยาและจะลดลงจนหายไปเองในที่สุด
- เมื่อมีอาการข้างเคียงดังกล่าว ให้พบแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม อย่าหยุดยาต้านไวรัส

การแพทย์

ลามิวติน ตับอ่อนอักเสบ ปวด ซามือ/เท้า คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบ

สตาเวติน คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ไขมันในเลือดสูง แก้มตอบ ไขมันที่แขนขาลดลง ตัวเหลือง

ทีโนโฟเวีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดแน่นท้อง ท้องเสีย

ซิโดวูติน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ โลหิตจาง ผิวน้ำและเล็บมีสีคล้ำ

การแพทย์

ลามิวติน ตับอ่อนอักเสบ ปวด ซามือ/เท้า คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบ

สตาเวติน คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ไขมันในเลือดสูง แก้มตอบ ไขมันที่แขนขาลดลง ตัวเหลือง

ทีโนโฟเวีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดแน่นท้อง ท้องเสีย

ซิโดวูติน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ โลหิตจาง ผิวน้ำและเล็บมีสีคล้ำ

การแพ้ยา

เอฟฟาวาเรนซ์ สับสน ประสาทหลอน ตับอักเสบ(เหลือง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน)

เนวิราพีน ตับอักเสบรุนแรง ผื่นรุนแรง มีไข้ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อม้ำเหลืองโต

อะทาคานาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ผื่นแพ้ ภาวะตัวเหลือง

ดาร์นาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ผื่นแพ้

เรวทีกาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ไข้ ตัวร้อน ผื่นแพ้รุนแรง

การแพ้ยา

เอฟฟาวาเรนซ์ สับสน ประสาทหลอน ตับอักเสบ(เหลือง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน)

เนวิราพีน ตับอักเสบรุนแรง ผื่นรุนแรง มีไข้ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อม้ำเหลืองโต

อะทาคานาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ผื่นแพ้ ภาวะตัวเหลือง

ดาร์นาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ผื่นแพ้

เรวทีกาเวีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ไข้ ตัวร้อน ผื่นแพ้รุนแรง

การแพ้ย่า

จีพีโอเวียร์ ปวด แสบ ขามือ/เท้า ผื่นผิวหนัง ตับอ่อนอักเสบ(คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง)

ซิลาเวีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบ ผิวและเล็บมีสีคล้ำ ตับอ่อนอักเสบ ขาที่มือหรือเท้า

ไควีสา ตับอ่อนอักเสบ ขามือ/เท้า คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบ ผื่นแพ้รุนแรง

ทีโนเอ็ม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดแน่นท้อง ท้องเสีย ผิวและเล็บมีสีเข้ม

ทีเวียร์ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผิวและเล็บมีสีเข้ม สับสน ประสาทหลอน ตับอักเสบ

การแพ้ย่า

จีพีโอเวียร์ ปวด แสบ ขามือ/เท้า ผื่นผิวหนัง ตับอ่อนอักเสบ(คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง)

ซิลาเวีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบ ผิวและเล็บมีสีคล้ำ ตับอ่อนอักเสบ ขาที่มือหรือเท้า

ไควีสา ตับอ่อนอักเสบ ขามือ/เท้า คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบ ผื่นแพ้รุนแรง

ทีโนเอ็ม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดแน่นท้อง ท้องเสีย ผิวและเล็บมีสีเข้ม

ทีเวียร์ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผิวและเล็บมีสีเข้ม สับสน ประสาทหลอน ตับอักเสบ

ยาต้านไวรัส คือ ยาที่ช่วยลดปริมาณ เชื้อไวรัสในร่างกายให้น้อยลง

กินยาต้านไวรัสอย่างไรจึงจะให้ผลดี

1. กินยาครบทุกชนิด
2. กินยาตรงเวลา
3. กินยาทุกวัน ทุกเวลา

กรณีกินยาไม่ตรงเวลา (30 นาที)

1. ให้กินยาทันทีที่นึกได้
2. ครั้งต่อไป ให้กินยาตามปกติโดยไม่ปรับเปลี่ยนเวลาในการกิน
3. ลงบันทึก **เวลาที่กินยา** ในแบบบันทึกเวลากินยาในช่องวันนั้น

กรณีลืมกินยา

1. ครั้งต่อไป ให้กินยาตามปกติโดยไม่ปรับเปลี่ยนจำนวนเม็ดยา
2. ลงบันทึกกินยาในแบบบันทึกเวลากินยา โดยใส่ * ลงในช่องวันที่ลืม

ยาต้านไวรัส คือ ยาที่ช่วยลดปริมาณ เชื้อไวรัสในร่างกายให้น้อยลง

กินยาต้านไวรัสอย่างไรจึงจะให้ผลดี

1. กินยาครบทุกชนิด
2. กินยาตรงเวลา
3. กินยาทุกวัน ทุกเวลา

กรณีกินยาไม่ตรงเวลา (30 นาที)

1. ให้กินยาทันทีที่นึกได้
2. ครั้งต่อไป ให้กินยาตามปกติโดยไม่ปรับเปลี่ยนเวลาในการกิน
3. ลงบันทึก **เวลาที่กินยา** ในแบบบันทึกเวลากินยาในช่องวันนั้น

กรณีลืมกินยา

1. ครั้งต่อไป ให้กินยาตามปกติโดยไม่ปรับเปลี่ยนจำนวนเม็ดยา
2. ลงบันทึกกินยาในแบบบันทึก โดยใส่ * ลงในช่องวันที่ลืม

เดือน มกราคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1					1	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	29	30	31

เดือน มกราคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1					1	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	29	30	31

เดือน กุมภาพันธ์ 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28

เดือน กุมภาพันธ์ 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28

เดือน มีนาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28
5	29	30	31				

เดือน มีนาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28
5	29	30	31				

เดือน เมษายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30		

เดือน เมษายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30		

เดือน พฤษภาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1						1	2
2	3	4	5	6	7	8	9
3	10	11	12	13	14	15	16
4	17	18	19	20	21	22	23
5	24	25	26	27	28	29	30
6	31						

เดือน พฤษภาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1						1	2
2	3	4	5	6	7	8	9
3	10	11	12	13	14	15	16
4	17	18	19	20	21	22	23
5	24	25	26	27	28	29	30
6	31						

เดือน มิถุนายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1		1	2	3	4	5	6
2	7	8	9	10	11	12	13
3	14	15	16	17	18	19	20
4	21	22	23	24	25	26	27
5	28	29	30				

เดือน มิถุนายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1		1	2	3	4	5	6
2	7	8	9	10	11	12	13
3	14	15	16	17	18	19	20
4	21	22	23	24	25	26	27
5	28	29	30				

เดือน กรกฎาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30	31	

เดือน กรกฎาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30	31	

เดือน สิงหาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1							1
2	2	3	4	5	6	7	8
3	9	10	11	12	13	14	15
4	16	17	18	19	20	21	22
5	23	24	25	26	27	28	29
6	30	31					

เดือน สิงหาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1							1
2	2	3	4	5	6	7	8
3	9	10	11	12	13	14	15
4	16	17	18	19	20	21	22
5	23	24	25	26	27	28	29
6	30	31					

เดือน กันยายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1			1	2	3	4	5
2	6	7	8	9	10	11	12
3	13	14	15	16	17	18	19
4	20	21	22	23	24	25	26
5	27	28	29	30			

เดือน กันยายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1			1	2	3	4	5
2	6	7	8	9	10	11	12
3	13	14	15	16	17	18	19
4	20	21	22	23	24	25	26
5	27	28	29	30			

เดือน ตุลาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1					1	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	29	30	31

เดือน ตุลาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1					1	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	29	30	31

เดือน พฤศจิกายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28
5	29	30					

เดือน พฤศจิกายน 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28
5	29	30					

เดือน ธันวาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1			1	2	3	4	5
2	6	7	8	9	10	11	12
3	13	14	15	16	17	18	19
4	20	21	22	23	24	25	26
5	27	28	29	30	31		

เดือน ธันวาคม 2564

วัน/ สัปดาห์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1			1	2	3	4	5
2	6	7	8	9	10	11	12
3	13	14	15	16	17	18	19
4	20	21	22	23	24	25	26
5	27	28	29	30	31		

อยู่อย่างเข้าใจ

“เอชไอวี”

เราอยู่รวมกันได้ :D



มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อข้อเสนอการวิจัย ภาษาไทย	มุมมองของเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิชราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี
ชื่อข้อเสนอการวิจัย ภาษาอังกฤษ	Perspectives of HIV/AIDS youth patients receiving Antiretroviral drug therapy and self-health care behaviors in the 50th Anniversary Mahavajiralongkron Hospital, Ubonratchatani province.
รหัสข้อเสนอการวิจัย	UBU – REC – 9/ 2564
สังกัด	คณะเภสัชศาสตร์
ผู้วิจัยหลัก	นางกาญจนา ศรีจันทร์
หมายเลขใบรับรอง	UBU – REC – 9/ 2564
วันที่ให้ใบรับรอง	5 เมษายน 2564
วันหมดอายุใบรับรอง	4 เมษายน 2565

ข้อเสนอการวิจัยดังกล่าวนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า ข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์น้องเล็ก คุณวรดิษฐ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางกาญจนา ตรีจันทร์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540 – 2545 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เภสัชศาสตรบัณฑิต
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2545 - 2549 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่งงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ (045) 319300