

รายงานวิจัย

เรื่อง

ผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อ
พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
สถาบันบำราศนราดูร

The Effects of Short Message and Counseling on Prevention with
Positive to Promote Health Behaviors of HIV/AIDS Patients
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

โดย

นางกรรณา ลี้มเจริญ

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เสียสละเวลาในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการและมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการแก้ไขหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการต่อไป

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงจรรยา แสงสัจจา ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร นางพรศิริ เรือนสว่าง รองผู้อำนวยการสถาบันฝ่ายการพยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลในสังกัดงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

กรรณา ลิมเจริญ

ผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร สุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับบริการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการให้ข้อมูล และแบบสอบถามวัดการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลอง ซึ่งได้นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติการทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.40$, $SD = .271$) และ ($\bar{X} = 4.72$, $SD = .208$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = .218$) และ ($\bar{X} = 3.84$, $SD = .143$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) ดังนั้นการให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ เหล่านี้จำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการรับรู้และดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป

คำสำคัญ เอชไอวี/เอดส์ การให้ข้อมูลแบบสั้น การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

**The Effects of Short Message and Counseling on Prevention with Positive
to Promote Health Behaviors of HIV/AIDS Patients
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute**

Abstract

The purpose of this quasi - experimental research was to examine the effect of short message and counseling of prevention with positive to promote the health behaviors of HIV/AIDS patients of OPD of medicine at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The samples divided to two groups as an 20 cases of experimental group and 20 cases of control group. The experimental group received a short message service provides information and counseling of prevention with positive. The control group received usual service. The instruments used for this research were plan Information and questionnaire measuring perceptions and health behaviors before and after the experiment. This questionnaire led to the reliability as .83 Cronbach's coefficient. The data had be analyzed by frequency, percentage, mean, standard differences and Independent t - test.

The results showed that the overall of perceived of health beliefs to prevent the reception and transmission of HIV infection in experimental group was high both before and after the experiment ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .271$) and ($\bar{x} = 4.72$, $SD = .208$). The finding revealed that there were significant differences of the average scores of the perceived health beliefs to prevent the reception and transmission of HIV infection between experimental group and control group at $p - \text{value } .05$ ($p = .000$). And also, the overall of health behaviors scores was high both before and after the experiment as ($\bar{x} = 3.47$, $SD = .218$), and ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .143$). The finding showed that there were significant differences of the health behaviors scores between experimental group and the control group at $p - \text{value } .05$ ($p = .000$). Therefore, the need to encourage HIV/AIDS patients to engage in self-care in order to get quality of their life and longer especially on the issue of using a condom every time when they have sex with their partners, restrain to play at entertainment place, transmitted disease symptoms should see a doctor. Although people infected with HIV have the knowledge and healthy behaviors at a high level already.

Keywords: HIV/AIDS, Short message, Prevention with Positive for Health, behavior

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการวิจัย (Research design)	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument)	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collective)	56
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	89
แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริม	90
สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	
แบบสอบถาม	113

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 แสดงระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ จำแนกตามอาการหรือโรคแทรกซ้อน	7
ตารางที่ 1.2 การประเมินและติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี	12
ตารางที่ 1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	13
ตารางที่ 1.4 สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก	15
ตารางที่ 1.5 หลักการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มี Virological failure	17
ตารางที่ 1.6 หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตร	18
ตารางที่ 1.7 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงและความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีตามช่องทางารับเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ	22
ตารางที่ 1.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดกับอัตราเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	23
ตารางที่ 1.9 จำนวน ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	59
ตารางที่ 1.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของ <u>กลุ่มทดลอง</u> ก่อนและหลังทดลอง	62
ตารางที่ 1.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ <u>กลุ่มทดลอง</u> ก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ	63
ตารางที่ 1.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ <u>กลุ่มทดลอง</u> ก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ	65
ตารางที่ 1.13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของ <u>กลุ่มควบคุม</u> ก่อนและหลังทดลอง	66
ตารางที่ 1.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ <u>กลุ่มควบคุม</u> ก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายข้อ	67
ตารางที่ 1.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ <u>กลุ่มควบคุม</u> ก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายข้อ	68
ตารางที่ 1.16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของ <u>กลุ่มทดลอง</u> ก่อนและหลังทดลอง	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 1.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อ	70
ตารางที่ 1.18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายชื่อ	71
ตารางที่ 1.19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและ โดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง	73
ตารางที่ 1.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายชื่อ	73
ตารางที่ 1.21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็น รายชื่อ	74
ตารางที่ 1.22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	76
ตารางที่ 1.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	76
ตารางที่ 1.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อน ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77
ตารางที่ 1.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลัง ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77

สารบัญญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงระยะของโรคเอดส์และจำนวนเชื้อเอชไอวีในน้ำอสุจิ	22
รูปที่ 2 แสดงจำนวนเชื้อเอชไอวีในน้ำอสุจิกับช่วงระยะเวลาหลังจากติดเชื้อเอชไอวี	23
รูปที่ 3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and significant of Problem)

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้สูง จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ณ สิ้นปี 2554 คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 34.2 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 2.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 1.8 ล้านคน (กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555) สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด ณ 31 ตุลาคม 2557 ของสำนักโรคเอดส์ รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้นจำนวน 388,621 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 100,617 ราย แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต (สำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค, 2557) ซึ่งคณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A² (The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025) ได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่รายใหม่ในปี พ.ศ.2554 จำนวน 10,853 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการป้องกันระหว่างคู่อภิเษกซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน จึงมีการดำเนินงานรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มคู่อภิเษกซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันพบสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวีและพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบมากที่สุดคือ สัญชาติ กัมพูชาร้อยละ 16.7 พม่าร้อยละ 1.4 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวนี้ยังพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยน้อย รวมถึงยังมีการขายบริการในกลุ่มหญิงและชายคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9 : 14.7 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย อีกประเด็นหนึ่งจากสภาพปัญหาในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นหญิงบริการทางเพศแฝง มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเป็นร้อยละ 2.79 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 13 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สร้างผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิธีการขายบริการ สถานที่และเวลา อยู่เสมอ ทำให้ยากต่อการเข้าถึงเพื่อให้ข้อมูลความรู้ และอีกหนึ่งปัญหาที่เริ่มเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมปัจจุบันคือ ความหลากหลายทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) หรือเกย์ สาวประเภทสอง (Transgender: TG) ชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งในระหว่างเพศเดียวกันและกับผู้หญิง (Bisexual) รวมทั้งหญิงรักหญิงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ที่สำรวจกลุ่มชายรักชาย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 28.3 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 ในกลุ่มที่ขายบริการทางเพศมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 27 ในขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ปัญหาการป้องกัน โรคเอดส์ในกลุ่มหลากหลายทางเพศ ทำได้ยาก เพราะไม่กล้าเปิดเผยตนเอง การเข้าถึง

ยากทำให้ขาดความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองให้ปลอดภัย (คณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A², 2554)

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาเอดส์ยังไม่หยุดนิ่งหรือลดลงแต่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและกลุ่มเป้าหมายผู้ติดเชื้อขยายกว้างขึ้น ปัจจุบันกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือ กลุ่มสามีภรรยา หรือคูเพศสัมพันธ์ และกลุ่มคูที่มีผลเลือดต่าง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มชายบริการทางเพศ และลูกค้า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและกลุ่มเยาวชน โดยปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาหลักที่สำคัญต่อเนื่องมาโดยตลอด ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพสูงสุดซึ่งสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดต่ำ เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ ลดความก้าวหน้าของการดำเนินโรค รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ทรงพลัง มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งรูปแบบที่ผ่านมาเป็นการรณรงค์ให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติให้เกิดความรู้สึกลัวโดยเชื่อมโยงกับภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเชื่อว่าเมื่อเกิดความกลัวจะช่วยให้เกิดความตระหนักและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่การรณรงค์ในรูปแบบดังกล่าวไม่อาจนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันที่ลดความรู้สึกลัวตระหนักของบุคคลได้อย่างแท้จริง พฤติกรรมที่เกิดจากความเคยชินเดิมๆ ของบุคคล แม้บุคคลจะรู้ว่าพฤติกรรมบางอย่างเป็นพฤติกรรมเสี่ยงแต่เขาก็ยังแสดงพฤติกรรมนั้น เพราะพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 ประการคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ การรับรู้ ตลอดจนความตระหนักของบุคคลที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเห็นเป้าหมายความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ดี ดังนั้นเมื่อจะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงต้องทำให้เขาเกิดความรู้สึกลัวตระหนักจากภายในตัวของเขาเอง ก่อนจนรู้สึกลัวอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ขณะเดียวกันก็ต้องทำให้เขาเกิดความมั่นใจว่าเขาสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตัวเขาเอง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของคนๆ นั้น มิใช่ความต้องการของบุคคลอื่นหรือคนภายนอก อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจไม่ยั่งยืนจึงต้องมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเสริม ปัจจัยภายนอกได้แก่ แรงสนับสนุนหรือแบบอย่างจากเพื่อน ครอบครัว บุคคล สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพล คนภายนอกมีหน้าที่เพียงกระตุ้นหรือช่วยสนับสนุน ให้บุคคลเกิดความรู้สึกลัวสนใจหรือต้องการอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและคงทนต่อไป (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย, 2551)

สถาบันบำราศนราดูรมีพันธกิจหลักในการให้บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ จากรายงานสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งจำนวน 7,787 ราย พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และส่วนใหญ่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก อายุกรรมเฉลี่ยวันละ 100-150 รายต่อวัน (สถาบันบำราศนราดูร, 2557) จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 77.1 มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 5.8 ปี ค่าภูมิคุ้มกันซีดีสี่ (CD4) เฉลี่ย 356 cells/mm³ ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.3 มีค่าภูมิคุ้มกันซีดีสี่ \geq 350 cells/mm³ ร้อยละ 87.8 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral Load) $<$ 50 Copies/mm³ ส่วนใหญ่ยังมีเพศสัมพันธ์เหมือนปกติคิดเป็นร้อยละ 59.5 โดยกลุ่มเพศชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าหญิง ร้อยละ 73.4 ของผู้ติดเชื้อคุมกำเนิดโดยเลือก

วิธีการคุมกำเนิดเพียงวิธีเดียว ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 77.1 รองลงมาคือการทำหมันร้อยละ 13.3 เมื่อพิจารณาอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวร้อยละ 90.2 กับคู่นอนประจำร้อยละ 85.1 และผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 80.8 ซึ่งการเปิดเผยผลเลือดให้คู่ทราบบมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$) (ปรีชา ตันธนธิป และกรรณา ลิ่มเจริญ, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มารับบริการที่สถาบันมีสุขภาพดีและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่อัตราค่าล้างของผู้ให้บริการเท่าเดิม อย่างไรก็ตามบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล นักให้การศึกษาเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้รูปแบบหรือโปรแกรมการสอนที่มีแบบแผนจำนวนมากที่ใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาความรู้และทักษะ รวมถึงการติดตามประเมินผลประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามบริบทในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความเปราะบางในหลายประเด็น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การเปิดเผยผลเลือดที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ยาวนานตามสภาวะต่อไป

วัตถุประสงค์ (Research objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific objectives)

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย (Limitation)

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในงานบริการหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในช่วงเวลาเดือน พฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2558

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ (Operation definition)

การให้ข้อมูลแบบสั้น (Short message) หมายถึง การสื่อสารให้ความรู้หรือคำแนะนำแบบสั้นตามแนวทางการจัดบริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) พ.ศ. 2551 ซึ่งผู้วิจัยเป็นคณะผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแบบและเนื้อหาวิชาการประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรม 2) การคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่เพศสัมพันธ์ 3) การส่งเสริมการเปิดเผยสถานการณผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่เพศสัมพันธ์ 4) การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่เพศสัมพันธ์ 5) การให้ยาและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลาและสม่ำเสมอ และ 6) การวางแผนครอบครัวและการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ทั้งนี้การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำสั้นนี้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการหรือความเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การให้คำปรึกษา (Counseling) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลได้สำรวจตนเอง จนเกิดความเข้าใจตนเอง และการลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสมเพื่อการแก้ปัญหา การปรับตัว จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา การบริหารจัดการชีวิตที่เหมาะสม

การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Prevention with Positive: PwP) หมายถึง บริการด้านการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการดูแลและป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อดื้อยาเพิ่มให้กับตนเองและคู่เพศสัมพันธ์ ลดการถ่ายทอดเชื้อในผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อเป้าหมายในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง ภายใต้พื้นฐานของความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจของปัจเจกบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษานี้จะอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในยุคปัจจุบันที่มีวิวัฒนาการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เร็วขึ้น และอาจนำไปเป็นแนวทางหรือรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เหมาะสมตามบริบทของสถาบัน บำราศนราทร และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของสถานพยาบาลใกล้เคียงได้ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature reviewed)

ในการวิจัยเรื่องผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
2. สถานการณ์เอดส์และแนวทางการรักษาโรคเอดส์ในประเทศไทย
3. กลยุทธ์การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
4. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ทำให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์

โรคเอดส์หรือไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อสู่บุคคลอื่นได้ 3 ช่องทางดังต่อไปนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งเพศเดียวกัน (homosexual) สองเพศ (bisexual) หรือคู่เพศสัมพันธ์ปกติ (heterosexual)

2. การแพร่เชื้อเอชไอวีทางเลือด เกิดได้โดยการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด ซึ่งการได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าไป 1 ยูนิตมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เกือบร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามเลือดทุกยูนิตที่ได้รับการคัดกรองเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว แต่ยังไม่สามารถตรวจหาการติดเชื้อในรายที่อยู่ในช่วง window period การใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีตำหรือบาด การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีโอกาสต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะก่อนผ่าตัด

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (perinatal transmission) ในรายที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดที่ปนเปื้อนเลือดของแม่เข้าไปในตัวเด็กขณะคลอดหรือในน้ำคร่ำผ่าน

เข้าไปในตัวเด็กทางผิวหนัง ทางปาก จมูก ตา รอยตัดของสายสะดือ นอกจากนี้เชื้อไวรัสเอชไอวียังสามารถผ่านทางน้ำนมแม่ได้ด้วย

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีลักษณะอาการทางคลินิกของโรคแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อเอชไอวีและระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งโรคเอดส์แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage)

ผู้ติดเชื้ออาจ不会有อาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติเลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่สมพันธ์ได้

2. ระยะที่มีอาการ (Symptomatic stage)

2.1. ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือ ARC (AIDS Related Complex) ปัจจุบันใช้คำใหม่เพื่อให้เข้าใจง่าย ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้ว ยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น

- มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม และเพดานปาก
- ต่อม้ำเหลืองโตที่บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ
- เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลูกกลม
- มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นผื่นอักเสบ น้ำหนักลด เป็นต้น

2.2. ระยะโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) ภูมิคุ้มกันทานของผู้ป่วยถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection: OI) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดต่ำลง ซึ่งจะแสดงผลโดยปริมาณเซลล์ซีดีสี่ลดลง (CD4) ซึ่ง The Centers for Diseases Control and Prevention: CDC ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1993 ได้แบ่งอาการเจ็บป่วยของระยะนี้เป็น clinical categories เพื่อระบุว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS-defining illness) โดยอาการแสดงใน clinical category C หรือ AIDS-Indication Conditions เป็นอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ที่พบบ่อยคือ

- ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii จะมีไข้ ไอ หอบ
- ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหาร จะมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก
- ถ้าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus จะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน

- บางรายอาจเป็นมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) จะมีอาการเป็นจ้ำสีม่วงแดง หรือแดงคล้ำ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Non-Hodgkin's Lymphoma) เป็นมะเร็งของระบบน้ำเหลือง ที่มีลักษณะเป็นก้อนโต ตามต่อมน้ำเหลืองต่างๆ

ทั้งนี้ CDC ได้แบ่ง clinical categories C ตามปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีสี่เป็น 3 ระดับคือ C1 จะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ ≥ 500 cells/ μ L C2 มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มีค่าระหว่าง 200-499 cells/ μ L และ C3 มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ < 200 cells/ μ L รายละเอียดระดับความรุนแรงของโรคเอดส์สามารถจำแนกตามอาการและโรคแทรกซ้อนดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 แสดงระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ จำแนกตาม อาการหรือโรคแทรกซ้อน

ระดับความรุนแรงของโรค	อาการของผู้ป่วย
ระดับที่ 1	
ไม่มีอาการ Asymptomatic	
ต่อมน้ำเหลืองโต Persistent generalized lymphadenopathy	ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 ซม. โดยไม่พบสาเหตุ มากกว่า 2 แห่ง
ระดับที่ 2	
น้ำหนักลดลงร้อยละ 10 จากปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ	
มีการติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำๆ เช่น ไซนัสอักเสบ (Sinusitis), ต่อมทอนซิลอักเสบ(tonsillitis) หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media) และคออักเสบอักเสบ (pharyngitis) เป็นต้น	ผู้ป่วยจะอาการปวดใบหน้า น้ำมูกไหลข้างเดียว เจ็บหูหรือเจ็บคอ
งูสวัด (Herpes Zoster)	มีตุ่มขึ้นตามแนวเส้นประสาท
ปากนกกระจอก (Angular cheilitis)	มุมปากแตก ตอบสนองต่อยารักษาเชื้อรา
แผลในปากเป็นซ้ำ (Recurrent oral ulceration)	เป็นแผลร้อนมากกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน
ผื่นที่ผิวหนัง (Papular pruritic eruptions)	ผื่นคันเป็นตุ่มๆ และมักจะเป็นจุดดำๆ
ผื่นแพ้ไขมัน (Seborrheic dermatitis)	ผิวหนังคันและมีขุย มักเป็นบริเวณที่มีผมหรือขน เช่น ศีรษะ รักแร้ ร่องจมูก เป็นต้น
เชื้อราที่เล็บ (Fungal nail infections)	มีการอักเสบของเล็บหรือมีการติดเชื้อราที่เล็บ
ระยะที่ 3	
น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ10โดยไม่ทราบสาเหตุ	น้ำหนักลด แก้มตอบ แขนขาลีบ ดัชนีมวลกายน้อย
ไข้เรื้อรัง (มากกว่า37.6 องศา) นานกว่าหนึ่งเดือน	ไข้หรือเหงื่อออกกลางคืน ไข้อาจจะเป็นตลอดหรือเป็นๆ หายๆ ไม่สนองต่อยาปฏิชีวนะ
เชื้อราในปาก (Persistent oral candidiasis)	มีอาการเจ็บปากและมีคราบขาวๆในปากเป็นๆหายๆ
มะเร็งในช่องปาก (oral hairy leukoplakia)	ผื่นขาวๆ ข้างลิ้น
เป็นวัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)	ไข้เรื้อรังมากกว่า 2สัปดาห์ หรือตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคหรือตรวจทางรังสีเข้าได้กับวัณโรค
ท้องร่วงเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน (Chronic diarrhea)	ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวันเป็น เวลา 1เดือน
ติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุนแรง เช่น ปอดบวม หนองใน ปอด กล้ามเนื้ออักเสบ เป็นต้น	มีใช้ร่วมกับอาการตามระบบ เช่น ไอ เจ็บหน้าอก
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	ปวดศีรษะ
ปากหรือเหงือกอักเสบ	ปากอักเสบ มีแผล ฟันร่วง กลิ่นปากแรง
ซีดโดยไม่ทราบสาเหตุ (Hb <8g/dl) เม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropaenia) (<0.5x10 ⁹ per litre) หรือเกล็ดเลือดต่ำ (chronic thrombocytopenia) (<50x10 ⁹ per litre)	

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557

ตารางที่ 1.1 แสดงระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ จำแนกตามอาการหรือโรคแทรกซ้อน (ต่อ)

ระดับความรุนแรงของโรค	อาการของผู้ป่วย
ระยะที่ 4	
กล้ามเนื้อลีบ (HIV wasting syndrome)	น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 และ/หรือท้องร่วงเรื้อรัง หรือไข้เรื้อรัง
ติดเชื้อ Pneumocystis pneumonia	ไข้ เหนื่อยง่าย ไอ ตรวจทางรังสีพบปอดบวมและไม่พบว่ามี การติดเชื้อแบคทีเรีย
ปอดบวมรุนแรงซ้ำ Recurrent severe bacterial Pneumonia	มีปอดบวม 2 ครั้ง ใน 6 เดือน
ติดเชื้อเริม (Chronic herpes simplex infection)เรื้อรัง นานมากกว่า 1 เดือน	มีผื่นที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศนานกว่า 1 เดือนหรือเป็นๆ หายๆ
ติดเชื้อราตามอวัยวะต่างๆ (Oesophageal candidiasis or candidiasis of trachea, bronchi or lungs)	มีอาการกลืนอาหารลำบากและเจ็บหน้าอกเนื่องจากเชื้อราในหลอดอาหาร
เป็นวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis)	ไข้ ไอ เจ็บหน้าอก ตรวจมีหนองช่องปอดหรือหัวใจ
Kaposi's sarcoma	ก้อนสีออกแดงที่ผิวหนังและในปาก
ติดเชื้อ Cytomegalovirus infection(retinitis or infection other organs)	รู้ได้โดยการตรวจของจักษุแพทย์
ติดเชื้อ Central nervous system toxoplasmosis	มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ผลการตรวจ CT Scan of brain พบรอยในสมอง
HIV encephalopathy	ความจำไม่ดี การเรียนรู้ หรือพฤติกรรมแย่ลง
ติดเชื้อ Extrapulmonary cryptococcosis including Meningitis	ไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
ติดเชื้อ Disseminated non-tuberculous mycobacterial infection	ไม่มีอาการเฉพาะ
Progressive multifocal leukoencephalopathy	
ติดเชื้อ Chronic cryptosporidiosis (with diarrhea)	
ติดเชื้อ Disseminated mycosis (coccidiomycosis or histoplasmosis)	
ติดเชื้อไทฟอยด์ซ้ำ Recurrent non-typhoidal Salmonella bacteraemia	
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง Lymphoma(cerebral or B-cell non- Hodgkin) or other solid HIV – associated tumours	
มะเร็งปากมดลูก (Invasive cervical carcinoma)	
Atypical disseminated Leishmaniasis	
โรคเอดส์ที่มีโรคไตและโรคหัวใจ	
Symptomatic HIV-associated nephropathy or symptomatic HIV-associated cardiomyopathy	

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557

2. สถานการณ์เอดส์และแนวทางการรักษาโรคเอดส์ในประเทศไทย

2.1 สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้สูง จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ณ สิ้นปี 2554 คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 34.2 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 2.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 1.8 ล้านคน (กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555) ในประเทศไทย สถานการณ์โรคเอดส์เป็นประเด็นสำคัญในการเสวนาสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to Zero) เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2555 ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์แล้ว 1.1 ล้านคน และพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 27 คนต่อวัน หรือไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ 1 คน รูปแบบการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในปี 2554 ได้เปลี่ยนไปเมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา ที่ส่วนใหญ่การติดเชื้อเอชไอวีมาจากคูครองเพิ่มขึ้นในปี 2554 ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับเชื้อจากคูครอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าจำนวนการติดเชื้อในกลุ่มชายรักชาย (Men who have Sex with Men: MSM) ก็สูงขึ้นมากเช่นกัน จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุน้อยเพิ่มมากขึ้นและยังพบว่ากลุ่มนี้มีแนวโน้มในการใช้ยางอนามัยน้อยกว่ากลุ่มอื่น การมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสามศูนย์ (Getting to zero) ของโครงการเอดส์สหประชาชาติ ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์อยู่เสมอโดยอาจมุ่งเน้นไปที่กลุ่มชายรักชาย ซึ่งแนวโน้มเหมือนกันกับหลายประเทศซึ่งมีมาตรการการเข้าถึงประชากรกลุ่มเหล่านี้ (ภาสกร อัครเสวี, 2555) สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคมีจำนวนทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 30-34 ปีมากที่สุดร้อยละ 25.83 รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี 35-39 ปีและ 20-24 ปีคิดเป็นร้อยละ 24.97 16.85 และ 9.01 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ การใช้สารเสพติดชนิดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดา และการรับเลือด คิดเป็นร้อยละ 83.75 4.34 3.52 และ 0.14 ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Mycobacterium tuberculosis (ร้อยละ 29.46), Pulmonary or extrapulmonary (ร้อยละ 29.46), Pneumocystis carinii (ร้อยละ 19.19), Cryptococcosis (ร้อยละ 12.97) และ Candidiasis (ร้อยละ 4.71) (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2557)

UNAIDS มีเป้าหมายของการป้องกันและรักษาเอดส์คือ “Getting to Zero” ซึ่งการรณรงค์ให้บรรลุเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องเริ่มจากทำให้ทุกคนรู้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ไม่ได้น่ากลัวอย่างในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและมีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอานเกิน 6 เดือนพบว่าส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันที่ดีสูงขึ้นและพบปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลง ไม่มีอาการเจ็บหรือป่วย สามารถใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่เนิ่นๆ สามารถมีอายุยืนยาวได้เท่ากับคนปกติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลไวรัสเอชไอวีต่ำกว่า 20 copies/ml³ ไม่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีให้กับคนอื่น แม้กระทั่งกับคูนอนตัวเอง ด้วยเหตุเหล่านี้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงเป็นการป้องกันที่ดี (Treatment is prevention) ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องตรวจ

เลือดหาเชื้อเอชไอวีให้เร็วและรักษาเร็วจะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ลดลงและทำให้ลดจำนวนผู้ที่ยาตายจากโรคเอดส์อย่างได้ผล ดังนั้นควรทำให้การตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นเรื่องปกติเหมือนกับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง จากโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมและขยายขอบเขตการให้บริการไปยังสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงกองทุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมทั้งประเทศ นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อบุคลากรสุขภาพใช้เป็นแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาอย่างต่อเนื่องโดยแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2 แนวทางการรักษาโรคเอดส์

การดูแลรักษาผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี (Management of HIV-Infected Adult)

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2014) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสคือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (น้อยกว่า 50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงให้ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS- related illness) ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (drug adherence) ที่ดีมาก คือ กินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีและมีความต่อเนื่องของการกินยาตลอดไป มิฉะนั้นอาจส่งผลให้เกิดการดื้อยา การรักษาล้มเหลว และการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในระดับชุมชนและประเทศต่อไป กลายเป็นปัญหาที่ยากในการแก้ไข จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอเช่น ยาต้านไวรัสที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง ต้องแนะนำให้กินทุกๆ 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้ง ต้องแนะนำให้กินทุกๆ 24 ชั่วโมง และให้ตรงเวลา เป็นต้น ดังนั้นทีมดูแลรักษาต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ มีความมุ่งมั่นตั้งใจจริง มีระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสร้างนิสัยและปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี

แนวทางการดูแลรักษาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่น ควบคู่กันเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาวดังรายละเอียดดังนี้

การดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะคือ

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน มี 3 ประเภทคือ

1.1 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ AZT ddi ddC d4T 3TC ABC

1.2 Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ NV EFV

1.3 Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ IDV RTV Q4V NFV

ยาเหล่านี้มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีแต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้และมีผลข้างเคียงได้แก่ โลหิตจาง คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นตามผิวหนัง ฯลฯ ดังนั้นการใช้ยาดังกล่าวต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

2 ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หากผู้ป่วยเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันต่ำลงมาก (ค่าเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ต่ำกว่า 200 เซลล์ในเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร) จะมีโอกาสติดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่

2.1 INH ใช้ป้องกันวัณโรค

2.2 Cotrimoxazole Dapsone Aerosolized pentamidine ใช้ป้องกันโรคปอดบวม

2.3 Itraconazole Fluconazole Amphotericin B ใช้ป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2.4 Ketoconazole Itraconazole Fluconazole ใช้ป้องกันเชื้อรา ในขณะที่ยังไม่มียาชนิดใดที่สามารถป้องกันหรือรักษาโรคเอชไอวีได้ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย

แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัส

1.1 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งการให้บริการที่ควรให้และควรติดตามตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยไม่ต้องรอให้ถึงระยะที่ต้องกินยาต้านไวรัส ได้แก่ การตรวจติดตามระดับ CD4 ในผู้ที่ยังไม่กินยาทุก 6-12 เดือน การดูแลทั่วไปก่อนเริ่มยาต้านไวรัส การให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือนด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การตรวจคัดกรองโรคต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมตัวสำหรับการเริ่มยาต้านไวรัสและการเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับยาต้านไวรัส ซึ่งสำคัญมากที่จะต้องเตรียมผู้ติดเชื้อให้พร้อมกับการต้องกินยาลดชีวิต ผู้ติดเชื้อต้องทราบถึงความสำคัญของการมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง กรณีที่เป็นเด็ก จำเป็นต้องคุยกับผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง และต้องคำนึงถึงทางเลือกของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เลือกการกินยา เป็นสิทธิของผู้ป่วย

1.2 การซักประวัติก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ต้องครอบคลุมการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการซักประวัติโรคร่วม เพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยา หรือการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม เช่น ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม โรคทางจิตเวช และประวัติยาที่ใช้อยู่เป็นประจำหรือยาที่ใช้ในการรักษาอยู่ รวมถึงการใช้สารเสพติด ซักประวัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการรักษาทางเลือก ควรซักประวัติทุกครั้งที่มารับการปรึกษา ควรมีการซักประวัติผู้ดูแล ผู้ให้การสนับสนุนในการกินยาเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ดูแล ซักประวัติเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยการตี้อยาก่อน ได้แก่ ประวัติการกินยาต้านไวรัสเดิม การได้รับยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประวัติการตี้อยา หรือผลการตรวจการตี้อยา ความสม่ำเสมอในการกินยา ระดับ CD4 ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมา ภาวะที่เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มการรักษาควรมีการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองอย่างน้อยตามตารางที่ 1.2 และตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.2 การประเมินและติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การคัดกรองโดยการซักประวัติ	เมื่อทราบผลติดเชื้อครั้งแรก	เวลาที่แนะนำให้ตรวจในปีแรก	เวลาที่แนะนำให้ตรวจหรือประเมินในปีต่อไป	หมายเหตุ
ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติโรคร่วม	✓	✓	✓	ซักประวัติครบทุกประเด็นเมื่อทราบผลการติดเชื้อและก่อนเริ่มยาต้านและประเมินซ้ำหากมีปัญหา
ประวัติครอบครัว	✓			เบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคไต
ประวัติยาที่ใช้ร่วม	✓	✓	✓	
ประวัติวัคซีน	✓	✓	✓	เน้นวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
ประวัติเพศสัมพันธ์	✓		ที่ 6 และ 12 เดือน	ปัญหา sexual dysfunction ควรอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง
การเปิดเผยผลเลือดและสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่หรือบุตร	✓		✓	เพื่อพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสเร็วในกลุ่มที่มีผลเลือดต่างเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่คู่และพิจารณาการตรวจเลือดในคู่หรือบุตรที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี
การวางแผนครอบครัว	✓	✓	✓	
วิถีชีวิตปัจจุบัน ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การกินอาหาร การใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย	✓	✓	ที่ 6 และ 12 เดือน	ให้คำแนะนำการปรึกษาเมื่อพบปัญหาและส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม
อาชีพ	✓	✓	ทุกครั้งที่มารับบริการ	เพื่อเลือกสุตรยาที่เหมาะสมกรณีเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น หลีกเลียง EFV ในผู้ที่ต้องอยู่เวรยามกลางคืน
สิทธิการรักษา	✓	✓	✓	ควรประเมินสิทธิทุกปี เพราะอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้
การประเมินความพร้อมด้านต่างๆ หรือการคัดกรอง				
ด้านสุขภาพจิต	✓	✓	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	คัดกรองสุขภาพจิตทุกครั้งเมื่อสงสัย
ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหรือครอบครัว	✓	✓		ประเมินซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้
คัดกรองวัณโรคโดยการซักประวัติ	✓	✓	ทุกครั้งที่มารับบริการ	
คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	✓	✓	เมื่อมีข้อบ่งชี้	เมื่อมีข้อบ่งชี้ ตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละครั้ง
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง	✓	✓	ปีละ 1 ครั้ง	
ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มยาในการกินยาระยะยาว	✓	✓		
การประเมิน drug adherence		✓	ทุกครั้งที่มารับบริการ	

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557

ตารางที่ 1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เมื่อทราบ ว่าติดเชื้อ ครั้งแรก	ในปีแรก	ในปีต่อๆ ไป	หมายเหตุ
HbsAg	✓			ตรวจซ้ำถ้ามีความเสี่ยง
Syphilis (VDRL)	✓		เมื่อมีข้อบ่งชี้ในกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มเสี่ยงได้แก่ IDU ประวัติเคยต้องขังในเรือนจำมาก่อน MSM คู่ของ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี มีรอยสัก ประวัติเคยได้รับเลือดมาก่อน
Anti-HCV	✓	เมื่อมีข้อบ่งชี้	เมื่อมีข้อบ่งชี้	บางกลุ่มควรคัดกรองซ้ำ เช่น MSM ทุก 6 เดือน SW ทุก 3 เดือน
ALT	✓		เมื่อมีข้อบ่งชี้	ควรตรวจซ้ำที่ 3 เดือนแรกของการให้ยา ถ้ามีไวรัสตับอักเสบรวมด้วยหรือ ตึ่มสุราหรือมีผลข้างเคียงของยา
Creatinine	✓	ที่ 6 และ 12 เดือน	ปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	ถ้ามีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุมากกว่า 50 ปี น้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 Kgs. หรือเคยได้รับ IDV ควรตรวจทุก 6 เดือน -ในทุกรายที่ได้รับ TDF หรือกำลังได้ IDV
Total cholesterol Triglyceride	กรณีกลุ่มเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว	ปีละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	ปีละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	-อายุ <35 ปีและไม่มีโรคประจำตัว ตรวจได้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี -อายุ > 35 ปีและมีโรคประจำตัว ตรวจได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
Fasting blood sugar	กรณีกลุ่มเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว	ปีละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	ปีละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	-อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
Urinalysis	✓			ถ้ามีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุมากกว่า 50 ปี หรือเคยได้ IDV ตรวจทุก 6 เดือน -ในทุกรายที่ได้ TDF หรือกำลังได้ IDV ควรตรวจทุก 6 เดือน
Chest X-ray	✓			ควรตรวจซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้
Drug resistance	กรณีสงสัยมีคู่ที่มีประวัติเชื้อมื้อยา	เมื่อมีข้อบ่งชี้	เมื่อมีข้อบ่งชี้	เมื่อมี VL >1,000 copies/mL หลังจากทานยาสม่ำเสมอเกิน 6 เดือน
Pap smear		ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ควรตรวจซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้
Anal PAP		ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
Serum cryptococcal Ag	✓			พิจารณาในผู้ที่มีค่า CD4 < 100 cells/mm ³

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557

เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสในประเทศไทย

ปัจจุบันมีข้อมูลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 ระหว่าง 350-500 cells/mm³ ที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันที เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่ให้ยาต้านไวรัสจนกว่าค่า CD4 จะต่ำกว่า 350 cells/mm³ พบว่าในกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสทันทีจะมีอัตราการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังมีวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 > 500 cells/mm³ จะมีผลประโยชน์ทางการป้องกันตัวของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีจนระดับ VL ไม่สามารถวัดได้ จากข้อมูลดังกล่าวแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสของประเทศไทยในปี 2557 นี้ จึงแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 < 500 cells/mm³ สรุปได้ดังนี้

1 ให้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกระดับ CD4 (Any CD4) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณี CD4 < 500 cells/mm³

2 ในกรณี CD4 > 500 cells/mm³ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด

2.1 ผู้ติดเชื้อที่จะเริ่มยาต้านไวรัสต้องเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ adherence ยินดีที่จะเริ่มยาต้านไวรัสและมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

2.2 ผู้ติดเชื้อมีสิทธิเลือกที่จะยังไม่รับยาต้านไวรัสได้ ถ้าพบว่ายังไม่พร้อมในการเริ่มยาต้านไวรัส

3 ในกรณีผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ประโยชน์ต่อตัวผู้ติดเชื้อเองยังไม่ชัดเจน แต่มีประโยชน์ในด้านการสาธารณสุขเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

4 ผู้ให้การดูแลรักษาควรพิจารณาเลื่อนการเริ่มยาไปก่อน หากพบมีปัญหาทางสภาพจิตใจ หรือสังคมที่ไม่เหมาะต่อการกินยาต่อเนื่อง

สำหรับผู้ป่วยที่มี CD4 > 500 cells/mm³ มีการแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเพื่อหวังผลในแง่การป้องกันในเชิงสาธารณสุข ได้แก่ ในกรณีที่มิใช่ผลเลือดเป็นลบ หรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อวัณโรคหรือมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือมีปัญหาในเรื่องของไตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการตั้งครรภ์โดยหวังผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ประโยชน์ของการได้รับยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อที่มี CD4 > 500 cells/mm³

กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 > 500 cells/mm³ ร่วมกับอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้จะมีประโยชน์ของการเริ่มยาต้านไวรัสเร็ว ได้แก่

ประโยชน์รายบุคคล (Individual benefits)

- TB/HIV co-infection
- HBV/HIV co-infection with cirrhosis
- HCV/HIV co-infection with cirrhosis
- HIV-associated nephropathy (HIVAN) Acute/recent HIV infection

ประโยชน์ต่อการสาธารณสุข (Public health benefits)

- คู่ผลเลือดต่าง (Serodiscordant couples)

- ตั้งครรภ์
- TB/HIV co-infection
- Acute HIV infection

เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสภายหลังจากเริ่มรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กรณีที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วยจะพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสหลังจากที่เริ่มการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นแล้ว

- กรณีติดเชื้อวัณโรค ถ้าผู้ป่วยเอดส์มี $CD4 < 50 \text{ cells/mm}^3$ ควรเริ่มยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์
- กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มี $CD4 > 50 \text{ cells/mm}^3$ การเริ่มยาต้านไวรัสอาจทำได้ภายใน 2 – 8 สัปดาห์หลังจากรักษาวัณโรคแล้ว ซึ่งจะพิจารณาตามความรุนแรงของโรค
- กรณีติดเชื้อ Cryptococcosis ควรเริ่มยาต้านไวรัสหลังจากรักษา Cryptococcosis ไปก่อนระหว่าง 4-6 สัปดาห์ เนื่องจากการเริ่มยาต้านไวรัสเร็วเกินไปในผู้ป่วยที่มีเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากความเสียหายที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันพื้นตัวจนอาจเสียชีวิตได้ การจะเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรทำในกรณีที่รักษาการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบให้ดีขึ้นและมีระดับของความดันน้ำไขสันหลังที่ปกติแล้ว
- สำหรับการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เช่น *Pneumocystis Jiroveci* pneumonia (PCP), *Mycobacterium Avium Complex* (MAC) เป็นต้น ควรพิจารณาเริ่มให้ยาต้านไวรัสหลังจากที่ให้การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นๆ แล้วประมาณ 2-4 สัปดาห์
- สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ไม่มียารักษา เช่น Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML) เป็นต้น ควรพิจารณาเริ่มให้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยดังกล่าวเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรก และสูตรทางเลือกในประเทศไทย

ยาที่ใช้ในประเทศไทยสรุปไว้ในตารางที่ 4 โดยยาต้านไวรัสที่แนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรกในประเทศไทย คือ NRTIs + NNRTI ได้แก่ TDF + 3TC หรือ TDF/FTC ร่วมกับ EFV เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย และใช้วันละครั้ง

ตารางที่ 1.4 สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก

NRTI backbone		NNRTIs		ยาตัวที่สามอื่นๆ
แนะนำ	+	แนะนำ	ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินยา NNRTIs ได้	แนะนำ
TDF/FTC		EFV		LPV/r
TDF + 3TC*		หรือ		หรือ
หรือทางเลือก		RPV		ATV/r
ABC + 3TC AZT + 3TC		NVP		

* ควรใช้ยารวมเม็ดเป็นสิ่งสำคัญจะดีกว่าการใช้ยาแยกเม็ด

- ถ้าไม่สามารถเริ่มยาต้านไวรัสตามสูตรแนะนำสูตรแรกได้ เนื่องจากมีข้อห้ามหรือทนต่อยา TDF ไม่ได้ให้พิจารณา NRTIs ทางเลือกคือ ABC + 3TC หรือ AZT + 3TC แทน ทั้งนี้สูตรที่มี ABC ควรพิจารณาให้ในผู้ที่ก่อนเริ่มการรักษามีระดับ VL < 100,000 copies/mL

- ถ้ามีปัญหาแพ้ยาหรือผลข้างเคียงทางระบบประสาทจาก EFV ให้พิจารณา NNRTIs ทางเลือก ได้แก่ RPV หรือ NVP

- กรณีจะใช้ RPV ต้องมีการตรวจปริมาณ VL ก่อนเริ่มยาเสมอและถ้า VL > 100,000 copies/mL ไม่ควรใช้ เนื่องจากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการรักษาล้มเหลว

- กรณีไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม NNRTIs ในสูตรยาได้ ยาตัวที่ 3 ในสูตร ให้พิจารณาใช้ยาในกลุ่ม PIs ได้แก่ LPV/r หรือ ATV/r แทน

- กรณีได้ยา d4T อยู่เดิม ให้เปลี่ยนเป็นสูตรยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลข้างเคียงระยะยาว ไม่ควรให้ยา d4T ต่อไปในระยะยาวแม้ว่าขณะนี้ยังไม่เกิดผลข้างเคียง ควรเปลี่ยนยาในผู้ป่วยที่มีการตรวจยืนยัน VL < 50 copies/mL แล้ว

- ถ้ามีการพิจารณาใช้ยาต้านไวรัสที่ไม่ได้อยู่ในตารางนี้ ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนพิจารณาใช้เสมอ

- ยากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่ม integrase inhibitors อาจจะเป็นทางเลือกสำหรับยาตัวที่ 3 ได้แก่ RAL ต้องมีการพิจารณาการใช้เป็นกรณีไป เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ร่วมกับ DRV/r จะเป็นยาหลักสำคัญสำหรับใช้ในการรักษากลุ่มที่คือยาสูตร 2 ขึ้นไป การจะเลือกใช้ยาเหล่านี้ในสูตรแรกจึงต้องมีเหตุจำเป็นที่จะใช้จริง

- กรณีที่มีการใช้ยา ABC พึงระวังเสมอว่ายา ABC อาจจะทำให้เกิดปฏิกิริยาแพ้รุนแรง (hypersensitivity reaction) ได้ ควรพิจารณาส่งตรวจเลือดหา HLA-B*5701 ก่อนเริ่มการรักษา หากสามารถทำได้ ทั้งนี้อุบัติการณ์ HLA-B*5701 ในคนไทยต่ำ ดังนั้นอาจพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยา ABC โดยไม่ทำการตรวจ HLA-B*5701 ก่อนเริ่มการรักษา แต่ต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการแสดงของปฏิกิริยาแพ้ต่อ ABC ในช่วง 6 สัปดาห์แรกที่เริ่มยาได้แก่ อาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ (1) ไข้ (2) อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย (3) อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง (4) อาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ หายใจลำบาก คออักเสบ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ เอนไซม์ตับผิดปกติ creatine phosphokinase เพิ่มขึ้น lymphopenia หรือมีฝ้าในภาพถ่ายรังสีทรวงอก เป็นต้น หากสงสัยว่าอาจจะแพ้ยา ให้หยุดทันที และไม่ควรให้ยาซ้ำเพราะอาจเกิดปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้

- ห้ามใช้ ABC ในผู้ป่วยมีปัญหาตับแข็ง Child-Pugh Score of 7-12

การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรักษาล้มเหลว

การล้มเหลวต่อการรักษา (virological failure) คือ มีปริมาณ HIV RNA ในเลือด (VL) มากกว่า 2,000 copies/mL ในขณะที่กินยาต้านไวรัสอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) virological failure (2) immunological failure และ (3) clinical failure สิ่งสำคัญที่ควรทราบคือ การวินิจฉัยการล้มเหลวระยะที่ 1 ให้รวดเร็วโดยไม่รอนจนผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลวถึงระยะ 2 และ 3 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก เพราะจะป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของเชื้อดื้อยาจนทำให้ดื้อต่อยาอื่นๆ รวมทั้งยาใหม่ในกลุ่มยานั้นได้ ดังนั้นแนวทางฉบับนี้ จึงแนะนำให้มุ่งเน้นการวินิจฉัย virological failure เป็นสำคัญ

ตารางที่ 1.5 หลักการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มี virological failure

หลักการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มี virological failure			
1. ประเมิน adherence	ก่อนตรวจ VL ทุกครั้ง ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสจริงในช่วงที่ผ่านมา หากไม่กินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ แนะนำกลับไปกินยาสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน จึงตรวจ VL		
2. การดูแลตามผล VL	กรณี VL > 50-1,000 copies/mL	- ให้น้ำหนักการกินยาสม่ำเสมอ - ทำการตรวจซ้ำภายใน 2-3 เดือน	
	กรณี VL > 1,000 copies/mL	หากผู้ป่วยยืนยันว่ากินยาต่อเนื่องจริง ให้ส่งตรวจ HIV drug resistance genotypic testing	
		<table border="1"> <tr> <td>ผลรายงานว่าดี: ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามผลดี</td> <td>ผลรายงานว่าไวต่อยา: ควรซักประวัติและประเมิน adherence ซ้ำและกินยาเดิมอย่างสม่ำเสมอ แล้วตรวจปริมาณไวรัสซ้ำที่ 3 เดือน และประเมินการรักษาตามผลปริมาณไวรัสที่ได้</td> </tr> </table>	ผลรายงานว่าดี: ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามผลดี
	ผลรายงานว่าดี: ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามผลดี	ผลรายงานว่าไวต่อยา: ควรซักประวัติและประเมิน adherence ซ้ำและกินยาเดิมอย่างสม่ำเสมอ แล้วตรวจปริมาณไวรัสซ้ำที่ 3 เดือน และประเมินการรักษาตามผลปริมาณไวรัสที่ได้	
หากผู้ป่วยให้ประวัติขาดยา ไม่ได้กินยาต้านไวรัส แนะนำให้ทานยาสูตรเดิมสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน จึงตรวจ VL ซ้ำ			
	ผลตรวจ VL ลดลง > 10 เท่า ให้กินยาสูตรเดิมและติดตาม VL อีก 3 เดือนข้างหน้า จนกว่า VL < 50 copies/mL	ผลตรวจ VL ลดลง ≤ 10 เท่า ประเมิน adherence การกินยาซ้ำและส่งตรวจเชื้อดี ถ้า VL > 1,000 copies/mL	

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557

ข้อสังเกตที่ควรทราบ คือ

1. กรณีการล้มเหลวขณะกำลังกินยาสูตร NNRTI มักเป็นการดียาจริง คือ VL มักจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 1,000 copies/mL และจะตรวจพบว่ามีเชื้อดียาจริง
2. กรณีการล้มเหลวขณะกำลังกินยาสูตร boosted-PIs อยู่ พบว่ามักเกิดจาก poor adherence และมีระดับปริมาณไวรัสเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยตั้งใจกินยาสม่ำเสมอ มักพบการลดลงของ VL จนต่ำกว่า 50 copies/mL ได้อีก
 - กรณีที่ผล VL > 1,000 copies/mL และผู้ป่วยยืนยันว่ากินยาต่อเนื่องจริงให้ส่งตรวจการดีต่อยาต้านไวรัส
 - รวบรวมประวัติโดยละเอียดของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสว่าเคยล้มเหลวหรือดียาใดมาบ้าง เพราะจะนำมาใช้ในการพิจารณาการเลือกยาสูตรถัดไป
 - ระหว่างรอผลตรวจเชื้อดียาซึ่งจะใช้เวลา 2-6 สัปดาห์ ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสกรณีดื้อยาต้านไวรัสหลายกลุ่ม (Multi-class antiretroviral treatment failure)

เป้าหมายของการรักษา ยังคงเป็นการรักษาเพื่อลด VL < 50 copies/mL ถ้าสามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีอัตราการรอดชีวิตยืนยาวที่สุด และคงใช้หลักการเดิมคือ พยายามใช้สูตรยาที่ประกอบด้วยยาใหม่ที่ยังไม่ดื้อยาทั้ง 3 ชนิด โดยพิจารณาจากผลการดื้อยาหากไม่สามารถหายาที่ยังมีฤทธิ์อยู่ให้ครบ 3 ชนิด ควรใช้อย่างน้อย 2 ชนิด และติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจ VL ที่ 3 เดือนหลังการเปลี่ยนสูตรยา

หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสกรณีดื้อยาต้านไวรัสหลายกลุ่ม

1. การเลือกสูตรยาใหม่ต้องอาศัยการทบทวนประวัติสูตรยาในอดีตทั้งหมด รวมทั้งสูตรยาที่เคยล้มเหลวหรือดื้อมาแล้ว ผลตรวจเชื้อดื้อยาในอดีตมาประกอบและให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเสมอ
2. หลักการเลือกสูตรยาใหม่โดยให้ประกอบด้วยยาใหม่ที่ยังไม่ดื้อยาทั้ง 3 ชนิด เช่น ไซยาในกลุ่มที่ไม่เคยใช้มาก่อน ได้แก่ integrase inhibitor, entry inhibitor เป็นต้น ร่วมกับยาในกลุ่มเดิมที่เคยใช้แต่ผลตรวจดื้อยาพบว่าเชื้อยังไวต่อยาอยู่
3. ยาในกลุ่มที่ควรพิจารณา โดยพิจารณาตามหลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาตามรายละเอียดตารางที่ 6 ได้แก่
 - 1) Integrase inhibitors: RAL, DTG
 - 2) Protease inhibitors: DRV (หากผลตรวจดื้อยาและประวัติบ่งว่าใช้ได้)
 - 3) NNRTIs: ETR, RPV (หากผลตรวจดื้อยาและประวัติบ่งว่าใช้ได้)
 - 4) CCR5 inhibitors: MVC

ตารางที่ 1.6 หลักการเลือกสูตรยาต้านไวรัสภายหลังการดื้อยาสูตรแรกและการดื้อยาหลายสูตร

NRTI ในสูตรที่ดื้อยา	ตัวเลือก NRTI	ยาต้านไวรัสสูตรที่สาม
ดื้อยา TDF	เลือกตามผลตรวจเชื้อดื้อยา หรือพิจารณาใช้สูตร AZT/3TC	สูตรแนะนำ LPV/r สูตรทางเลือก ATV/r
ดื้อยา AZT, d4T หรือ ABC	เลือกตามผลตรวจเชื้อดื้อยา หรือพิจารณาใช้สูตร TDF/FTC หรือ TDF/3TC	สูตรทางเลือกอื่นๆ DRV/r, RAL*, DTG

* การใช้ RAL เป็นสูตรทางเลือกต้องระวังเป็นอย่างยิ่งห้ามใช้ในกรณีสูตร NRTI backbone ไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่เพราะจะเกิดการดื้อยาอย่างรวดเร็ว

หมายเหตุ กรณีที่ใช้ยาสูตรทางเลือกอื่นๆ ไม่ได้ อาจพิจารณา EVG/COBI แต่ต้องมีการพิจารณาการใช้เป็นกรณีๆ ไป และห้ามใช้ในผู้ที่มี creatinine clearance น้อยกว่า 70 mL/min

การปรับการกินยาต้านไวรัสในช่วงถือศีลอด

กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นชาวมุสลิม เมื่อเข้าสู่ช่วงถือศีลอดประจำปี ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำดื่มตั้งแต่ก่อนรุ่งอรุณ และจะละศีลอดหลังพระอาทิตย์ตกดิน ทำให้ระยะเวลาในการอดอาหารยาวนานเกิน 12 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถกินยาตามเวลาปกติได้ การปรับเปลี่ยนการกินยาจะขึ้นอยู่กับสูตรยาที่กินอยู่ และมักจะต้องใช้ยาที่สามารถกินแบบวันละครั้ง เช่น TDF, 3TC และ EFV เป็นต้น การปรับมาใช้ TDF ควรจะแน่ใจว่าผู้ป่วยมี VL < 50 copies/mL เคยได้รับการตรวจการติดเชื้อ HBV (HBsAg) และมีการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในกรณีที่ปรับมาใช้ EFV ควรแนะนำผู้ติดเชื้อถึง

อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เวียนศีรษะ ง่วงนอน ฝันร้าย เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ ถ้าเกิดขึ้นมักจะหายไปเองใน 1-2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามในทางศาสนบัญญัติการดำเนินการใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องห้ามในทางศาสนา ดังนั้นหากการถือศีลอดนั้นจะก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงแก่สุขภาพร่างกายถือว่าการต้องห้าม (ฮะรออม) ที่ผู้ป่วยจะถือศีลอด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีโอกาสรักษาหายขาด ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่มีความจำเป็นต้องถือศีลอดหากการถือศีลอดมีผลให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อทรูโดโรมลง หรือมีอาการเลวร้ายเพิ่มมากขึ้นจะได้รับการอนุโลมไม่ต้องถือศีลอด แต่ให้ชดเชยด้วยการแจกจ่ายอาหารแก่คนยากจนแทน เช่น การชดเชยด้วยข้าวสาร 1 ลิตรต่อวัน ซึ่งสามารถให้เป็นรายวัน หรือรวบยอดให้ครั้งเดียวก็ได้สำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามที่ต้องกินยาต้านไวรัสเอชไอวีทุก 12 ชั่วโมง ก่อนเริ่มยาต้องมีการให้คำแนะนำปรึกษาถึงประเด็นต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง พร้อมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องตลอดเดือนรอมฎอน โดยไม่มีการเปลี่ยนวิธีการบริหารยานั้น ให้ผู้ป่วยตั้งเจตนาว่า “เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย” และให้ทีมผู้ดูแลตั้งเจตนาเช่นเดียวกันว่า กำลังให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายเช่นเดียวกัน จึงให้ผู้ป่วยชดเชยด้วยการแจกจ่ายอาหารแก่คนยากจนแทน สำหรับผู้ป่วยที่ขาดแคลนไม่สามารถดำเนินการได้ก็ได้รับการยกเว้นให้ดำเนินชีวิตประจำวันในการทำศาสนกิจช่วงเดือนรอมฎอนอื่นๆ ตามปกติ เช่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา พร้อมกับผู้ที่ถือศีลอด การกล่าวซิกิร การอ่านอัลกุรอาน การทำดีช่วยเหลือผู้อื่น การหาปัจจัยยังชีพที่ฮาลาล การให้ทานกุศลต่างๆ การละหมาด ตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ให้สอดคล้องตามแนวทางจริยวัตรของท่านศาสดาเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมการครองตนและความศรัทธาให้ดียิ่งขึ้น

การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ด้วยทางเลือกอื่น

การดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่นเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างง่ายๆ โดยคำนึงถึงมิติอันหลากหลายของมนุษย์ไม่เน้นทางด้านร่างกายเท่านั้น ซึ่งทางเลือกอื่นๆ นี้จะก่อให้เกิดผลในแง่ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกัน และมีจิตใจสงบ ประกอบด้วย 4 แนวทาง ได้แก่

1. ด้านโภชนาการ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และเหมาะสมกับอาการของโรคเพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นครบถ้วน ลักษณะอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยคือ
 - น้ำหนักลด ควรเพิ่มอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และแป้ง งดอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากอาหารประเภทไขมันจะย่อยและดูดซึมได้ยาก และควรดื่มน้ำมากๆ
 - เบื่ออาหาร ควรรับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยครั้งและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง
 - มีแผลในปาก ควรรับประทานอาหารที่เคี้ยวและกลืนได้ง่ายให้พลังงานสูง อาหารประเภทน้ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่กรอบ แข็งและรสจัด
 - คลื่นไส้อาเจียน ควรรับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง งดของทอด ของมัน อาหารที่มีรสเค็มและเปรี้ยวจะช่วยลดอาการนี้ได้ อาหารประเภทขิงจะช่วยให้รับประทานอาหารได้ดีขึ้น
 - ท้องเสีย ควรเพิ่มอาหารประเภทแป้งหรือสารโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ส้ม น้ำมะพร้าว กล้วย มะเขือเทศ ดื่มน้ำมากๆ หลีกเลี่ยงของทอด กาแฟ อาหารที่มีเส้นใย เช่น ถั่วลิสง ข้าวกล้อง เป็นต้น

2. สมุนไพร คือ ตัวยาที่ได้จากพืช สัตว์ และแร่ธาตุที่ยังไม่ได้แปรสภาพ มีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน และบรรเทาอาการโรคติดเชื้ออวกาศบางชนิด ได้แก่

- บรรเทาอาการท้องเสีย เช่น ฟ้าทะลายโจร ผรั่ง ชา และมังคุด เป็นต้น
- ลดไข้ เช่น ฟ้าทะลายโจร มะระ เป็นต้น
- กระตุ้นให้อยากอาหาร เช่น บอระเพ็ด มะระ กระเทียม เป็นต้น
- กระตุ้นภูมิคุ้มกัน เช่น มะขามป้อม กระเทียม ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น
- ขับเสมหะ และบรรเทาอาการไอเช่น มะขามป้อม มะนาว มะแว้งเครือ มะแว้งต้น เป็นต้น
- ขับลม เช่น กระเพราะ ตะไคร้ ขิง เป็นต้น
- บรรเทาอาการทางผิวหนัง เช่น เสลดพังพอนตัวเมียหรือพญาขอ เหงือกปลาหมอ และพลู เป็นต้น
- สมานแผล เช่น ว่านหางจระเข้ แคน ทับทิม เป็นต้น
- ช่วยระบายท้อง ได้แก่ ขี้เหล็ก
- บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ ยอ

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลใดทางการแพทย์ที่ยืนยันผลของสมุนไพรในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวี ขณะนี้ยังอยู่ในขั้นตอนศึกษาวิจัย

3. การออกกำลังกาย ถือเป็นยาอายุวัฒนะที่ช่วยให้มีอายุยืนยาวอารมณ์แจ่มใส นอนหลับง่าย รูปร่างสมส่วน สุขภาพแข็งแรง ควรออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

4. การปฏิบัติสมาธิ เป็นกระบวนการที่จิตตั้งมั่นจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ต้องการ และเพิ่มความสามารถในการควบคุม และเสริมสร้างสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณดีขึ้น อาจทำได้โดยการปฏิบัติโดยมีพระสงฆ์ช่วยให้คำปรึกษา หรือการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง เช่น สมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ สมาธิโดยการเดินจงกรม สมาธิโดยใช้เทคนิคความเงียบ สมาธิแบบทำให้สนุกเพลิดเพลินโดยการใช้ภาพจินตนาการที่คิดถึงแล้วรู้สึกสงบ สบาย เพลิดเพลิน เป็นต้น

3. กลยุทธ์การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แนวความคิดการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยริเริ่มโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข เป็นบริการด้านการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการดูแลและป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อดื้อยาเพิ่มให้กับตนเองและคู่เพศสัมพันธ์ ลดการถ่ายทอดเชื้อในผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ผลจากการมีพฤติกรรมด้านการป้องกันอย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อและคู่มือสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว โดยการดำเนินการป้องกันจะต้องทำภายใต้กรอบทางด้านจริยธรรมโดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และควรให้บริการด้านการป้องกันควบคู่กันไปกับการให้บริการด้านการรักษาโรคด้วยวิธีการประสานกันอย่างกลมกลืน การให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้ทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน ซึ่งการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เชื้อดื้อยา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

เป้าหมายการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ

การให้บริการด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อ

1. ลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่เพศสัมพันธ์โดยการ
 - 1.1 ส่งเสริมการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อฯ ให้กับคู่เพศสัมพันธ์ด้วยความสมัครใจ
 - 1.2 ค้นหาคู่ที่มีผลเลือดต่าง
 - 1.3 ส่งเสริมการตรวจเลือดคู่เพศสัมพันธ์ บุตร ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
 - 1.4 ส่งเสริมการลดจำนวนคู่เพศสัมพันธ์
 - 1.5 ส่งเสริมเรื่องการงดการมีเพศสัมพันธ์ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความปลอดภัยที่สุดแต่หากไม่สามารถทำได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
 - 1.6 ส่งต่อคู่เพศสัมพันธ์ ครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม
2. ลดความเสี่ยงในการรับเชื้อโรคอื่นเพิ่ม ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยา
3. ลดการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
4. ลดจำนวนไวรัสเอชไอวี (viral load) ในเลือด โดยการส่งเสริมการรับการรักษา และรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (adherence to care and treatment)

ประเด็นข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Key message of prevention with positive)

เชื้อเอชไอวีมีอยู่ในสิ่งคัดหลั่งและองค์ประกอบของเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอด น้ำนมแม่ สิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ที่มีเลือดปน น้ำไขสันหลัง น้ำจากข้อ และน้ำคร่ำ เป็นต้น ซึ่งการถ่ายทอดและรับเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นได้หลายช่องทาง โดยพบในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อไปนี้

1. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ เพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ทางทวารหนัก ช่องคลอด และปากโดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกัน
2. ได้รับความเสี่ยงของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี
3. ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น เข็มตา สักหรือฝังเข็มโดยใช้เข็มร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี
4. คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือกินน้ำนมแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่สำคัญคือ การติดเชื้อสามารถเกิดได้แม้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะไม่มีอาการ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือกินยาต้านไวรัสอยู่โดยทั่วไป เราจะไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากยุงกัด การไอ จาม การกิน การดื่มน้ำแก้วเดียวกัน จับมือ กอด ใช้ห้องน้ำร่วมกัน การว่ายน้ำในสระน้ำ หรืออ่างน้ำร้อนร่วมกัน ดังนั้นการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับช่องทางการรับเชื้อเอชไอวีด้วย เช่น กรณีช่องทางการรับเชื้อเอชไอวีจากการรับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดจากหญิงสู่ชาย จะมีความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดจากชายสู่หญิง และผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เป็นต้น ดังตารางที่ 1.7

ตารางที่ 1.7 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงและความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีตามช่องทางารับเชื้อเอชไอวีและความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ

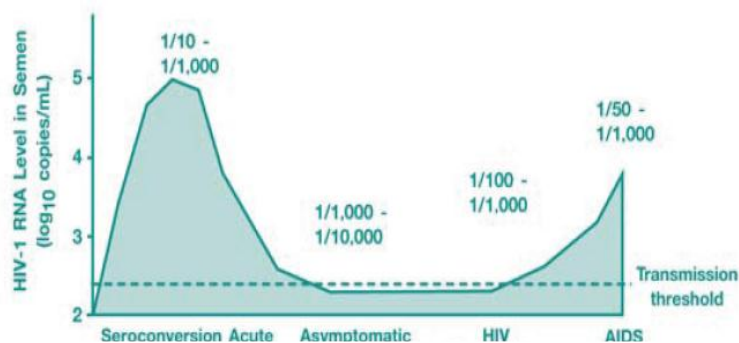
ช่องทางการรับเชื้อเอชไอวี	ความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
การรับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ <ul style="list-style-type: none"> - เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดจากหญิงสู่ชาย - เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดจากชายสู่หญิง - เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก - การอมอวัยวะเพศชาย (Fellatio) 	<p>1 ใน 700 ถึง 1 ใน 3,000</p> <p>1 ใน 200 ถึง 1 ใน 2,000</p> <p>1 ใน 10 ถึง 1 ใน 1,600</p> <p>0 (ข้อมูลจาก CDC) ถึง 1 ใน 17 (ข้อมูลจากการศึกษาในซานฟรานซิสโก)</p>
การรับเชื้อเอชไอวีทางเลือด <ul style="list-style-type: none"> - การรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี - การใช้เข็มร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี - การถูกเข็มที่มีเชื้อเอชไอวีตำ - การถูกเข็มที่มีเชื้อเอชไอวีตำและได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ (Post Exposure Prophylaxis) 	<p>95 ใน 100</p> <p>1 ใน 150</p> <p>1 ใน 200</p> <p>1 ใน 10,000</p>
การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ยา AZT - ได้ยา AZT - ได้ยา AZT เริ่ม 28 สัปดาห์ + single dose NVP หรือ HAART ตามข้อแนะนำกระทรวงสาธารณสุข 	<p>1 ใน 4</p> <p>1 ใน 10 (น้อยกว่าร้อยละ 10)</p> <p>น้อยกว่า 1 ใน 20 (น้อยกว่าร้อยละ 5)</p>

ที่มา: สำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (2551)

ระยะของการติดเชื้อเอชไอวีกับโอกาสเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

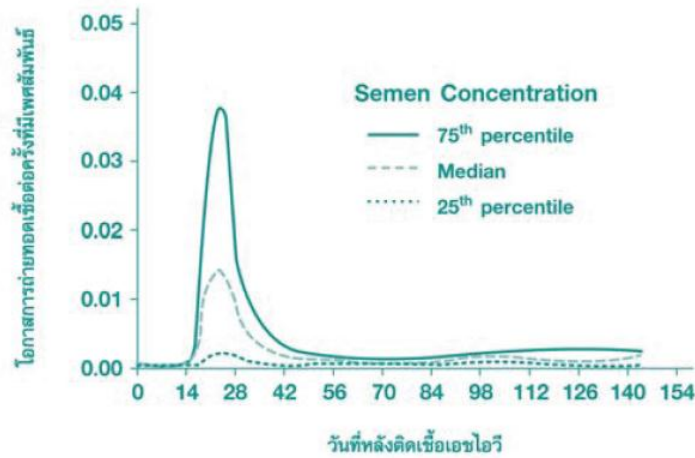
โอกาสเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อต่อครั้งที่มีการสัมผัสจะมีสูงที่สุดในช่วงระยะ 3 สัปดาห์แรกของการติดเชื้อ รองลงมาคือ ในระยะท้ายของโรคที่มีอาการเอดส์ระยะสุดท้ายดังรูปที่ 1 และ 2 อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีระดับไวรัสในสิ่งคัดหลั่งสูงที่สุดแม้ระยะที่ไม่มีอาการจะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อต่ำ แต่เนื่องจากระยะนี้อยู่ยาวนานหลายปีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ จึงมีความเสี่ยงสะสมสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและถ่ายทอดเชื้อให้กับคนหลายคนได้

รูปที่ 1 แสดงระยะของโรคเอดส์และจำนวนเชื้อเอชไอวีในน้ำอสุจิ



ที่มา: Cohen, M.S. (2005) อ้างอิงจากสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข, 2551

รูปที่ 2 แสดงจำนวนเชื้อเอชไอวีในน้ำอสุจิกับช่วงระยะเวลาหลังจากติดเชื้อเอชไอวี



ที่มา: Cohen, M.S. (2005) อ้างอิงจากสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข, 2551

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไวรัสในเลือดกับอัตราเสี่ยงในการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวี

ระดับไวรัสเอชไอวีในเลือดที่ต่ำ โดยเฉพาะหากต่ำกว่า 400 copies/ml จะมีอัตราเสี่ยงต่ำมากในการถ่ายถอดเชื้อแต่ก็ยังมีพบได้ ถ้าให้อัตราเสี่ยงในการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีที่ระดับไวรัสน้อยกว่า 3,500 copies/ml เป็นระดับอ้างอิงเท่ากับหนึ่ง อัตราเสี่ยงจะสูงขึ้นตามลำดับ ถ้ามีระดับไวรัสในเลือดสูงขึ้น

ตารางที่ 1.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดกับอัตราเสี่ยงในการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวี

ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (copies/ml)	อัตราเสี่ยงในการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวี (adjusted rate ratio; ร้อยละ 95 CI)
<3,500	1 (อัตราเสี่ยงอ้างอิง)
3,500 - 9,999	5.80 เท่าของอัตราเสี่ยงอ้างอิง (2.26 - 17.80)
10,000 - 49,999	6.91 เท่าของอัตราเสี่ยงอ้างอิง (2.96 - 20.15)
>50,000	11.87 เท่าของอัตราเสี่ยงอ้างอิง (5.02 - 34.88)
ระดับไวรัสในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้น 1 log	2.45 เท่าของอัตราเสี่ยงอ้างอิง (1.85 - 3.26)

ที่มา: CDC (2003) และ Quinn, T.C., Wawer, M.J., Sewankambo, N., et al. (2000). อ้างอิงจากสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข, 2551

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการถ่ายถอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มีดังนี้

1. ปัจจัยจากเชื้อไวรัส เนื่องจากในแต่ละท้องถิ่นมีการพบเชื้อสายพันธุ์ (clade) แตกต่างกันโดยแต่ละสายพันธุ์มีความสามารถในการถ่ายถอดเชื้อไม่เท่ากัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคม ในแต่ละสังคมและกลุ่มประชากรมีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมทางเพศ วัฒนธรรมและสังคม จำนวนคู่นอน และวิธีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ในบางท้องถิ่น

ที่มีอุบัติการณ์โรคสูงก็เป็นปัจจัยสนับสนุนให้มีโอกาสรับเชื้อได้ง่ายขึ้น การเปิดเผยผลเลือดกับคู่เพศสัมพันธ์และการทราบผลเลือดของคู่เพศสัมพันธ์จัดเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการตัดสินใจ รวมถึงการสื่อสารระหว่างคู่เพื่อใช้ถุงยางอนามัย และเข้าสู่อุปกรณ์รักษาด้วยยาต้านไวรัส

3. ปัจจัยทางชีวภาพของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ มีผลต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

3.1 การกลายพันธุ์ของ chemokine receptor (CCR) gene ถ้ามีการกลายพันธุ์ของ CCR gene จะมีผลลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าในแต่ละเชื้อชาติมีการกลายพันธุ์ของ CCR gene แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 11 ในคนผิวขาว ร้อยละ 1.7 ในคนผิวดำ สำหรับในคนไทย พบว่ามีการกลายพันธุ์อยู่บ้างแต่พบน้อย (Nookhai. S., et al. (2000) และ Ruchusatsawat. N., et al (2000) อ้างอิงในสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข, 2551).

3.2 ระยะของโรค โดยระยะที่มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อสูงสุดต่อครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะหลังรับเชื้อ 3 สัปดาห์ รองลงมาคือระยะที่เป็นเอดส์เต็มขั้น

3.3 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ช่วยลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ แต่ถ้ามีการดื้อยาเกิดขึ้นก็มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่คู่อีกได้

3.4 การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากัน ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเพิ่มความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ดังนี้

3.4.1 ผู้ที่มีแผลที่อวัยวะเพศจากโรคต่อไปนี้ ได้แก่ chancroid, syphilis, herpes simplex virus 2 (HSV-2) จะเพิ่มความเสี่ยงในการรับเชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึง 1.5 - 7 เท่า เนื่องจากแผลเปิดที่อวัยวะเพศจะเป็นทางเข้าของเชื้อได้ง่ายขึ้น (Royce, R.A., et al. (1997) อ้างอิงในสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข, 2551).

3.4.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแผลที่อวัยวะเพศจะเพิ่มอัตราในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นได้มากขึ้น 2 - 5 เท่า

3.4.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* หรือ *Chlamydia trachomatis* ที่ช่องทางเดินปัสสาวะ หรือปากช่องคลอด หรือในหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อ *Trichomonas vaginalis* ที่ทำให้ช่องคลอดอักเสบจะมีระดับไวรัสในสิ่งคัดหลั่งที่สูงและเพิ่มโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเพิ่มการหลั่ง cytokines บริเวณที่ติดเชื้อซึ่งกระตุ้นการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี

3.4.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสในเลือดก็สามารถเพิ่มระดับไวรัสเอชไอวีในเลือดได้เช่นกัน ทำให้เพิ่มอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและทำให้การดำเนินโรคของเอชไอวีแย่ง

3.5 การมี cervical ectopy ทำให้เพิ่มโอกาสรับเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้นถึง 1.7 - 5 เท่า ในบางคน แต่ไม่พบในทุกการศึกษาที่มีรายงาน

3.6 การทำ Circumcision หรือการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชาย พบว่าสามารถลดโอกาสการรับเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากในบริเวณหนังหุ้มอวัยวะเพศชายมักเป็นที่สะสมของเชื้อและเซลล์ต่างๆ โดยพบว่าในผู้ชายที่มีหนังหุ้มปลายปกติจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ทำ circumcision ถึง 1.7 - 8.2 เท่า (Royce, R.A., et al. (1997) อ้างอิงในสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข, 2551).

3.7 การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่ดี ส่วนวิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นๆ มีผลลัพธ์แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาดังตารางข้างต้น

3.8 การมีประจำเดือนและการตั้งครรภ์ เพิ่มโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีเลือดออกและมีแผลในมดลูก ทั้งนี้ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงมีประจำเดือนเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีมากขึ้น 1.5 เท่า ส่วนผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่มีประจำเดือน เสี่ยงในการรับเชื้อจากผู้หญิงมากขึ้นถึง 3.4 เท่า เนื่องจากในช่วงมีประจำเดือนผู้หญิงที่ติดเชื้อมักมีระดับไวรัสในสิ่งคัดหลั่งมากขึ้น 2 - 3 เท่า และบางส่วนปนในเลือดประจำเดือนด้วย

4. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามระยะพัฒนาการและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันพฤติกรรมบางอย่างก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ การทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในแง่การวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และหากพยาบาลเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและนำไปสู่สุขภาพที่สมบูรณ์ต่อไป

พฤติกรรมหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ย่อมมีสาเหตุ มีแรงกระตุ้นให้เกิดและย่อมมีจุดมุ่งหมาย พฤติกรรมของบุคคล มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาจนสิ้นชีวิต บางส่วนของพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลง บางส่วนคงที่ บางส่วนหายไป เพราะมีพฤติกรรมใหม่เข้ามาแทน พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทุกครั้งต้องมีสาเหตุหรือสิ่งที่มา กระตุ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่บุคคลคาดหวังไว้ และจะกระทำพฤติกรรมนั้นจนกว่าจะสมหวัง เพื่อนำความพึงพอใจมาสู่ตนเองมากที่สุด Herber C. Kelman นักจิตวิทยาได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคล 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นเพราะถูกบังคับ เช่น การให้รางวัล การลงโทษ มีผลต่อพฤติกรรมภายนอก เช่น การพูด การกระทำต่างๆ
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะการเอาแบบอย่าง เกิดจาก การที่บุคคลมองเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดี จึงต้องการ เลียนแบบเพื่อให้เหมือนบุคคลนั้น
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี เกิดขึ้น จากการที่บุคคลยอมรับ และรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็น สิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวคิด ค่านิยมที่ตนเองยึดถืออยู่

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบ่งได้ 4 ประการ ดังนี้

1. วุฒิภาวะ เป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น
2. พันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากบิดา มารดา ได้แก่ ระดับสติปัญญา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะ ด้านความคิดและการแสดงออก
3. สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน สถาบัน เป็นต้น
4. การเรียนรู้ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ สภาพแรง ผลักดันทางร่างกาย รางวัลและการลงโทษ การกระทำซ้ำๆ กลุ่มบุคคล ข่าวสาร การจูงใจ ทศนคติ ค่านิยม เป็นต้น

นอกจากนี้ แรงจูงใจยังถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เพราะมีผลต่อสติปัญญา ความสำเร็จ และความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า แรงจูงใจ เป็นกุญแจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง โดยเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนล้วนมีแรงจูงใจแฝง มุ่งแสวงหาคุณค่าที่แท้จริงของตนเอง แรงจูงใจมีความซับซ้อนเพราะเกิดจากแรงกระตุ้นภายใน และแรงกดดันจากภายนอก การใช้สติปัญญาในการประเมินความเสี่ยง และมุมมองที่มีต่อสถานการณ์ แรงจูงใจเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่อยู่นิ่ง ขึ้นอยู่กับ เวลาและสถานการณ์รอบข้าง และแรงจูงใจอยู่ภายใต้ อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

พฤติกรรมเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากปัจจัยหรือการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวกับ พฤติกรรมภายใน และ พฤติกรรมภายนอกของบุคคล 3 ด้านดังนี้

1. **ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)** รู้ คิด ใช้ปัญญา พัฒนาสติปัญญา ซึ่งความสามารถ และทักษะในการคิดและใช้แก้ปัญหา (Intellectual Abilities and Skills) เริ่มจากความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehention) นำความรู้ไปใช้ (Application) วิเคราะห์ (Analysis) สังเคราะห์ (Synthesis) และประเมินผล (Evaluation)

2. **ด้านทัศนคติ หรือค่านิยม (Affective Domain)** เกิดจากการ รับ (Receiving) การตอบสนอง (Responding) การให้ค่า (Valuing) การจัด กลุ่มค่า (Organizing) และการแสดงลักษณะตามค่านิยม (Characterization by a value or value complex)

3. **ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor or Action Domain)** ทั้งที่สังเกตได้ สังเกตไม่ได้ และ พฤติกรรมที่ล่าช้า Rosenstock (1974a) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรง ต่อชีวิตเขาพอสมควร และเมื่อเขาปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะก่อให้เกิดผลดี ทั้งช่วยลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงถ้าเกิดป่วยด้วย โรคนั้นๆ อีกทั้งการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ทางด้านจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความตาย เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมระดับบุคคล เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ คือ การรับรู้ถึงความเสี่ยง ทักษะในการปรับตัว ความเชื่อมั่นต่อศักยภาพของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ สาระของข้อมูล ความรู้และทักษะที่จำเป็น และความคมชัดของข้อมูลและองค์ความรู้

1. **การรับรู้ถึงความเสี่ยง** หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ภายในของบุคคลที่เกิดจากการตีความจากสิ่งที่ได้เห็นได้ยิน สิ่งที่รู้สึกด้วย ประสบการณ์อันเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความ เข้าใจนั้น ว่าตนเองเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณา จากปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยเสี่ยงทางสรีระของร่างกาย ชาย หญิง ซึ่งสรีระของเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศชาย ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล ได้แก่ สถานการณ์หรือโอกาสเสี่ยงตามวิถีชีวิต ของแต่ละคน ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นผลมาจาก ความรู้ ความ เข้าใจ ทักษะคิด ความเชื่อ การรับรู้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเอง นั้นเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เช่น ความรู้สึกว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์จะขัดขวางการมีความรู้สึกสัมผัสที่ดีขณะที่มี เพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่ยินยอมที่จะใช้ หรือความเชื่อที่ผิดๆ ของวัยรุ่น ปัจจุบันเกี่ยวกับการเป็นฮีโร (Hero) ในเรื่องเพศ คือ การสะสมสถิติของบุคคลที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วยยิ่งมากคนยิ่งเก่ง เป็นต้น ล้วนเป็นความเชื่อที่ผิดที่นำความเสี่ยงมาสู่บุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่เพิ่มเงื่อนไขความเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น โอกาสรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร สภาพแวดล้อมและสภาพทางเศรษฐกิจที่เอื้อให้บุคคลนั้นเกิดแนวโน้มที่ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ เช่น หญิงไทยส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้ด้านการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีต่ำ พบว่าก่อนสมรส/ก่อนการมีเพศสัมพันธ์มักจะไม่คำนึงถึงคู่ของตนเองว่าจะมีเชื้อเอชไอวีมาก่อนหรือไม่ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองจึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงและประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ ได้แก่ **การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันถือว่าเป็นความเสี่ยงที่แท้จริง** พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้กับทุกคน โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด คนที่รักไว้ใจ คนรู้จักผิวเผิน คนคุ้นเคย ซึ่งคนส่วนใหญ่ละเลยการป้องกัน สืบเนื่องจากกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่การสัมผัส การจูบปาก การทำ Oral Sex ฯลฯ มักจะจบด้วยการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยไม่ป้องกัน ซึ่งท้ายสุดนำไปสู่การมีความเสี่ยงระดับมากได้ ยังมีบุคคลส่วน หนึ่งกังวลกับ**ความเสี่ยงที่ไม่จริง** เช่น การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น สิ่งนี้เป็นผลจากความรู้สึกและ ทักษะคิดที่จะทำให้บุคคลประเมินโอกาสการรับเชื้อของตนเองผิดพลาดได้ ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันตนเองของแต่ละบุคคลด้วย

2. **ทักษะในการปรับตัว** เกี่ยวข้องกับการหลีกเลี่ยง การยอมรับ การต่อสู้ และการยอมแพ้มนุษย์มีกลไกในการเผชิญหรือปรับตัวต่อ ปัญหาได้ 3 ลักษณะ

2.1 กลไกการปรับตัวของมนุษย์ เมื่อเจอปัญหามักหลีกเลี่ยงจาก ความจริง ปฏิเสธตนเองพยายามมองข้ามความจริง ซึ่งเป็นกลไกปกติ ของบุคคลทั่วไป เช่น

“ผมไม่เสี่ยงเพราะไม่ค่อยเที่ยว”

“ผมมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงธรรมดา ไม่ได้ขายบริการ”

“ดิฉันไม่เสี่ยงเพราะนอนกับแฟนคนเดียว เป็นคนที่คบกันมา 3 เดือน”

2.2 ลักษณะที่พบบ่อย คือ การยอมรับว่าเหตุการณ์เหล่านั้น เป็นจริง พยายามเผชิญกับความจริงและยอมรับความจริง เช่น ยอมรับว่าเอดส์เป็นเรื่องใกล้ตัว คู่ของเราอาจมีเชื้อเอชไอวีจริง และเริ่มต่อสู้โดย ปรับตัวกับความจริงนั้น

2.3 การยอมแพ้อย่างราบคาบ โดยปฏิเสธว่า “ฉันไม่สามารถ... ไม่มีศักยภาพ...ไม่มีใครช่วยฉัน ไม่มีใครเห็นด้วยกับฉัน อะไรจะเกิดก็ต้อง เกิด” เป็นทักษะในการปรับตัวของบุคคลที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาด แรงสนับสนุนจากภายนอก ทำให้รู้สึกยอมจำนน บุคคลกลุ่มนี้มักมีความ เสี่ยงสูง เพราะจะมองทุกอย่างแบบสิ้นหวัง (Hopeless) ผู้ให้การปรึกษาต้องคำนึงถึงลักษณะดังกล่าวและ

กระตุ้นความสามารถของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง รวมทั้ง ฝึกทักษะอื่น เช่น การต่อรอง การปฏิเสธ การใช้ถ้อยคำอย่างอนามัย จนผู้รับ การปรึกษาเกิดความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน เพื่อการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

3. ความเชื่อมั่นต่อศักยภาพของตนเอง คือ ความเชื่อของบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดว่า ตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำเรื่องต่างๆ ได้ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ส่วนตัวและการสังเกตบุคคล อื่น ความเชื่อมั่นต่อศักยภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการเอาชนะหรือก้าวข้าม หรืออาจถอยกลับไปทำพฤติกรรมเดิมที่ตนเองมั่นใจว่าสามารถ ทำให้บรรลุเป้าหมายอย่างที่ต้องการได้ ด้วยการกระทำสิ่งนั้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า บุคคลทุกคนมีศักยภาพในตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับศักยภาพ ของตนเอง สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นคุณค่าของตนเอง จากแนวคิดที่ว่าคนจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เขาต้องเชื่อก่อนว่า เขาสามารถทำได้

4. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ หมายถึง การคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมใหม่ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ต่างจากเดิมซึ่งอาจเป็นได้ทั้งผลทางบวกหรือผลทางลบ ดังนี้
ผลทางบวก “ถ้าฉันชวนแฟนใช้ถุงยางอนามัย แฟนฉันคงชม ว่าฉันรอบคอบ”
ผลทางลบ “ถ้าฉันชวนแฟนให้ใช้ถุงยางอนามัย แฟนฉันคง ระวังว่าฉันมีคนอื่น”

นอกจากนี้ยังแบ่งความคาดหวังต่อผลลัพธ์ตามระดับต่างๆ คือ

ระดับบุคคล “ถ้าฉันชวนแฟนใช้ถุงยางอนามัย แฟนฉันคง ชมว่าฉันรอบคอบ”

ระดับสังคม “ถ้าฉันชวนแฟนใช้ถุงยางอนามัย เพื่อนหรือคนรอบข้างคงมองว่าฉันรอบคอบ
ทันสมัย”

ระดับสิ่งแวดล้อม “ถ้าฉันชวนแฟนใช้ถุงยางอนามัย คงจะช่วยทำให้การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง”

การที่มนุษย์จะเปลี่ยนแปลงหรือกระทำสิ่งใดต้องมีความคาดหวังต่อประโยชน์ที่เขาจะได้รับ โดยต้องการเห็นประโยชน์หรือผลลัพธ์นั้น คาดหวังต่อผลที่จะเกิดขึ้นถ้าเขาเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าตนเอง คนใกล้ชิด ครอบครัวจะได้รับ ประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงการกระทำนั้น โดยฝึกทักษะการสื่อสารของ ข้อมูลที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อคู่เพศสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะสื่อสารข้อมูลให้บรรลุ การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีได้

5. สาระของข้อมูลความรู้และทักษะที่จำเป็น

ความรู้ ได้แก่ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี กลยุทธ์ในการป้องกันการติดเชื้อ การค้นหาแหล่งบริการ เป็นต้น ผู้ให้การปรึกษาต้องให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ตรงไปตรงมา เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์หรือผลดีต่อการปฏิบัติตาม ซึ่งกระบวนการรับรู้นี้จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านั้นได้

ทักษะ ได้แก่ ทักษะการต่อรองกับคู่เพศสัมพันธ์ ทักษะการ ปฏิเสธ ทักษะการใช้ถ้อยคำอย่างอนามัยและสารหล่อลื่น ทักษะการล้างเข็ม และกระบอกฉีดยา ทักษะการหาข้อมูล การค้นหาแหล่งบริการ ทักษะ ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เป็นต้น

6. ความคมชัดของข้อมูลและองค์ความรู้ ข้อมูลที่ให้ผู้รับบริการต้องสอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตโดยตรงตามความเป็นจริง และตรงไปตรงมา เช่น ข้อมูลว่า “คู่ของผู้รับบริการเคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือไม่ ถ้าไม่เคยตรวจ คุณจะมั่นใจได้อย่างไรว่าคุณไม่เสี่ยง” “ทุกครั้งที่คุณดื่มจนเมา

คุณมักจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย” การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวจะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยากมาก การให้ข้อมูลเป็นเพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ บุคคลยังคงกระทำพฤติกรรมเดิมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่รับรู้เกี่ยวกับบุคคล โอกาสการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในวิถีชีวิตของทุกคน ไม่ว่าจะเป็นการแต่งงาน การเลิกร่า การเปลี่ยนคู่นอน ที่มีพื้นฐานมาจากความคุ้นเคยหรือไม่ก็ตาม โอกาสเสี่ยงต่อเอดส์เกิดขึ้นได้กับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน บุคคลมักจะไม่ได้นึกถึงว่าคู่ของเราเคยมีเพศสัมพันธ์กับใครมาก่อน ซึ่งอาจมีเครือข่ายการมีเพศสัมพันธ์ที่ซับซ้อนอีกมากมาย ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ข้อมูล ความเสี่ยงที่มีต่อตนเองอย่างรอบด้าน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมระดับสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและค่านิยมทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สามี/ภรรยา คู่นอน ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ผู้ให้การปรึกษา แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เป็นต้น ค่านิยมทางสังคมเป็นสิ่งที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ มีผลมาจากทัศนคติทางสังคมเกี่ยวกับการกระทำที่ สังคมเห็นเป็นเรื่องธรรมดา หรือเป็นที่ยอมรับในกลุ่มนั้น เช่น ผู้ชายแสวงหาประสบการณ์ทางเพศได้ ผู้หญิงที่ดีไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยให้ความสำคัญมากกับเรื่องการรักษาความบริสุทธิ์ ยังมีค่านิยมอีกหลายเรื่องส่งผลต่อความยุ่งยากในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของแต่ละคน เพราะไม่ใช่เพียงหมายถึงตนเองติดเชื้อแต่เป็นเรื่อง ความรู้สึกที่เสียหาย รู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่า ไม่ใช่หญิงบริสุทธิ์ นอกใจคู่สมรส มีผู้สำส่อนทางเพศ ฯลฯ ด้วยเหตุผลนี้บุคคลที่ติดเชื้อจึงต้องปกปิดผลเลือดของตนเอง และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันทำให้แพร่เชื้อต่อไป ค่านิยมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลมากที่สุดคือ ค่านิยมที่เกิดจากผู้ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น ผู้เป็นแบบอย่าง que บุคคลนั้นให้ความเกรงใจให้ความเคารพ เพราะกลุ่มคนเหล่านี้จะคอยสังเกต สนับสนุนให้บุคคลทำตามค่านิยมนั้นๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมระดับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถควบคุมได้แก่

1. การเข้าถึงการบริการและอุปกรณ์ด้านสุขภาพ เช่น การตรวจเลือด ถุงยางอนามัย ฯลฯ
2. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้บริการ
3. สถานะทางเศรษฐกิจ ความยากจนของชุมชน
4. นโยบายของรัฐหรือกฎหมาย และข้อบังคับต่างๆ
5. สื่อสารมวลชน

ปัจจัยดังกล่าวล้วนมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล มีส่วนส่งเสริมหรือยับยั้งการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง สรุประดับที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว เช่น การให้สุขศึกษา ไม่สามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การให้บริการปรึกษาจึงมีส่วนสำคัญ โดยผู้ให้การปรึกษาต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน นำมาร่วมวิเคราะห์และวางแผนการให้บริการอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

วันเพ็ญ พูลเพิ่ม (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออก ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ ซึ่งก่อนให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน

ดรุณญา สมสีใส (2550) พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอันนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพ สุขสูงของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยพฤติกรรมนั้นๆ มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดำรงสุขภาพที่ดีไว้ โดยที่มุ่งศักยภาพของบุคคลอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นไปได้ทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป็นกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพด้านลบ

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ทั้งภายในและภายนอก อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ โดยอาศัยความรู้ สติปัญญา อารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจ การรับรู้ของบุคคลในด้านการดูแลป้องกัน ส่งเสริมและรักษา ซึ่งก่อนให้เกิดผลดีหรืออาจส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเอง 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 ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2549, ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2544)

1. **พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior)** หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป ประกอบด้วย 4 ลักษณะดังนี้

1.1 พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ (Illness behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปของการดูแลแก้ไขปัญหาเมื่อตนเองหรือครอบครัวเจ็บป่วยเพื่อช่วยเหลือและดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยและไม่พิการหรือเสียชีวิต พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่สำคัญนี้ได้แก่ การรับรู้เมื่อตนเองหรือคนที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย การแสวงหาการรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนป่วยในครอบครัว การดูแลพึ่งพาตนเองของบุคคลหรือครอบครัว

1.2 พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและอื่นๆ ทั้งที่มีผลต่อ

ตนเองหรือบุคคลอื่น พฤติกรรมการป้องกันโรคที่สำคัญนี้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขปฏิบัติทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต พฤติกรรมเฉพาะการป้องกันโรคบางโรค พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา สรุปคือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่นำไปสู่การป้องกันโรค การป้องกันการเจ็บป่วยรวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุทั้งของตนเอง ครอบครัวและคนอื่นๆ ในชุมชนด้วย

1.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Promotive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือบุคคลอื่น ในครอบครัวและชุมชนด้วย

1.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข (Participation behavior) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นี้มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น การควบคุมโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมการแพร่เชื้อเอชไอวี เป็นต้น พฤติกรรมมีส่วนร่วมที่สำคัญได้แก่ การนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอในโครงการกวาดล้างโปลิโอ การนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือตัวอ่อนยุงลาย การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลของบ้านเรือน การหลีกเลี่ยงสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงต่อโรค เป็นต้น

2 พฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเป็นโรค เช่น การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันมากเกินไปจนเกิดความอ้วน การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุซึ่งสุขภาพะทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มคนจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตตาวา องค์การอนามัยโลกและนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพดังนี้

1. เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น
2. เป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชน คือ เป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง
3. เป็นกิจกรรมที่มุ่งไปสู่สภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพของสาธารณสุขและบุคคล
4. เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

เมอร์เรย์และเซนต์เนอร์ (Murray & Zentner, 1997) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับของคุณค่าที่สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้อง หรือสูงสุดของคุณค่า ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชนและสังคม

โอดันเนล (O' Donnell, 2002) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของบุคคลในทางที่จะนำไปสู่สถานะทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสุขภาพที่เหมาะสมเป็นความสมดุลระหว่างสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต ทำให้เกิดขึ้นโดยการผสมผสานระหว่างความพยายามในการเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จะให้ผลกระทบที่ดีที่สุดต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

เพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยอาศัยแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ต้องการแค่เพียงหลีกเลี่ยงโรคนั้น แต่เป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความสุขให้คงอยู่ในระดับสูงสุดเมื่อบุคคลมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในทุกด้าน

โดยสรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกโดยอาศัยแรงจูงใจในการปฏิบัติ ไม่ใช่เพียงแค่หลีกเลี่ยงโรคนั้น แต่เน้นที่ความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความสุขให้อยู่ในระดับสูงสุด โดยการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งทางการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพื่อให้เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของคุณค่า ครอบครัว ชุมชนและสังคม

จากความหมายพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความหมายคล้ายคลึงกัน โดยพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความหมายกว้างกว่า เป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคล มุ่งเน้นที่การป้องกันรักษา ฟื้นฟูและดูแลสุขภาพซึ่งอาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนหรือสังคม แต่พฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมนั้นมุ่งเน้นที่การยกระดับให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและความสุขในชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของคุณค่า ครอบครัว ชุมชนและสังคม

เพนเดอร์และคณะ (Pender et al, 2002) ให้ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะไม่ได้เน้นที่โรคหรือการมีสุขภาพดีแต่เป็นการเน้นการเข้าถึงพฤติกรรมและค้นหาศักยภาพทางบวกของบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคจะเน้นที่การป้องกันโรคเพื่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และเป็นการป้องกันการเกิดโรคเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและความสุขของชีวิต แต่พฤติกรรมสุขภาพจะครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มุ่งเน้นการเข้าถึงพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมตามสถานการณ์ และเป็นการยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)

เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในปี ค.ศ. 1975 เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของประชาชนซึ่งแบบจำลองดังกล่าวมีโมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่

การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นมโนทัศน์เชิงบวก ต่อมาเพนเดอร์ได้พัฒนาแบบจำลองเป็นระยะในปี ค.ศ. 1986 ค.ศ. 2002 และค.ศ. 2006 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการสร้างแบบจำลองนี้เพื่อผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวว่าบุคคลมีความเป็นองค์รวมประกอบด้วยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) อาศัยแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการมีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดจนความผาสุกของชีวิต (Pender et al., 2002)

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง (Pender et al., 2002)

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลที่มีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิตสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

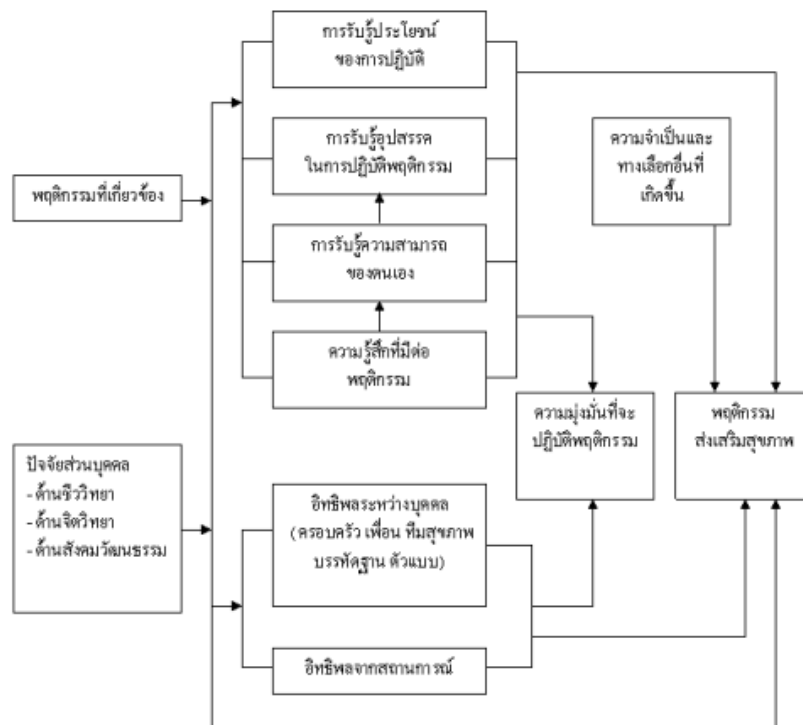
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งมีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 2002 ดังรูปที่ 3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

รูปที่ 3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 1986, 2002)

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์

ความคิดและอารมณ์ต่อ
พฤติกรรม

ผลลัพธ์พฤติกรรม



ที่มา: ธนพร วรรณกุล. มปป.http://www.teacher.ssru.ac.th/tanaporn_wa/pluginfile.php/39/block_html/content

มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristic and experience) 2)ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect และ3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) เพนเดอร์ได้อธิบายที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristic and experience) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยเกิดขึ้น (Prior-related behavior) พบว่าตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่งคือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีต มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตโดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์

(Benefit) การรับรู้อุปสรรค (Barrier) และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (Activity-related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ปัจจัยส่วนบุคคลจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย มีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะได้เท่าๆ กับมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลการ สภาวะวัยรุ่น สภาวะประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรม การศึกษาและสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect)

ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เป็นมโนทัศน์ที่เป็นแกนสำคัญในการสร้างกลยุทธ์ กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัวหรือลดความรู้สึกเมื่อยล้า การได้รับรางวัลเงินทองหรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)

จากผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ประกอบด้วยอุปสรรคภายในและภายนอก ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม สถานภาพทางเศรษฐกิจ การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศและความไม่สะดวก เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่

จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อการรับรู้อุปสรรคมีมากจะเกิดพฤติกรรมได้ยากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่ำ

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพลดลงได้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวทำนายพฤติกรรมผู้ป่วยได้ร้อยละ 86 โดยเพนเดอร์ได้นำแนวคิดนี้มาจากเบนดูรา (Bandura, 1997) ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ การกระทำที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishment) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)

2.4 ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-related affect)

ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้อิทธิพลระหว่างบุคคลยังรวมถึงบรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านวัตถุ ข้อมูล ข่าวสารและอารมณ์) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จากบุคคลอื่น) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 57

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุนความต้องการ และความเอื้อ

ของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกว่าจะเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึก คุ่นเคย เป็นสิ่งที่ช่วยดึงดูด หรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome)

เป็นพฤติกรรมเกิดขึ้นจากพฤติกรรม จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมาจากการกำหนด ความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำตามความตั้งใจ ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการกระทำได้สำเร็จประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions)

ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจอย่างจริงจัง ที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและ กลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อ แผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคลในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences)

ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการความชอบของบุคคลในขณะนั้น หมายถึง พฤติกรรม อื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่ สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการ ของผู้อื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นจะถูกมองว่าเป็น พฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งเกี่ยวข้องกับ สิ่งแวดล้อม เช่น รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเพราะรสชาติอร่อยกว่าหรือขับรถเพื่อไปออกกำลัง กายแต่ผ่านห้างสรรพสินค้าเลยตัดสินใจหยุดจ่ายซื้อของ ดังนั้นความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็น ปัจจัยส่งผลโดยตรงกับการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความ มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่ เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมใน แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพใน ทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้ผนวกการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้คือ การปรับภาวะสุขภาพ การ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของ มนุษย์ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านดังนี้ (Pender et al., 2002)

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง ความเอาใจใส่ และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลตนเองทั่วไป เช่น การดูแลรักษาสุขภาพ ทั่วไป และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและ

ความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

3.3.2 การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 นาที หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นกับความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

3.3.3 โภชนาการ (Nutrition) เป็นปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร เลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ช่วยให้เกิดความภูมิใจ เห็นคุณค่าแห่งตน เกิดความรู้สึกที่ดีช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

3.3.5 การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและชีวิต

3.3.6 การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพราะความเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระบบการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท บุคคลที่มีความเครียดอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ง่าย

5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 2 แนวคิดหลักคือ แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ และแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโพรชาสกาและดิเคลเมนเต (Prochaska & DiClemente, 1983) (Transtheoretical model หรือ Stage of Change) ตามรายละเอียดดังนี้

1 แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender ,2002) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ปัจจัยนี้นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

บุคคล และที่สำคัญปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วยความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health promoting behaviors)

1.2 ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อม โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วยปัจจัยทางประชากร (Demographic factors) ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยสถานการณ์ (Situational factors) และปัจจัยพฤติกรรม (Behavior factors)

1.3 สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะคือ สิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่นล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโพรชาสกาและดิเคลเมนเต (Transtheoretical model หรือ Stage of Change) (Prochaska & DiClemente, 1983)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโพรชาสกา (Prochaska) เกิดขึ้นในจิตวิทยาคลินิก ซึ่งเป็นงานวิจัยของโพรชาสกาและดิเคลเมนเต (Prochaska and DiClemente, 1983) เนื่องจากพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้เพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) ประกอบด้วย 5 โครงสร้างที่สำคัญ คือ 1) ระดับขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change: POC) และกระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกคิด (Cognitive or experiential process) 3) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) 4) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) และ 5) ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC) เป็นการอธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติ (attitude) และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่

2.1.1 ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Pre-contemplation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ภายใน 6 เดือนข้างหน้าจะไม่มี ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักไม่รู้สึกรู้สึกหรือไม่มี ความรู้ถึงผลเสียของพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ จะพยายามหลีกเลี่ยงการอ่าน พูด หรือคิดถึงผลเสียของพฤติกรรมที่เป็น การพยายามให้ข้อมูลหรือบังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำให้เกิด ความรู้สึกรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรงผู้ป่วยมักไม่มีแรงจูงใจ และไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรักษาใดๆ แม้ผู้ป่วยจะยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากถูกกดดันจากผู้คนรอบข้างแต่เมื่อปราศจากแรงกดดันนั้นผู้ป่วยมักจะกลับมา มีพฤติกรรมเหมือนเดิมอีก ในระดับนี้ผู้ป่วยมักรู้สึกต่อต้านการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (resistance stage) หากให้กิจกรรมเสนอแนะที่ผิดพลาดอาจทำให้ผู้ป่วยติดอยู่ในระดับนี้นานกว่าที่ควร

2.1.2 ขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ จะมีความตระหนักถึงปัญหาและมีความคิดที่จะแก้ไขพฤติกรรม แต่ยังไม่คิดที่จะลงมือทำในทันที มักวางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีก 1 เดือนข้างหน้า ผู้ที่อยู่ในระดับนี้จะประเมินว่าพฤติกรรมที่ต้องทำนั้นให้ผลดีต่อตัวเองน้อยกว่า ความพยายามและความยากลำบากที่ต้องประสบเพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ไม่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองทันที การศึกษาจำนวนมากพบว่าผู้ที่อยู่ในระดับนี้อาจติดอยู่ยาวนานเกิน 2 ปี โดยไม่เปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับที่สูงขึ้น หากไม่ได้รับกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสม

2.1.3 ขั้นเตรียมการ (preparation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ จะมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีกไม่เกิน 1 สัปดาห์ข้างหน้า หรืออาจจะเคยลองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาแล้วในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาแต่ประสบความล้มเหลว หรือปัจจุบันอาจพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการได้

2.1.4 ขั้นปฏิบัติการ (action) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ต้องอุทิศเวลาและพลังงานเป็นอย่างมาก เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ผู้ป่วยในระดับนี้มักมีอาการตั้งเครียดมากกว่าผู้ที่อยู่ในระดับอื่น จะถือว่าอยู่ในระดับนี้เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้ ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน

2.1.5 ขั้นพฤติกรรมคงที่ (maintenance) ผู้ที่อยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้นานกว่า 6 เดือนขึ้นไป สิ่งทีุ่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำในระดับนี้คือ การป้องกันการย้อนกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาอีก ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูง

2.1.6 ขั้นกลับซ้ำ (Relapse) เป็นขั้นถดถอยเช่นพบว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วเป็นเวลา 12 เดือน จะมีการกลับมาสูบบุหรี่หรือร้อยละ 43 แต่ในคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า 5 ปี จะมีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น

สรุปขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติและความตั้งใจแบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ แต่ละขั้นตอนสามารถปรับเปลี่ยนขึ้นลงได้ตลอดเวลา ตามปัจจัยต่างๆเช่น ความรู้ ความเชื่อ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

1. ขั้นก่อนมีความตั้งใจ เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่ปฏิบัติและไม่ตั้งใจปฏิบัติ
2. ขั้นมีความตั้งใจ เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่ปฏิบัติ แต่มีความตั้งใจว่าจะจะทำ
3. ขั้นเตรียมการ เป็นพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบ้าง และตั้งใจจะทำทันที
4. ขั้นปฏิบัติการ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง/เป็นประจำ เมื่อเร็ว ๆ นี้
5. ขั้นพฤติกรรมคงที่ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำนานแล้ว

2.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change: POC) และกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) ในธรรมชาติของคนส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ได้ไม่นานก็กลับคืนสู่พฤติกรรมเดิมอีก ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้นหมายความว่าความถึงพฤติกรรมใหม่นั้นๆ ควรอยู่อย่างยั่งยืน ซึ่งต้องใช้ความ

พยายาม อุดหนุน แรงจูงใจหรือปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่โพรชาสกา และวีลิเชอร์ (Prochaska & Velicer, 1997)

ได้นำมาเสนอเพื่อนำมาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งสิ้น 10 วิธี ภายใต้กระบวนการปรับพฤติกรรม 2 กระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Process) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 การปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) เป็นการเพิ่มการรับรู้สาเหตุ และสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเผชิญหน้า การแปลความหมาย การให้ข้อมูลและการสอน การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้คนเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เช่น การพูดคุยกันในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะสามารถให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

2.2.2 การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้คนเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เช่น การพูดคุยกันในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะสามารถใช้เป็นเครื่องกระตุ้นให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลง

2.2.3 การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เป็นกระบวนการที่คนแต่ละคนสะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ ของการทำพฤติกรรมในใจของตนเอง ซึ่งจะทำอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งควรทำให้คนเชื่อว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการ

2.2.4 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Social liberation) เป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการยอมรับว่าสิ่งแวดล้อมสนับสนุนพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เช่น ไม่มีของหวานในบ้าน เป็นต้น

2.2.5 การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการสนับสนุนให้บุคคลค้นหาทางเลือกสอดคล้องกับความต้องการ จำนวนทางเลือกที่หลากหลายจะเสริมให้บุคคลมุ่งมั่นที่จะไปถึง การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การสนับสนุนของครอบครัว การจัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

2.2.6 การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationship) เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น การสนับสนุนของครอบครัว การจัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

2.2.7 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter conditioning) เป็นการทดแทนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การทดแทนความเครียดด้วยกิจกรรมคลายเครียดด้วยวิธีออกกำลังกาย ร้องเพลง หรือทดแทนการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงด้วยผัก เป็นต้น

2.2.8 การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง (environmental-reevaluation) เป็นขั้นที่คนประเมินความรู้และความรู้สึกของบุคคลว่า การทำพฤติกรรมของเขามีผลต่อคนอื่นๆ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้คือ การทำให้คนนั้นรู้สึกว่าการทำพฤติกรรมของตนเองเป็นทั้งตัวแบบที่ดีและไม่ดี หรือทำให้เข้าใจผลกระทบของพฤติกรรม และเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

2.2.9 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นไปได้ง่ายถ้าไม่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนรู้สึกถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดโอกาสของการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเดิม เช่นการไม่เดินผ่านบริเวณที่ขายอาหาร

2.2.10 การให้การเสริมแรง (Reinforcement management) ทำได้ทั้งการเสริมแรงทางบวก และทางลบ การให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ในขณะที่การให้การเสริมแรงทางลบเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามวิธีการให้การเสริมแรงทางบวก เป็นวิธีการสนับสนุนให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปโดยธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ปรับพฤติกรรมมากกว่าการให้การเสริมแรงทางลบหรือการลงโทษ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม สนับสนุนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) เป็นการทำให้เห็นถึงความขัดแย้ง ซึ่งก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหนึ่งๆ มนุษย์มักมีการประเมินถึงประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับและสิ่งที่ต้องสูญเสียไป

2.3 การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) เป็นการทำให้เห็นถึงความขัดแย้ง ซึ่งก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหนึ่งๆ มนุษย์มักมีการประเมินถึงประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับและสิ่งที่ต้องสูญเสียไป

2.4 ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาของเบนดูราซึ่งกล่าวว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองมีอิทธิพลต่อการเลือกกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมของคน การตัดสินใจว่ามีความสามารถเท่าใด ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น ระดับความมั่นใจในตัวเองในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) จะไม่เท่ากัน โดยในขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (pre-contemplation) และขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) ผู้ป่วยจะมีระดับความมั่นใจในตัวเองใกล้เคียงกันและค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในขั้นเตรียมการ (preparation) และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออยู่ในขั้นปฏิบัติการ (action) และขั้นพฤติกรรมคงที่ (maintenance) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.5 ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation) ความเคยชินหมายถึง การกระทำพฤติกรรมซ้ำๆ หลายครั้งในอดีต กระทำโดยอัตโนมัติไม่ต้องอาศัยการบังคับควบคุมโดยพฤติกรรมนั้นต้องมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งระดับความเคยชินสามารถวัดการทำพฤติกรรมเป้าหมายตามที่เรากำลังต้องการ ส่วนสิ่งล่อใจเป็นการวัดพฤติกรรมหรือสิ่งที่กระตุ้นให้ทำพฤติกรรมที่เราต้องการจะทำ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค หรือจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการลดอัตราการป่วย อัตราตาย อัตราการดื้อยา ลดค่าใช้จ่ายจากการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขได้มีการตื่นตัว เข้ามามีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้น ในเรื่องของการส่งเสริมและการป้องกันโรค ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการให้การดูแลทั้งทางด้านเชิงรุกและเชิงรับไปพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะเรื่องของการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันตามขั้นของพฤติกรรม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรใช้วิธีที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงตามขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นได้อย่างยั่งยืน

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ทุกคนต้องปฏิบัติด้วยตนเอง บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและศาสตร์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ศาสตร์ทางการแพทย์แผนตะวันออก ศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย สังคมศาสตร์ และรัฐศาสตร์ มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจบุคคล กล่าวคือ การทำให้เกิด ทำให้มี ทำให้ตระหนัก ทำให้เชื่อมั่น ทำให้ได้ใช้ ได้พัฒนา ศักยภาพที่มีอยู่ในตน ให้แปรรูปออกมาเป็นพลังที่สร้างสรรค์คือ การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมีและดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิธีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องสร้างกระบวนการวิธีที่ทำให้คนทำงานในองค์กรได้ดึงเอาความสามารถของตนออกมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยเน้นไปที่พลังอำนาจที่ใช้ในการบริหารจัดการงานในหน่วยงานหรือองค์กรเป็นหลักเป็นกลไกที่ถือได้ว่าเป็นหัวใจของแนวทาง "สร้าง" นำ "ซ่อม" ซึ่งหมายถึง การให้ความสำคัญกับการสร้างความแข็งแกร่งทางด้านสุขภาพองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาด้านสุขภาพองค์รวมที่ร้ายแรง ที่อาจจะเกิดตามมาจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

การสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน คือ

1. discovering reality การค้นพบความจริง
2. critical reflection การพิจารณาไตร่ตรอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. taking charge ดำเนินการ ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (เรียนรู้ เรียกร้องจัดการ ต่อรอง ปกป้องสิทธิ)
4. holding มั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ได้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

โรคเอดส์ในปัจจุบันมีเพียงยาต้านไวรัสเอชไอวีใช้ในการรักษาเพียงเพื่อชะลอการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและการหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นเป็นการกระทำหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิตยาวนานที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) มี 6 ด้านดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล การสนใจหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย

1.1 การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยต้องมีวินัยในการรับประทานยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายให้แข็งแรง ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น การรับประทานยาต้านไวรัสนั้น ผู้ป่วยต้องเคร่งครัดในการรับประทานยาให้ถูกต้องทั้งขนาดและเวลา ผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อย ร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาจึงจะสามารถทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างครบถ้วนทั้งหมด ยาก็มีประสิทธิภาพในการลดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ดีและมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการรักษาในระยะยาว ทั้งความสามารถในการลดเชื้อและคุณภาพภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาต้านไวรัส แม้ว่าอาการจะดีขึ้นผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยา เพราะถ้าหากผู้ป่วยหยุดรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา โอกาสที่เชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นและเกิดการดื้อยาได้ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลวตามมา

1.2 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ดีและส่งผลต่อการลดอัตราการทำลายภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาว แต่อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับประทานยาต้านไวรัสมีโอกาสเกิดขึ้นได้ เช่น Indinavir สามารถตกตะกอนเป็นผลึกเหนียวทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ยา Nevirapine อาจทำให้เกิดอาการผื่นแพ้ ภาวะตับอักเสบที่รุนแรงที่อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ยา Efavirence อาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น นอนไม่หลับ ผื่นร้าย วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์หลังเริ่มยา ยา Indinavir/Ritonavir ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผลข้างเคียงระยะยาวของยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ อาการข้างเคียงต่อระบบปลายประสาท (Peripheral neuropathy) เช่น อาการชาตามปลายมือปลายเท้าที่มักเกิดจาก Stavudine ไขมันพอก (Lipoatrophy) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการแก้มตอแบน ขนขาถี่และภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เป็นต้น โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Protease inhibitors (Calza et al., 2003) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับทราบข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับประทานยาและสามารถจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนจาก

การติดเชื้อฉวยโอกาส หากพบว่ามีอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจครั้งต่อไป เช่น มีไข้ เหงื่อออกกลางคืน อาการไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย มีฝ้าขาวที่ลิ้น งูสวัดที่ผิวหนัง น้ำหนักลด ต่อมาน้ำเหลืองโต เป็นต้น

1.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องป้องกันตนเองในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่กันและกัน การไม่สวมถุงยางอนามัยอาจส่งผลให้เชื้อตัวยามีโอกาสเกิดการกลายพันธุ์ได้

1.4 การป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำจึงมีโอกาสติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรทำความสะอาดร่างกายตนเองอย่างสม่ำเสมอ ล้างมือ แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง รักษาผิวหนังให้แห้งสะอาด การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อนาน 30 นาทีหรือต้มด้วยน้ำเดือดนาน 20 นาที ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่แออัดหรือผู้คนพลุกพล่าน หลีกเลี่ยงการสัมผัสและคลุกคลีสัตว์เลี้ยงที่อาจทำให้เกิดโรค งดบริจาคเลือดและไม่ใช้ของมีคมร่วมกับบุคคลอื่น ไม่เข้าไปใกล้บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด วัณโรคปอด เป็นต้น

2. ด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย (Physical activity) การออกกำลังกายจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender et al., 2006) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่จังหวะ เช่น การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดินเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไป เพราะจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมเร็วขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นในระดับปานกลางจะช่วยเพิ่มระดับซีทีโฟร์ในร่างกายสูงขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความรุนแรงของโรคและไขมันของร่างกายลดลง ในรายที่ยังไม่แสดงอาการและที่มีอาการเบื้องต้นพบว่า การออกกำลังกายจะช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น ระดับซีทีโฟร์สูงขึ้น ความรุนแรงของโรคลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดจำนวนเชื้อไวรัสส่งผลให้สุขภาพทางจิตดีขึ้น (Bopp et al., 2003) และในกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงมากเท่าคนปกติ การทำงานบ้าน เช่น การรดน้ำกวาดบ้าน เช็ดถูบ้าน เป็นต้น จัดเป็นการออกกำลังกายได้วิธีหนึ่ง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ม.ป.ป.)

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) อาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ การขาดสารอาหารจะทำให้รับเชื้อได้มากขึ้นและการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่มีอาการอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ระบบทางเดินอาหารจะทำหน้าที่ลดลง การย่อยและดูดซึมเสียไป น้ำหนักลดลง อูจจาระเรื้อรัง เจ็บปาก ปากเป็นแผล กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องผูก ตัวตาเหลือง ตับโต โรคทางเดินน้ำดี อาการเหล่านี้ปรากฏได้ในระยะของโรค ล้วนมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทั้งสิ้น การขาดสารอาหารและโปรตีน จะทำให้เม็ดเลือดขาวในร่างกายไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ การซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอเสียไป ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหารและน้ำมีน้ำหนักลดลงมากจึงมีความเสี่ยงต่อ

การเสียชีวิตและสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ที่ลดลง นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับระดับไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ที่สูงขึ้น (Mwanburi, 2005, Tang et al., 2005) ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โภชนาการจึงมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการสามารถทำได้ดังนี้ (พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์, 2546)

3.1 การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนและให้พลังงานสูงเพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับพลังงานจากสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมคือ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 30 นอกจากนี้แล้วควรรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ ที่ปลอดภัยจากยาฆ่าแมลงและสารเคมี

3.2 การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมสดที่ยังไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้ออาหารสุกๆ ดิบๆ ไข่ลวก ของหมักดอง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เป็นต้น

3.3 ควรล้างผักและผลไม้ให้สะอาด ควรล้างผักโดยการล้างผ่านน้ำหลายๆ ผลไม้ที่มีเปลือกเสียก่อน ส่วนผักควรต้มหรือลวกให้สุกก่อนรับประทาน

3.4 การเลือกซื้ออาหาร ควรตรวจสอบวัน เดือนปีที่หมดอายุ อย่างถี่ถ้วน

3.5 การให้วิตามินทดแทน มีความจำเป็นในรายที่รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับวิตามินรวมเป็นประจำทุกวันจะช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นโรคเอดส์ (Marston & De Cock, 2004)

3.6 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ในกรณีที่รับประทานอาหารได้น้อย และรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น

3.7 หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศมาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

3.8 งดดื่มสุรา สูบบุหรี่และสิ่งเสพติด เนื่องจากมีผลต่อร่างกายซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและมีผลระยะยาวเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมและการย่อยลดลง มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่าย

3.9 ดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอเพื่อช่วยให้การขับถ่ายของเสียต่างๆ ออกทางไตได้ดีขึ้น รักษาอุณหภูมิของร่างกาย สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น ขับถ่ายสะดวก เพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจ

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)

การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประโยชน์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการมีปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่างๆ การแสวงหาแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การมีสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติการณ์เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต สุขภาพแข็งแรงขึ้น มีความพึงพอใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน (สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2550)

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

การพัฒนาจิตวิญญาณเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด รวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต การให้ความสำคัญกับชีวิต การเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสงบสุขในชีวิต ความพึงพอใจ ตลอดจนการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Harrison, 1997) กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มักมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์การแยกจากสังคม การถูกตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อที่อันตรายและน่ารังเกียจ การไม่ยอมรับจากสังคม การได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการดำเนินของโรค เป็นความยากลำบากอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเหล่านี้ได้ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการพัฒนาจิตวิญญาณที่ดีแล้วก็จะสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่างๆ ได้ สามารถรักษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและความเป็นจริงของโลกภายนอก มองเห็นความจริงและความเป็นไปตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดการมีความหวังในการดำเนินชีวิต เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป (สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหม, 2550)

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)

ผู้ป่วยเอดส์ต้องภาวะเครียดในระยะตั้งแต่เริ่มแรกที่แรกที่มีอาการ การเข้ารับการรักษา การรับทราบผลเลือดของตนเองและการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้แล้วความหวาดกลัวต่อโรค บางรายยอมรับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจมากยิ่งขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม ทำให้ขาดงานบ่อยๆ จากการเจ็บป่วย บางรายถูกให้ออกจากงานยิ่งก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยเอดส์เกิดความเครียดจะทำให้ส่งผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ระดับซีดีโฟร์ของร่างกายต่ำลง ซึ่งจะทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงและอาจทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น การผ่อนคลายความเครียดจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การจัดการความเครียดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) มีดังนี้

6.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มักจะกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Minimizaiing the frequency of stress-inducing situation) โดยปฏิบัติดังนี้

6.1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเช่น การหางานอดิเรกทำ เป็นต้น

6.1.2 หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เกินจำเป็น ผู้ป่วยควรเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มองการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งท้าทาย จะสามารถลดความเครียดลงได้

6.1.3 การจัดการเวลาให้กับกิจกรรมนั้นโดยเฉพาะเพื่อให้มีเวลาทบทวนและหาทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม

6.1.4 การบริหารเวลาอย่างมีเป้าหมาย วางแผนการทำงานอย่างขั้นตอนและทำงานตามเวลาให้สำเร็จ

6.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (Increasing resistance to stress) สามารถกระทำได้ดังนี้

6.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การพูดถึงสิ่งที่ดีงามของบุคคลจะช่วยให้เกิดความตระหนักในคุณค่าแห่งตน

6.2.2 ส่งเสริมให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนที่เคยประสบความสำเร็จ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถตนและสามารถเอาชนะอุปสรรคได้

6.2.3 ส่งเสริมแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม

6.2.4 การพัฒนาจุดมุ่งหมายของตน โดยการค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่แล้วเลือกใช้ตามความเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่ตั้งไว้

6.2.5 เสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด ได้แก่ การให้ระบายความรู้สึก การแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาที่เผชิญให้ผู้อื่นทราบ ความสามารถในการยอมรับต่อการตัดสินใจของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนที่จะเอาชนะอุปสรรค และความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้

6.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่มีผลมาจากความเครียด (Counterconditioning to avoid physiology arousal) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) หรือการฝึกลมหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback) เป็นต้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริวรรณ สันหัตถ์และคณะ (2549) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอด 20 รายดำเนินการโดยเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้านหลังคลอด 1-2 เดือนและติดตามเยี่ยมทุก 2-3 เดือนจนถึง 18 เดือนหลังคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า วิธีการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้หลายวิธีร่วมกันได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและปัญหา การให้ข้อมูลและความรู้ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและอารมณ์ การให้คำแนะนำหรือแนวทางการสอนทักษะและการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ (2550) ศึกษาแบบจำลองสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ของโรงพยาบาลรัฐ 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยัน และกลุ่มที่ 2 ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรที่ศึกษาผลการศึกษพบว่า เพศและอายุไม่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .05$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกผ่านการรับรู้สมรรถนะของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .21, p < .01$) รายได้ของครอบครัวไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะของตนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .34, p < .01$)

อัญชลี คำกำจร (2552) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย โดยการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายคือ ทีมผู้ให้บริการ 5 คน ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 คน ผลการศึกษพบว่า จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาด้านโครงสร้าง กระบวนการเช่น ไม่มี

สถานที่ในการให้บริการที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการและขาดแนวทางการให้บริการและการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อรับประทายาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการพัฒนาได้แก่ แนวทางการให้บริการดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัส แนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการรับยาต้านไวรัส

กรภัทร อาจวานิชชากุล (2552) การศึกษาวิจัยแบบทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างพลังร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหญิงต่างด้าวชายบริการทางเพศ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ซึ่งโปรแกรมทดลองใช้กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การฝึกทักษะการต่อรอง การฝึกทักษะการปฏิเสธและฝึกสวมถุงยางอนามัยที่ถูกรู้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรู้รุนแรงของโรคเอดส์และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับมาก กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ประพนธ์ บุญไชย (2553) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุรณทริก อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 36 คน ซึ่งผู้วิจัยจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กลุ่มทดลองและมีการติดตามเยี่ยมบ้านจากกลุ่มแกนนำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ในด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาการข้างเคียงของยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวและความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส

วิระวรรณ คุ่มกลาง (2555) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มี Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies./mL พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.41, SD = 0.30$) เมื่อพิจารณารายด้านจากคะแนนเฉลี่ยมากไปน้อยดังนี้คือ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกายและด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตามลำดับ

เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณา บุญยะสิทธิ์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51-1,000 copies/ml ในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คนพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่ดีมากคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและด้านโภชนาการ มีข้อเสนอแนะให้บุคลากรที่มสุขภาพควรมีแผนเชิงรุกโดยให้ความสำคัญในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้านโดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อ การรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและด้านการมีกิจกรรมออกกำลังกาย

สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การ

รับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักและ ยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การใช้ระบบบริการทาง สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kozal et al. (2006) ศึกษาระยะเวลาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับ ประทานยาต้านไวรัส โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 393 คน พบว่า ร้อยละ 64 มีเพศสัมพันธ์ในช่วงเดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 45 มีพฤติกรรมไม่ป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 29 ของการมีเพศสัมพันธ์เปิดเผยสถานะต่อคู่นอน ร้อยละ 31 ของผู้ที่ไม่ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์มีภาวะดื้อยา

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ทบทวนมาพบว่า ส่วนใหญ่ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับดี และมีความแตกต่างกันหากมีกิจกรรมหรือโปรแกรมการ ให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ รับประทานยาต้านไวรัสยังพบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและยังมีภาวะดื้อยา และยังพบว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวียังไม่เปิดเผยผลเลือดให้คู่ทราบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันและ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม(Control group) โดยออกแบบวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการปกติตามเดิม และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดังรายละเอียดตามรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X1	O2
กลุ่มควบคุม	O3	X2	O4

โดยกำหนดให้

- O1, O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
- O2, O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง
- X1 หมายถึง กิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Prevention with Positive) ตามแผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
- X2 หมายถึง กิจกรรมการให้บริการตามปกติเดิมที่คลินิกบริการจัดให้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูรปีงบประมาณ 2557 จำนวน 7,787 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูรในช่วงเวลาพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2558 จำนวน 40 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling technique) ดังนี้

เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เพศชายหรือหญิง และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusive criteria)

1. มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ
2. มีปัญหาทางจิตเภท

เกณฑ์การหยุดการเข้าร่วม (Discontinuous criteria)

1. ผู้ที่ขอถอนตัวออกระหว่างการศึกษา
2. ผู้ที่แพทย์ส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นในระหว่างการการศึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มุ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีข้อจำกัดของงานวิจัยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คุณสมบัติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการทดลอง 3 เดือน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อ้างอิงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย (2546) โดยใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 40 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

การวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling technique) โดยคัดเลือกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วให้ผู้ที่ได้รับมอบให้ข้อมูลชักชวนเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 2 กลุ่ม ใช้วิธี “block randomization” โดยให้มีอัตราการ allocation 1:1 และมีการ ป้องกัน bias โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทำหน้าที่กำหนดลำดับการ allocation ของอาสาสมัครที่จะเข้าวิจัยโดยมีการกำหนดกลุ่มไว้ล่วงหน้าและใส่ของปิดผนึกเรียงลำดับไว้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เปิดซองปิดผนึกนั้นๆ เพื่อจัดกลุ่มตามที่เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมจัดทำได้ หมายความว่าทั้งผู้ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบล่วงหน้าว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะอยู่ในกลุ่มใด ทั้งนี้กิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเป็นไปตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เป็นชุดกิจกรรมในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนเอกสารวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและคู่มือการจัดการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยเป็นคณะผู้จัดทำและนำมาถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติในงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

1.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษา ได้แก่

1.2.1 ภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูล ได้แก่ ภาพพลิกการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการป้องกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาพพลิกการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และภาพพลิกการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีและการพาผู้มาตรวจหาเชื้อเอชไอวี

1.2.2 ถุงยางอนามัย

1.2.3 สารหล่อลื่น

1.2.4 อุปกรณ์สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย

2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามเรื่องการให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ วันเดือนปีเกิด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปีที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี เหตุผลที่มาตรวจเลือดครั้งนั้น สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

ประวัติและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี 17 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 13 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับโดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

5=เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อของท่านมากที่สุด
4=เห็นด้วยมาก	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อของท่านมาก
3=เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อของท่านบางส่วน
2=เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
1=ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามที่เป็นความคิดเห็นเชิงลบจะมีค่าคะแนนน้อย ส่วนข้อคำถามเชิงบวกจะมีคะแนนมากตามลำดับ และลักษณะคำถามเชิงลบได้แก่ ข้อที่ 10, 23, 25 และ 28 จะให้คะแนนตรงกันข้ามโดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
5=เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
4=เห็นด้วยมาก	4	2
3=เห็นด้วยปานกลาง	3	3
2=เห็นด้วยน้อย	2	4
1=ไม่เห็นด้วย	1	5

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี พิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้าน ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนการรับรู้ เป็นดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550)

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
3.68 – 5.00	มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง
2.34 – 3.67	มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของสุรรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ (2550) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองงเสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยนำมาพัฒนาซึ่งมีค่าซึ่งมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 10 ข้อ และพฤติกรรมด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) วัดเป็น 4 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4 =ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์
3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
2=ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
1=ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามที่เป็นความคิดเห็นเชิงลบจะมีค่าคะแนนน้อย ส่วนข้อคำถามเชิงบวกจะมีคะแนนมากตามลำดับ ลักษณะคำถามเชิงลบได้แก่ ข้อที่ 3 และ 13 จะมีคะแนนตรงกันข้าม โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
4 =ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
2=ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	3
1=ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้าน ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับกลางและระดับน้อย โดยการแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวเป็นดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
3.01 – 4.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2.01 – 3.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ 2 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในหน่วยงานฟื้นฟูสุขภาพที่มีเกณฑ์คุณสมบัติลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราคเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการเคารพความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มอบหมายพยาบาลประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอก อายุรกรรมแนะนำตัว ให้ข้อมูลเชิญชวนเข้าร่วมโครงการและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างเด็ดขาดแต่ใช้รหัสแทน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะถอนตัวออกจาก การวิจัยภายหลังเข้าร่วมโครงการไม่ว่าเหตุผลใดๆ ก็ตาม ผลการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่างในการรับบริการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้จะเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารของผู้วิจัยที่มีกุญแจล็อคที่ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collective)

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันบำราศนราดูรแล้วผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงให้ทีมพยาบาลประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมให้ทราบเกี่ยวกับร่างการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทดลองประมาณ 6 เดือน และขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำการเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงชวนเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองสำหรับกลุ่มทดลองแบบตัวต่อตัว (Individual counseling) พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการให้ข้อมูลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง พูดคุยในรูปแบบเป็นกันเอง ซักถามเกี่ยวกับอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรมให้ทราบ

2.2 หลังจากพูดคุยแนะนำตัวแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

2.3 กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการจากพยาบาลประจำการ หน่วยงานผู้ป่วยนอก อายุรกรรมให้การบริการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติความเสี่ยง การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ การคุมกำเนิด และอื่นๆ ตามความเหมาะสม เป็นต้น และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 วันที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ และครั้งที่ 2 เมื่อนัดครั้งถัดมาประมาณ 3 เดือนจากครั้งที่ 1 หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

2.4 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการพูดคุยและสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเอดส์ การป้องกัน การรับประทานยาต้านไวรัส และประเมินความเสี่ยงการรับและถ่ายทอดตามแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแบบสั้นร่วมกับให้การปรึกษาตามความเสี่ยงหรือปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการประเมินข้างต้น โดยให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือกข้อดี ข้อเสียเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและร่วมคิดร่วมตัดสินใจ โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วยเทคนิคการสื่อสารแบบสุนทรียศาสตร์ (Appreciate inquiry) ซึ่งเป็นกระบวนการค้นหา ร่วมกันเพื่อค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวคน

2.5 ผู้วิจัยกล่าวสรุปผลการพูดคุยร่วมกัน ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกิจกรรม และกล่าวชื่นชมในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวความคิดที่เป็นไปในทางที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งนัดหมายเวลาที่จะพูดคุยกันในครั้งหน้าก่อนพบแพทย์อีก 1 ครั้งตามแพทย์นัด และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสอบถามหรือเพื่อความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น หรือมีข้อสงสัยได้หากต้องการ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มทดลองให้สามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้หากมีประเด็นคำถามในระหว่างที่ยังไม่มาพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับข้อมูลในประเด็นที่เป็นปัญหาความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

2.6 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรื่อง การให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ก่อนการให้ข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังจากสรุปกิจกรรมทั้งหมดในการนัดครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีรายละเอียดทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายถอดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วิเคราะห์ใช้สถิติอ้างอิง วิเคราะห์โดยรวมและรายด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4 ผลการวิจัย (Research Results)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษา เรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร เพื่อประเมินระดับ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับ และถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะเวลาและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะเวลาและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2558 จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแบบปกติ จำนวน 20 คน ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและ พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.0 ใน กลุ่มทดลอง และร้อยละ 60.0 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปี มากที่สุดรองลงมาคือ อายุระหว่าง 40-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 35.0 ตามลำดับ และ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน สถานภาพสมรสของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด รองลงมาคือสถานภาพสมรส/อยู่ ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 20.0 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 25.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษา ปริญญาตรีมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 60.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี รองลงมาคือประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 45.0, 15.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับ อาชีพหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รองลงมาคือข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้างทั่วไปตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 55.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และในกลุ่ม

ควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 10 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 11 ปี ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าและเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงเวลา 1- 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 15.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65.0 และ 15.0 ในกลุ่มควบคุม

ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีเหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรกคือ ไม่สามารถระบุได้ รองลงมาคือ สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 30.0, 25.0 และ 25.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า เหตุผลที่มาตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคือ มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไม่สามารถระบุเหตุผลได้คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีของทั้งสองกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่คือมีเพศสัมพันธ์ชายหรือหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 60.0 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 75.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 55.0 ในกลุ่มควบคุม ในด้านการวางแผนครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มไม่ได้ตั้งครรรภ์และไม่ได้วางแผนหรือตั้งใจจะมีบุตรในอนาคต และส่วนใหญ่ใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 35.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 45.0 และ 30.0 ในกลุ่มควบคุม ในด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ใช้สารเสพติด และไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 90.0 ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 75.0 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ เมื่อทดสอบความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า มีค่า p-value > .05 ทุกตัว ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = .744, p= .697, p = .721, p= .757 และ p= .702 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.9)

ตารางที่ 1.9 จำนวน ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.107	.744
ชาย	13	65.0	12	60.0		
หญิง	7	35.0	8	40.0		
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 42.10$		$\bar{X} = 43.75$		2.210	.697
	Max= 52, Min=26		Max= 69, Min=35			
- 20 – 29	1	5.0	0	0		
- 30 – 39	8	40.0	8	40.0		
- 40 – 49	7	35.0	8	40.0		

ตารางที่ 1.9 จำนวน ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- 50 – 59	4	20.0	3	15.0		
- > 60 ขึ้นไป	0	0	1	5.0		
สถานภาพสมรส					.655	.721
- โสด	11	55.0	12	60.0		
- สมรส/อยู่ด้วยกัน	4	20.0	5	25.0		
- หม้าย/หย่า/แยก	5	25.0	3	15.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด					2.629	.757
- ประถมศึกษา	2	10.0	3	15.0		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.0	1	5.0		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	3	15.0		
- อนุปริญญา/ปวส.	0	0	3	15.0		
- ปริญญาตรี	12	60.0	9	45.0		
- สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	5.0		
อาชีพหลัก					4.651	.702
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15.0	3	15.0		
- นักเรียนนักศึกษา	0	0	1	5.0		
- รับจ้างทั่วไป	3	15.0	3	15.0		
- พนักงานบริษัท	1	5.0	3	15.0		
- แม่บ้าน	0	0	1	5.0		
- ว่างาน	1	5.0	1	5.0		
- ค้าขาย	11	55.0	8	40.0		
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (ปี)	$\bar{X} = 10.60$		$\bar{X} = 11.10$			
	Max= 18, Min=3		Max= 18, Min=1			
- 1 – 3	3	15.0	3	15.0		
- 4 – 6	3	15.0	1	5.0		
- 7 – 9	2	10.0	3	15.0		
- ≥ 10	12	60.0	13	65.0		
เหตุผล (ถ้ามี) ของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี					4.392	.624
- สามี/ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี	5	25.0	3	15.0		
- มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	5	25.0	5	25.0		
- มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง	1	5.0	2	10.0		
- ทำประกันสุขภาพ	1	5.0	1	5.0		
- เพียงต้องการทราบผลการตรวจ	0	0	3	15.0		

ตารางที่ 1.9 จำนวน ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- ผากครรภ์	2	10.0	1	5.0		
- อื่นๆ ไม่ระบุ	6	30.0	5	25.0		
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี					3.476	.482
- มีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย	1	5.0	4	20.0		
- ถ่ายเลือด/ รับเลือด	1	5.0	0	0		
- มีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง	15	75.0	12	60.0		
- ไม่ทราบ	3	15.0	4	20.0		
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					1.758	.185
- ไม่เคย	15	75.0	11	55.0		
- เคยและได้รับการรักษา	5	25.0	6	30.0		
- เคยแต่ไม่ได้รับการรักษา	0	0	3	15.0		
สถานการณ์ตั้งครรภ์ของผู้รับบริการหรือคู่สมรส						
- ไม่ตั้งครรภ์และไม่ได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะมีบุตรในอนาคต	11	55.0	9	45.0		
- ไม่ระบุ	9	45.0	11	55.0		
การคุมกำเนิด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)					2.810	.729
- กินยาคุมกำเนิด	1	5.0	2	10.0		
- ฉีดยาคุมกำเนิด	1	5.0	0	0		
- ทำหมัน	2	10.0	3	15.0		
- สวมถุงยางอนามัย	7	35.0	6	30.0		
- ไม่ได้คุม	0	0	1	5.0		
- ไม่มีเพศสัมพันธ์	3	15.0	2	10.0		
- ไม่ระบุ	6	30.0	6	30.0		
การใช้สารเสพติดชนิดฉีด						
- ใช้	0	0	0	0		
- ไม่ใช้	18	90.0	15	75.0		
- ไม่ระบุ	2	10.0	5	25.0		
การดื่มแอลกอฮอล์					.143	.705
- ไม่ดื่มเลย	18	90.0	15	75.0		
- นานๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว	2	10.0	5	25.0		

ส่วนที่ 2 ผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองพบว่า ภาพรวมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.40$ $SD = .271$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง คิดเป็น $\bar{X} = 4.36$ ($SD = .376$) และ $\bar{X} = 4.43$ ($SD = .350$) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า ในภาพรวมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 4.72$ ($SD = .208$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง และมากกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี คิดเป็น $\bar{X} = 4.81$ ($SD = .197$) และ $\bar{X} = 4.63$ ($SD = .300$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1.10)

ตารางที่ 1.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (n=20)

การรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้าน				
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	4.36 (.376)	สูง	4.63 (.300)	สูง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.43 (.350)	สูง	4.81 (.197)	สูง
รวม	4.40 (.271)	สูง	4.72 (.208)	สูง

จากตารางที่ 1.11 เมื่อพิจารณารายข้อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองสูงสุดในด้านการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.80$, $SD = .410$) รองลงมาคือ การรับรู้ด้านการมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .910$) การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .444$) และการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่ ($\bar{X} = 4.70$, $SD = .733$) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงสุดเท่ากัน 3 ด้านคือ ด้านการดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีแนวโน้มโอกาสเสี่ยงต่อการ

มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอชไอวีได้สูงสุด (\bar{x} = 4.85, SD = .366) การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (\bar{x} = 4.85, SD = .366) และการมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ ตั้งใจ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจและสังคมในระยะยาว (\bar{x} = 4.85, SD = .366) รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย (\bar{x} = 4.80, SD = .410) และการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ (\bar{x} = 4.80, SD = .410) ตามลำดับ

ตารางที่ 1.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ **กลุ่มทดลอง** ก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้	4.55 (.759)	สูง	4.70 (.657)	สูง
2. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	4.65 (.587)	สูง	4.80 (.410)	สูง
3. การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์	4.80 (.410)	สูง	4.80 (.410)	สูง
4. การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอชไอวีได้	4.20 (.894)	สูง	4.85 (.366)	สูง
5. โรคเอดส์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว	4.45 (.789)	สูง	4.25 (.910)	สูง
6. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	4.75 (.910)	สูง	4.85 (.366)	สูง
7. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้	4.70 (.470)	สูง	4.70 (.923)	สูง
8. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ	4.75 (.444)	สูง	4.65 (.489)	สูง
9. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่	4.70 (.733)	สูง	4.80 (.410)	สูง
10. *การเที่ยวหญิงหรือชายขายบริการที่ราคาแพง ไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	3.95 (1.700)	สูง	4.80 (.410)	สูง
11. เมื่อป่วยเป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	3.50 (1.638)	กลาง	4.10 (.788)	สูง
12. การลดความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อจะทำให้ท่านและคู่มือสุขภาพดี	4.20 (1.240)	สูง	4.65 (.489)	สูง

ตารางที่ 1.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ**กลุ่มทดลอง**ก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

การรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
13. การมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจและสังคมในระยะยาว	4.50 (.889)	สูง	4.85 (.366)	สูง
14. ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีด้วย	4.10 (1.334)	สูง	4.60 (.754)	สูง
15. ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะดื้อยารักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานไม่ได้ผล	3.55 (1.099)	กลาง	4.25 (1.251)	สูง
16. ถ้าดื้อยาต้านไวรัส จะมีภูมิคุ้มกันลดลงและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสง่ายขึ้น	4.55 (.686)	สูง	4.45 (.510)	สูง
17. ผู้ติดเชื้อที่มีเชื้อดื้อยา สามารถถ่ายทอดเชื้อดื้อยาแก่คู่นอนหรือบุตรในครรภ์ได้หากไม่ป้องกัน	4.35 (1.089)	สูง	4.75 (.444)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

จากตารางที่ 1.12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองสูงสุดเท่ากัน 2 ด้านคือ การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ (\bar{X} = 4.90, SD = .308) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี (\bar{X} = 4.90, SD = .308) รองลงมาคือ การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น (\bar{X} = 4.85, SD = .366) การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี (\bar{X} = 4.85, SD = .366) และการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันโรคเอดส์ภายในครอบครัวได้ (\bar{X} = 4.80, SD = .410) กรณีที่มีผื่นตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที (\bar{X} = 4.80, SD = .366) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระดับสูงสุดคือ การรับประทานยาต้านไวรัสช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ (\bar{X} = 5.00, SD = .000) รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี (\bar{X} = 4.95, SD = .224) และ การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น 4.90 (.308) ตามลำดับ

ตารางที่ 1.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ**กลุ่มทดลอง**ก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายหรือหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์	4.50 (1.051)	สูง	4.60 (.940)	สูง
2. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันโรคเอดส์ภายในครอบครัวได้	4.80 (.410)	สูง	4.75 (.550)	สูง
3. การพาคู่มาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของคู่	4.75 (.444)	สูง	4.85 (.366)	สูง
4. การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	4.50 (.761)	สูง	4.85 (.366)	สูง
5. การไม่ใช้ของมีคม เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นสามารถป้องกันโรคเอดส์	4.75 (.444)	สูง	4.80 (.410)	สูง
6. *การงดไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจ ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้	3.35 (1.531)	กลาง	4.55 (.604)	สูง
7. กรณีที่มีผื่น ตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที	4.80 (.366)	สูง	3.10 (1.774)	กลาง
8. *หากมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่จำเป็นต้องงดมีเพศสัมพันธ์	3.50 (1.905)	กลาง	4.80 (.410)	สูง
9. การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น	4.85 (.366)	สูง	4.90 (.308)	สูง
10. การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้	4.90 (.308)	สูง	5.00 (.000)	สูง
11. *การเสียเวลาเดินทางมาเพื่อรับยาตามนัด เป็นอุปสรรคต่อการรักษาของท่าน	3.15 (1.725)	กลาง	4.75 (.444)	สูง
12. การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี	4.85 (.366)	สูง	4.90 (.308)	สูง
13. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี	4.90 (.308)	สูง	4.95 (.224)	สูง

(*) เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มควบคุมพบว่า ภาพรวมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 4.24$ (SD = .381) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง คิดเป็น $\bar{X} = 4.10$ (SD = .540) และ $\bar{X} = 4.37$ (SD = .413) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า ในภาพรวมกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 4.31$ (SD = .218) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง และมากกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีคิดเป็น $\bar{X} = 4.45$ (.301) และ $\bar{X} = 4.16$ (SD = .410) ตามลำดับ (ตารางที่ 1.13)

ตารางที่ 1.13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง (n=20)

การรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้าน				
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	4.10 (.540)	สูง	4.16 (.410)	กลาง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.37 (.413)	สูง	4.45 (.301)	สูง
รวม	4.24 (.381)	สูง	4.31 (.281)	สูง

จากตารางที่ 1.14 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีพิจารณาเป็นรายข้อก่อนทดลองสูงสุดคือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.75$, SD = .550) รองลงมาคือ การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ($\bar{X} = 4.65$, SD = .671) และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวีได้ ($\bar{X} = 4.45$, SD = .999) หลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดคือ การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีนเมา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.80$, SD = .523) รองลงมาคือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.75$, SD = .550) การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่ ($\bar{X} = 4.75$, SD = .550) และการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ($\bar{X} = 4.60$, SD = .598) ตามลำดับ

ตารางที่ 1.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ**กลุ่มควบคุม**ก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายชื่อ (n=20)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้	4.30 (1.174)	สูง	4.40 (1.095)	สูง
2. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	4.40 (.883)	สูง	4.40 (.821)	สูง
3. การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์	4.75 (.550)	สูง	4.75 (.550)	สูง
4. การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอชไอวีได้	3.70 (1.418)	สูง	4.80 (.523)	สูง
5. โรคเอดส์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว	4.05 (1.192)	สูง	3.90 (1.071)	สูง
6. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	4.15 (1.496)	สูง	4.30 (1.081)	สูง
7. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวีได้	4.45 (.999)	สูง	4.20 (1.508)	สูง
8. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ	4.65 (.671)	สูง	4.60 (.598)	สูง
9. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่	4.35 (1.137)	สูง	4.75 (.550)	สูง
10. *การเที่ยวหญิงหรือชายขายบริการที่ราคาแพง ไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	3.90 (1.618)	สูง	3.35 (.670)	สูง
11. เมื่อป่วยเป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้	3.40 (1.392)	กลาง	3.40 (.681)	กลาง
12. การลดความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อจะทำให้ท่านและคู่มีสุขภาพดี	4.20 (1.196)	สูง	3.90 (1.373)	สูง
13. การมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจและสังคมในระยะยาว	4.20 (1.152)	สูง	4.00 (1.376)	สูง
14. ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีด้วย	3.75 (1.446)	สูง	4.20 (1.056)	สูง
15. ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะด้อยารักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานไม่ได้ผล	3.35 (1.089)	กลาง	4.00 (1.376)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของ**กลุ่มควบคุม**ก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายชื่อ (n=20) (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
16. ถ้าดื้อยาต้านไวรัส จะมีภูมิคุ้มกันลดลงและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสง่ายขึ้น	4.30 (.865)	สูง	3.55 (.887)	กลาง
17. ผู้ติดเชื้อที่มีเชื้อดื้อยา สามารถถ่ายทอดเชื้อดื้อยาแก่คู่นอนหรือบุตรในครรภ์ได้หากไม่ป้องกัน	3.85 (1.395)	สูง	4.35 (.671)	สูง

จากตารางที่ 1.15 เมื่อพิจารณารายชื่อของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีสูงสุด (\bar{X} = 4.85, SD = .366) รองลงมาคือ การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี (\bar{X} = 4.80, SD = .410) การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ (\bar{X} = 4.75, SD = .444) และ กรณีที่มีผื่น ตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที (\bar{X} = 4.70, SD = .470) หลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด 2 ด้านเท่ากันคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี (\bar{X} = 4.80, SD = .410)การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี (\bar{X} = 4.80, SD = .410) รองลงมาคือ การพาคูมาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของคู่ (\bar{X} = 4.75, SD = .550) การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (\bar{X} = 4.75, SD = .444) และการรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ (\bar{X} = 4.75, SD = .444) ตามลำดับ

ตารางที่ 1.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ**กลุ่มควบคุม**ก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายชื่อ (n=20)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายหรือหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์	4.05 (1.395)	สูง	4.30 (.865)	สูง
2. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันโรคเอดส์ภายในครอบครัวได้	4.60 (.681)	สูง	4.35 (1.137)	สูง
3. การพาคูมาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของคู่	4.65 (.587)	สูง	4.75 (.550)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง จำแนกตามรายชื่อ (n=20) (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
4. การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	4.10 (1.334)	สูง	4.75 (.444)	สูง
5. การไม่ใช้ของมีคม เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นสามารถป้องกันโรคเอดส์	4.55 (.510)	สูง	4.25 (1.070)	สูง
6. *การงดไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจ ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้	3.70 (1.342)	สูง	3.70 (1.341)	สูง
7. กรณีที่มีผื่น ตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที	4.70 (.470)	สูง	4.70 (.470)	ต่ำ
8. *หากมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่จำเป็นต้องงดมีเพศสัมพันธ์	3.90 (1.618)	สูง	4.35 (1.089)	สูง
9. การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น	4.65 (.745)	สูง	4.65 (.745)	สูง
10. การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้	4.75 (.444)	สูง	4.75 (.444)	สูง
11. *การเสียเวลาเดินทางมาเพื่อรับยาตามนัด เป็นอุปสรรคต่อการรักษาของท่าน	3.55 (1.468)	กลาง	3.75 (1.290)	สูง
12. การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี	4.80 (.410)	สูง	4.80 (.410)	สูง
13. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี	4.85 (.366)	สูง	4.80 (.410)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอดังกล่าวได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง คิดเป็น $\bar{X} = 3.47$ (SD = .218) ก่อนทดลอง และ $\bar{X} = 3.84$ (SD = .143) หลังทดลอง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการป้องกันการรับ และถ่ายทอดเชื้ออยู่ในระดับสูง และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คิดเป็น $\bar{X} = 3.86$ (SD = .146) ก่อนทดลอง และ $\bar{X} = 3.52$ (SD = .215) หลังทดลอง ตามลำดับ (ตารางที่ 1.16)

ตารางที่ 1.16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของ
กลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.52 (.215)	สูง	3.86 (.146)	สูง
- ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ	3.42 (.379)	สูง	3.83 (.251)	สูง
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยรวม	3.47 (.218)	สูง	3.84 (.143)	สูง

จากตารางที่ 1.17 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพก่อนทดลองสูงสุดคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 3.95, SD = .224) ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ (\bar{X} = 3.95, SD = .224) รองลงมาคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (\bar{X} = 3.80, SD = .410) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 3 ข้อคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 4.00, SD = .000) ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ และ เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายที่ไม่ดี (\bar{X} = 4.00, SD = .000) ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เช่น กินยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันสูง เป็นต้น (\bar{X} = 4.00, SD = .000)

ตารางที่ 1.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง	3.95 (.224)	สูง	4.00 (.000)	สูง
2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง	3.80 (.410)	สูง	3.95 (.224)	สูง
3. *ท่านเคยลืมกินยาต้านไวรัสหรือกินยาคลาดเคลื่อนเกิน 1 ชั่วโมง	3.25 (.865)	สูง	3.65 (.489)	สูง
4. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส	2.80 (1.361)	กลาง	3.90 (.447)	สูง
5. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.95 (.224)	สูง	3.90 (.308)	สูง
6. ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้	3.75 (.550)	สูง	4.00 (.000)	สูง
7. เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายที่ไม่ดี ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เช่น กินยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันสูง เป็นต้น	3.70 (.470)	สูง	4.00 (.000)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
8. ท่านรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ หลีกเลียงอาหารไขมันสูง	3.55 (.686)	สูง	3.95 (.224)	สูง
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือ 3 สัปดาห์ต่อครั้ง	3.05 (.887)	สูง	3.90 (.447)	สูง
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง	3.35 (.875)	กลาง	3.35 (.933)	กลาง

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี พบว่า ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือ ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .366$) ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือวัณโรคปอด ($\bar{X} = 3.85$ ($SD = .366$) ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{X} = 3.85$ ($SD = .366$) และท่านดูแลความสะอาดที่พิกาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .366$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุดเท่ากัน 4 ข้อคือ กรณีที่คู่นอนของท่านไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ท่านได้แนะนำให้คู่นอนของท่านมาตรวจเลือด ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) ท่านจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื่อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) และท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) และท่านดูแลความสะอาดที่พิกาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) (ตารางที่ 1.18)

ตารางที่ 1.18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ	3.85 (.366)	สูง	3.85 (.366)	สูง
2. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว	3.55 (.759)	สูง	3.90 (.308)	สูง
3. *ท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อที่ติดเชื่อเอชไอวีเหมือนกัน	3.10 (1.165)	สูง	3.90 (.307)	สูง
4. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปทิ้ง	2.60 (1.353)	กลาง	3.85 (.489)	สูง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับ และถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับ และถ่ายทอดเชื้อ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
5. กรณีที่ท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีผื่น หรือมีหนองออกที่อวัยวะเพศ ท่านจะรีบมาพบแพทย์	3.30 (1.081)	สูง	3.65 (.813)	สูง
6. ท่านไม่เสพสารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน หรือ กัญชา	2.60 (1.501)	กลาง	3.60 (.883)	สูง
7. กรณีที่คู่นอนของท่านไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อ เอชไอวี ท่านได้แนะนำให้คู่นอนของท่านมาตรวจเลือด	3.25(1.020)	สูง	4.00 (.000)	สูง
8. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะปรึกษาคนที่ไว้ใจ เช่น คนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท	3.50 (1.000)	สูง	3.65 (.875)	สูง
9. ท่านจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด	3.70 (.733)	สูง	4.00 (.000)	สูง
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือวัณโรคปอด	3.85 (.366)	สูง	3.95 (.224)	สูง
11. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยง บางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมายังท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่ เป็นต้น	3.50 (.761)	สูง	3.95 (.224)	สูง
12. ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน	3.85 (.366)	สูง	4.00 (.000)	สูง
13. ท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด	3.85 (.366)	สูง	4.00 (.000)	สูง

(*) เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

จากตารางที่ 1.19 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง คิดเป็น \bar{X} = 3.44 (SD =.241) และ \bar{X} = 3.44 (SD =.234) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านของกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงและมีค่าสูงสุดทั้งก่อนและหลังทดลอง คิดเป็น \bar{X} = 3.48 (SD =.276) และ \bar{X} = 3.48 (SD = .184) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 3.95, SD =.224) รองลงมาคือ ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 3.85 (.489) และ

ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (\bar{X} = 3.85, SD = .366) หลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงสุดคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 4.00, SD = .000) รองลงมาคือ ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ (\bar{X} = 3.90, SD = .308) และท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (\bar{X} = 3.90, SD = .308) (ตารางที่ 1.20)

ตารางที่ 1.19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.48 (.276)	สูง	3.48 (.184)	สูง
- ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ	3.40 (.319)	สูง	3.40 (.409)	สูง
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมโดยรวม	3.44 (.241)	สูง	3.44 (.234)	สูง

ตารางที่ 1.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง	3.95 (.224)	สูง	4.00 (.000)	สูง
2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง	3.85 (.366)	สูง	3.90 (.308)	สูง
3. *ท่านเคยลืมหินยาต้านไวรัสหรือกินยาคลาดเคลื่อนเกิน 1 ชั่วโมง	3.30 (.470)	สูง	3.45 (.510)	สูง
4. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส	2.90 (1.252)	กลาง	2.50 (.946)	กลาง
5. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.85 (.489)	สูง	3.70 (.657)	สูง
6. ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้	3.80 (.523)	สูง	3.90 (.308)	สูง
7. เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายที่ไม่ดี ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เช่น กินยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันสูง เป็นต้น	3.75 (.444)	สูง	3.70 (.657)	สูง

(*) เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองจำแนกเป็นรายชื่อ (n=20) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
8. ท่านรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ หลีกเลียงอาหารไขมันสูง	3.50 (.761)	สูง	3.70 (.470)	สูง
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันหรือ 3 สัปดาห์ต่อครั้ง	2.85 (.813)	กลาง	3.60 (.598)	สูง
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง	3.20 (.894)	สูง	3.00 (.858)	กลาง

จากตารางที่ 1.21 ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อสูงสุดคือ ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{X} = 3.90$, $SD = .308$) รองลงมาคือท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .366$) ท่านจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .410$) และท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือวัณโรคปอด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .410$) หลังทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือ ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) รองลงมาคือ ท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .366$) และท่านไม่เสพสารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน หรือกัญชา ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .410$)

ตารางที่ 1.21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อ (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
1. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ	3.70 (.470)	สูง	3.30 (.923)	กลาง
2. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว	3.05 (1.276)	กลาง	3.70 (.470)	สูง
3. *ท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน	3.10 (.788)	กลาง	3.15 (.745)	สูง
4. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปทิ้ง	2.45 (1.234)	ต่ำ	2.85 (.671)	กลาง

(*) เป็นข้อความเชิงลบ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลได้ปรับคะแนนจากน้อยเป็นมากตามลำดับ

ตารางที่ 1.21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
5. ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน	3.90 (.308)	สูง	4.00 (.000)	สูง
6. ท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควร เข้าไปในสถานที่แออัด	3.85 (.366)	สูง	3.85 (.366)	สูง
7. กรณีที่ท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีผื่น หรือมีหนองออกที่อวัยวะเพศ ท่านจะรีบมา พบแพทย์	3.40 (.940)	สูง	3.35 (.745)	กลาง
8. ท่านไม่เสพสารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน หรือ กัญชา	2.75 (1.482)	กลาง	3.80 (.410)	สูง
9. กรณีที่คู่นอนของท่านไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอวี ท่านได้แนะนำให้คู่นอนของท่านมาตรวจเลือด	3.40 (.821)	กลาง	3.55 (.826)	กลาง
10. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะปรึกษาคนที่ไวใจ เช่น คนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท	3.30 (1.129)	กลาง	3.50 (.761)	กลาง
11. ท่านจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อใน ระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด	3.80 (.410)	สูง	3.70 (.657)	สูง
12. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัด หรือ วัณโรคปอด	3.80 (.410)	สูง	3.75 (.444)	สูง
13. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยง บางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรคมารู้อท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่ เป็นต้น	3.45 (.826)	กลาง	3.75 (.444)	สูง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 131.85 (SD = 8.273) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 126.60 (SD = 11.825) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าทีที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (p= .122) เมื่อพิจารณาหลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

เท่ากับ 141.35 (SD = 6.532) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 128.75 (SD = 8.765) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าที่ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -5.250 (95% CI อยู่ระหว่าง -11.782 ถึง 1.282) นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้บริการตามปกติ (ตารางที่ 1.22, 1.23)

ตารางที่ 1.22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	p-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	131.85	8.273	-5.250	3.227	-1.627	38	.112	-11.782	1.282
กลุ่มควบคุม (n=20)	126.60	11.825							

ตารางที่ 1.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	p-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	141.35	6.532	-12.600	2.44427	-5.155	38	.000	-17.548	-7.651
กลุ่มควบคุม (n=20)	128.75	8.765							

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 79.65 (SD = 5.382) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.90 (SD = 5.466) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p = .664$) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 85.00 ($SD = 3.008$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.70 ($SD = 4.600$) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -6.300 (95% CI อยู่ระหว่าง -8.788 ถึง -3.811) (ตารางที่ 1.24, 1.25)

ตารางที่ 1.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	P-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	79.65	5.382							
กลุ่มควบคุม (n=20)	78.90	5.466	-0.750	1.715	-0.437	38	.664	-4.222	2.722

ตารางที่ 1.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	P-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	85.00	3.008							
กลุ่มควบคุม (n=20)	78.70	4.600	-6.300	1.229	-5.125	38	.000	-8.788	-3.811

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

(Conclusion, discussion and suggestion)

การศึกษาผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามแบบปกติ จำนวน 20 คน สรุปผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 60.0 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปี มากที่สุด และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด รองลงมาคือสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 20.0 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 25.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 45.0 ในกลุ่มควบคุม อาชีพหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รองลงมาคือข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้างทั่วไปตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 55.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40.0, 15.0 และ 15.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 10.60 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 11.10 ปี ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า และเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงเวลา 1- 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 15.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65.0 และ 15.0 ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) พบว่า ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 2 ผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมและรายด้าน

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ก่อนทดลองและหลังทดลองอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 4.40$ (SD =.271) และ $\bar{X} = 4.72$ (SD =.208) เมื่อพิจารณารายด้านทั้งสองด้านคือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและ

ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง เช่นกันทั้งก่อนและหลังการทดลองคิดเป็น $\bar{X} = 4.36$ ($SD = .376$) และ $\bar{X} = 4.43$ ($SD = .350$) ก่อนทดลอง และ $\bar{X} = 4.81$ ($SD = .197$) และ $\bar{X} = 4.63$ ($SD = .300$) หลังทดลอง เมื่อพิจารณารายชื่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.80$, $SD = .410$) รองลงมาคือ การรับรู้ด้านการมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .910$) การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .444$) และการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่ ($\bar{X} = 4.70$, $SD = .733$) ตามลำดับ ส่วนรายชื่อหลังทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุดเท่ากัน 3 ข้อคือ การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) และการมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจและสังคมในระยะยาว ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายชื่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองมากที่สุดคือ การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 4.90$, $SD = .308$) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี ($\bar{X} = 4.90$, $SD = .308$) รองลงมาคือ การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระดับมากที่สุดคือ การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 5.00$, $SD = .000$) รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี ($\bar{X} = 4.95$, $SD = .224$) และ การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น $\bar{X} = 4.90$ (.308) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนการทดลองและหลังทดลองอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 4.24$ ($SD = .381$) และ $\bar{X} = 4.31$ ($SD = .218$) เมื่อพิจารณารายด้านของการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง คิดเป็น $\bar{X} = 4.10$ ($SD = .540$) และ $\bar{X} = 4.37$ ($SD = .413$) ในกลุ่มก่อนทดลอง และคิดเป็น $\bar{X} = 4.45$ (.301) และ $\bar{X} = 4.16$ ($SD = .410$) ในกลุ่มหลังทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีพิจารณาเป็นรายชื่อก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมที่มีค่ามากที่สุดคือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .550$) รองลงมาคือ การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ($\bar{X} = 4.65$, $SD = .671$) และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอช

ไอวีได้ ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .999$) หลังทดลองของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดคือ การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีแนวโน้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอชไอวีได้ ($\bar{X} = 4.80$, $SD = .523$) รองลงมาคือ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .550$) การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .550$) และการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .598$) ตามลำดับ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมที่มีค่ามากที่สุดคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีสุขภาพดีสูงสุด ($\bar{X} = 4.85$, $SD = .366$) รองลงมาคือ การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี ($\bar{X} = 4.80$, $SD = .410$) การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .444$) และ กรณีที่มีผื่น ตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที ($\bar{X} = 4.70$, $SD = .470$) หลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด 2 ด้านเท่ากันคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี ($\bar{X} = 4.80$, $SD = .410$) และการมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี $\bar{X} = 4.80$, $SD = .410$) รองลงมาคือ การพาคู่มาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของคู่ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .550$) การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .444$) และการรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .444$) ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง คิดเป็น $\bar{X} = 3.47$ ($SD = .218$) และ $\bar{X} = 3.84$ ($SD = .143$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้ออยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{X} = 3.86$ ($SD = .146$) และ $\bar{X} = 3.52$ ($SD = .215$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพก่อนทดลองที่มีค่ามากที่สุดคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .224$) ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .224$) รองลงมาคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .410$) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดเท่ากัน 3 ข้อคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ และ เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายที่ไม่ดี ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$) ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เช่น กินยาด้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันสูง เป็นต้น ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .000$)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองที่มีค่ามากที่สุดคือ ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ ($\bar{X} = 3.85$,

SD = .366) หลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด หรือวัณโรคปอด 3.85 (.366) รักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน (\bar{X} = 3.85 SD =.366) และดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด (\bar{X} = 3.85, SD = .366) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 4 ข้อคือ กรณีที่คุ้นอนไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ได้แนะนำให้คุ้นอนมาตรวจเลือด (\bar{X} = 4.00, SD = .000) จะหลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด (\bar{X} = 4.00, SD = .000) และรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน (\bar{X} = 4.00, SD = .000) และดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด (\bar{X} = 4.00, SD = .000)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลองคิดเป็น \bar{X} = 3.44 (SD =.241) และ \bar{X} = 3.44 (SD =.234) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงก่อนและหลังทดลอง คิดเป็น \bar{X} = 3.48 (SD =.276) และ \bar{X} = 3.48 (SD = .184) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายข้อด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพก่อนทดลองที่มีค่ามากที่สุดคือ รับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 3.95, SD =.224) รองลงมาคือ มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง \bar{X} = 3.85 (SD = .489) และรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (\bar{X} = 3.85, SD =.366) หลังทดลองพฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ รับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง (\bar{X} = 4.00, SD = .000) รองลงมาคือ จำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้ (\bar{X} = 3.90, SD = .308) และรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (\bar{X} = 3.90, SD = .308)

ในส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมที่มีค่ามากที่สุดคือ รักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน (\bar{X} = 3.90, SD = .308) รองลงมาคือ ดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด (\bar{X} = 3.85, SD = .366) จะหลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด (\bar{X} = 3.80, SD = .410) และหลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด หรือวัณโรคปอด (\bar{X} = 3.80, SD =.410) หลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อมากที่สุดคือ รักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน (\bar{X} = 4.00, SD = .000) รองลงมาคือ ดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด (\bar{X} = 3.85, SD = .366) และไม่เสพสารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน หรือกัญชา (\bar{X} = 3.80, SD = .410)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การศึกษาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 131.85 (SD = 8.273) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 126.60 (SD = 11.825) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าทีที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p = .122$) เมื่อพิจารณาหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 141.35 (SD = 6.532) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 128.75 (SD = 8.765) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -5.250 (95% CI อยู่ระหว่าง -11.782 ถึง 1.282) นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้บริการตามปกติ

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 79.65 (SD = 5.382) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.90 (SD = 5.466) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p = .664$) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 85.00 (SD = 3.008) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.70 (SD = 4.600) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -6.300 (95% CI อยู่ระหว่าง -8.788 ถึง -3.811)

วิเคราะห์และอภิปรายผล

รูปแบบการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มที่ได้รับการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ คงนุรัตน์และสุวรรณ บัญญัติพรรณ (2556) วรรณชาติ ตาเลิศและสุวรรณ บัญญัติพรรณ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเสนอให้มีการจัดบริหารเชิงรุกในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ไชยเทศ (2552) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ ยาต้านไวรัส โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและ ประโยชน์ อุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและใส่ใจในการดูแล สุขภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จาก ผลการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่องและเชิงรุกในทุกครั้งที่มารับบริการเพื่อกระตุ้น เตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและนำไปใช้เป็นข้อมูลในการดูแลตนเองเพื่อให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนถึงแม้ว่าคู่อื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ มีอาการ การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ การงด มีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อยาต้านไวรัส และ ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการ ป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ ประยุกต์ใช้แนวทางการจัดบริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการและแนว ทางการใช้ชุดความรู้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรค โดยตรง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 รูปแบบการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การให้ข้อมูลและ คำปรึกษาเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน การดูแลตนเองได้ไม่น้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ สัมพันธภาพของผู้ให้บริการ รวมทั้งความพร้อมและความเพียงพอของจำนวนผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์บาง รายขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองจนส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะ สุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมาได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอให้ประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแบบ สั้นและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตอบสนอง สถานการณ์เอดส์ในปัจจุบันที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสุขภาพแข็งแรง และมีชีวิตที่ยืนยาวเหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ทั่วไป ทั้งนี้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ติดเชื้อและ พวดุคยหรือให้ข้อมูลให้ตรงกับความเสี่ยง ปัญหาหรือความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละราย

1.2 การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริม ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน การงดเที่ยวสถาน เริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ การงดมีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อภาวะดื้อยาต้านไวรัส และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่ จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเพื่อส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการข้อมูลแบบสั้นและการ ให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ควรศึกษาวิจัยในคลินิกบริการอื่นๆ หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะที่ สนใจ โดยการประยุกต์ใช้กิจกรรมการให้บริการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมแต่ละบริบทของคลินิกบริการ

2.3 ควรศึกษาวิจัยทดลองซ้ำหรือวิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ เอดส์เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน 12 เดือน และ 24 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการ บริการนี้ หรืออาจต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการให้บริการ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและอาสาสมัคร และสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมการให้ ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในคลินิกยาด้านไวรัสให้เป็น รูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองนโยบาย Getting to Zero ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรภัทร อาจวานิชชากุล. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2555). สถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ระดับโลก. (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2557 จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267>.
- กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2551). คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- คณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A². (2554). วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย (รายงาน ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2554). (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 30 พ.ย 2557 จาก <http://www.aidsthai.org/th/uploads/content/download/506bdee9cb546>
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 16. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภรัฐยา สมสีใส. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนพร วรรณกุล. (มปป.). เอกสารประกอบการเรียนการสอนเรื่อง การพยาบาลอนามัยชุมชน 1 (ออนไลน์). วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. ค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2558 จาก [http://www.teacher.ssru.ac.th/tanaporn_wa/pluginfile.php/39/block_html/\(27 ธันวาคม 2557\)](http://www.teacher.ssru.ac.th/tanaporn_wa/pluginfile.php/39/block_html/(27 ธันวาคม 2557)).
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2544). เอกสารสอนชุดวิชา สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยงานที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประพนธ์ บุญไชย. (2553). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ปรีชา ตันธนาธิป และกรุณา ลิ้มเจริญ. (2552). **พฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร**. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2552.
- พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์. (2546). **การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. รายงานศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการโภชนาการ ศึกษาศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาสกร อัครเสวี. (2555). **สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 1-4. วันจันทร์ที่ 9 มกราคม 2555 ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**.
<http://www.redcross.or.th/article/15421>
- วรรณชาติ ตาเลิศและสุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ. (2557). **พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์วัน แร่งงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์**. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 32 ฉบับที่ 1: มกราคม-มีนาคม 2557.
- วันเพ็ญ พูลเพิ่ม. (2550). **การพัฒนาพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระวรรณ คุ่มกลาง. (2555). **ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มี Viral load ระหว่าง 51-1,000 copies./mL** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ สันทัด. (2549). **การพัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์**. วารสารพยาบาลศาสตร์. 24(3).
- สถาบันบำราศนราดูร. (2557). **รายงานประจำปี 2557 สถาบันบำราศนราดูร**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). **การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล**. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส]. (ม.ป.ป.). **โครงการสนับสนุนทุนวิทยานิพนธ์ด้านสื่อสารสุขภาพปี 2553**. (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557 จาก http://www.thaihealth.or.th/about/announcement_grant/12487.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557**. (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2557 จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267>.
- สำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (2551). **แนวทางการจัดบริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- สุดารัตน์ วรรณสาร. (2541). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลนครพิงค์**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). **วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวรรณ บัญยลสิพรรณ. (2550). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). **แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณ บัญยลสิพรรณ. (2556). **พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51 – 1,000 copies/mL ในโรงพยาบาลชุมชน**. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2556.
- อัญชลี คำกำจร. (2552). **ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส** โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย.
- Bopp, C.M., Phillips, K.D., Fulk, L.J., & Hand, G.A. (2003). **Clinical Implications of Therapeutic Exercise in HIV/AIDS**. JANAC, 14(1).
- Calza, L., Manfredi, R., & Chiodo, F. (2003). **Hyperlipidemia in patients with HIV-1 infection receiving highly active antiretroviral therapy: epidemiology, pathogenesis, clinical course and management**. International Journal of antimicrobial Agent. 22.
- Harrion, L.R. (1997). **Spiritual and Hope: Nursing Implications for People with HIV Diseases**, Holist Nurse Practice, 12(1).
- Kozal, M.J., Amico, R., Chiarella, J., Comman, D., & Fisher, W. (2006). **A population-Based and Longitudinal Study of Sexual Behavior and Multidrug-Resistant HIV among Patients in Clinical Care**. Medcape General Medicine, 82.
- Marston, B., & De Cock, K.M. (2004). **Multivitamins, nutrition, and antiretroviral therapy for HIV diseases in Africa**. New England Journal of Medicine.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P.. (1997). **Health Assessment Promotion Strategies through the Life Span**. 6th ed. U.S.A: Appleton & Lang.
- Mwanburi, V. (2005). **Understanding the role of HIV load in determining weigh change in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART)**. Clinical Infectious Disease. 40.

- O' Donnell, M.P. (2002). **Health Promotion in the Workplace**. 3rd ed. U.S.A.: Delmar Thomson Learning.
- Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N.J. (1986). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). **Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change**. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51.
- Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). **Misinterpretations and misapplications of the transtheoretical model**. (Invited paper). *American Journal of Health Promotion* 12.
- Rosenstock, I.M. (1974a). **The Health Belief Model and preventive health behavior**. *Health Education Monographs*, 2.
- Schneiderman, B. (2007). **Creativity support tools: Accelerating discover and innovation**. *Communications of the ACM*. 50.
- Tang, A.M., Jacobsom, D.L., Knox, T.A., & Wanke, C. (2005). **Increasing risk of 5% or greater unintentional weight loss in a cohort of HIV infected patients, 1995 to 2003**. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 40.

ภาคผนวก

แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด
ระยะเวลา	10 – 60 นาที ต่อครั้ง
สถานที่	โต๊ะคัดกรองผู้รับบริการ และ/หรือห้องให้การปรึกษา ณ หน่วยงานผู้ป่วยนอก อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร
ผู้ให้ข้อมูลฯ	นางกรรณา ลิ้มเจริญ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีส่วนร่วมในการประเมินและรับรู้พฤติกรรมป้องกันการดูแลสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

(Pender, 2002) แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกันคือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล (Cognitive perceptual factors) ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1983) เนื่องจากพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้เพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 5 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด 3) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม 4) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง 5) ระดับความเคยชินและ/หรือสิ่งล่อใจ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้นหมายความว่าความถึงพฤติกรรมใหม่นั้นๆ ควรอยู่อย่างยั่งยืน ซึ่งต้องใช้ความพยายาม อดทน แรงจูงใจหรือปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่โปรชาสกาและเวลลิเซอร์ (Prochaska & Velicer, 1997) ได้นำมาเสนอเพื่อนำมาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้กระบวนการปรับพฤติกรรม 2 กระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral Process)

การสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) discovering reality การค้นพบความจริง 2) critical reflection การพิจารณาไตร่ตรอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) taking charge

ดำเนินการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (เรียนรู้ เรียกร้องจัดการ ต่อรอง ปกป้องสิทธิ) และ
4) holding มั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ได้

หลักสำคัญ

ให้ความเป็นส่วนตัว (Privacy) สถานที่ที่ใช้ในการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงควรเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการไม่ลำบากใจในการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ทั้งนี้งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีแนวคิดการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเน้นเรื่องการไม่ตีตราและให้บริการแบบไม่แบ่งแยกระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้รับบริการทั่วไป โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคไขหวัด วัณโรค เป็นต้นจะส่งต่อไปรับบริการ ณ คลินิกไขหวัด หรือคลินิกระบบทางเดินหายใจ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้รับบริการทุกคนจะไม่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี กระบวนการคัดกรองเบื้องต้นจะใช้สถานที่คัดกรองตามปกติ หากพบว่ามีผลเชิงบวกจะเชิญผู้รับบริการพูดคุยในห้องให้การปรึกษาที่เป็นส่วนตัวต่อไป

วัตถุประสงค์ (Informing objectives) ในการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการทราบและอธิบายประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญ ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองจะถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการโดยทีมแพทย์และผู้ให้บริการเท่านั้น

ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client's Center Approach) เนื่องจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นการกระทำใดๆ ต้องยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้ข้อมูลต้องสังเกตปฏิกริยาและความพร้อมของผู้รับบริการด้วย

ได้ข้อมูลที่แท้จริง (Data Accuracy) ผู้ให้ข้อมูลหรือคัดกรองผู้รับบริการต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นเรื่องธรรมดาและไม่รู้สึกอึดอัดในการสนทนา การแสดงออกที่ปราศจากอคติและการตัดสินใจ รวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คัดกรองและผู้รับบริการ เช่น การพูดด้วยน้ำเสียงปกติ เคารพสิทธิและความสมัครใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

ประหยัดเวลา (Timely Service) การให้บริการข้อมูลแบบสั้นและให้การปรึกษานี้จะใช้เวลาไม่มากเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ยึดเยื่อในการรับบริการและใช้ช่วงเวลาที่รอคอยให้เกิดคุณค่าเพิ่มขึ้น ดังนั้นการพูดคุยต้องกระชับ สั้น ง่ายและสอดคล้องตรงประเด็นตามกลยุทธ์หลักของการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

องค์ประกอบของกระบวนการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้การปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. **การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ** เป็นการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและความสมัครใจในการรับการปรึกษา ตกลงบริการเป็นการทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับ พูดคุยกันประเด็นใดบ้าง ใช้เวลาเท่าใด และการรักษาความลับ

2. **การสำรวจปัญหา** เป็นการค้นหารายละเอียด ความเป็นมา สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาให้มีความชัดเจนมากที่สุดก่อนที่จะนำไปสู่การวางแผนให้ข้อมูลและให้การปรึกษา ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้รับบริการด้วย

3. **ทำความเข้าใจปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมเสี่ยง** เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยผู้ให้ข้อมูลจะต้องปฏิบัติตนเหมือนเป็นร่วมเดินทางของผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษาในช่วงระยะหนึ่งเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาตนเองมอง

ประสบการณ์ที่ผ่านมาและความรู้สึกต่างๆ ทำให้เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นเหตุเป็นผล เอื้ออำนวยให้ผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษาได้ใช้ ความพยายามในการพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้น

4. การวางแผนแก้ไขปัญหา เป็นการลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วนของปัญหา ค้นหา ความยากง่ายและความเป็นไปได้ในการแก้ไขสาเหตุของปัญหา เพื่อช่วยผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษา ในการวางแผนแก้ไข ปัญหา และสามารถนำไปปฏิบัติได้

5. การยุติบริการ เป็นการสิ้นสุดของบริการ ซึ่งอาจเป็นการสิ้นสุดการพูดคุยแต่ละครั้งหรือ เป็นการยุติการให้บริการแก่ผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษารายนั้นตลอดไป

เทคนิคการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษา

1. การฟังอย่างใส่ใจ เป็นการรับฟังความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ในปัญหาของผู้รับข้อมูล หรือรับการปรึกษา ตั้งใจฟังต่อเนื้อหาสาระและอารมณ์ของผู้รับบริการที่แสดงออกมา

2. การทวนความ เป็นการพูดซ้ำสิ่งที่ผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษาพูดออกมาด้วยประโยค บวกเล่า ด้วยสำนวนของผู้รับบริการหรือผู้ให้ข้อมูลก็ได้

3. การสะท้อนความรู้สึก เป็นการพูดสะท้อนความรู้สึกที่ผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษาแสดง ออกมาพร้อมกับการเล่าเรื่องต่างๆ โดยไม่มีการตีความ อาจเพิ่มเติมด้วยเหตุผลที่ทำให้ผู้รับข้อมูลหรือ รับการปรึกษา รู้สึกอย่างนั้น ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญที่แสดงว่าผู้ให้ข้อมูลหรือให้การปรึกษามีความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษา

4. การสรุป เป็นการนำสิ่งที่ได้พูดคุยกันในรายละเอียดมาสรุปเนื้อหาสั้นๆ ประกอบด้วย ประเด็นเนื้อหาและมีความรู้สึกร่วมด้วย

5. การถาม เป็นการเปิดประเด็นที่จะพูดกันเพื่อตรวจสอบการรับรู้ในเนื้อหาที่สนทนากัน ระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูลให้ตรงกัน พร้อมทั้งเป็นการค้นหาข้อมูลรายละเอียดด้วยคำถาม

6. การเงียบ เป็นการสนทนาโดยที่ผู้ให้ข้อมูลหรือให้การปรึกษาไม่มีการเอ่ยวาจาใดๆ ใน ระหว่างนั้นอย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลหรือรับการปรึกษาใช้ความคิดแสดง ความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลอาจสื่อสารโดยใช้ท่าทางต่างๆ ได้

แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่แท้จริงของตนเอง</p> <p>- เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายการสนทนา</p>	<p>บทนำ: เปิดประเด็นที่ผู้รับบริการควรได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลดความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้ผู้รับบริการและคู่มีสุขภาพดีมีชีวิตรื่นยาว - การไม่ป้องกันจะทำให้ผู้รับบริการเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่ม อาจเป็นเชื้อดื้อยา เชื้อสายพันธุ์อื่นหรือเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ - การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูกมีโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 20-30 หากผู้รับบริการหรือคู่ตั้งครรภ์และไม่ได้กินยาป้องกัน - ปัจจุบันมีคู่ที่มีผลเลือดต่างร้อยละ 30-50 ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ว่าใครติดเชื้อแล้วหรือไม่ - ถึงแม้ว่าคุณเพศสัมพันธ์จะติดเชื้อเอชไอวีด้วยแล้วก็ตาม หากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้องจะมีโอกาสต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อดื้อยาได้ <p>เหตุผลข้างต้นเป็นประเด็นสำคัญที่มีการสนทนาเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจไม่จำเป็นต้องเปิดประเด็นทุกข้อแต่ควรให้สอดคล้องกับการคัดกรองความเสี่ยงที่ได้ในครั้งนี้</p> <p>การคัดกรองและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเชิงลึก</p> <p>การประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการเพื่อประเมินความจำเป็นในการรับข้อมูลของผู้รับบริการในการให้บริการทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อจะได้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน และแต่ละครั้งที่มารับบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทายผู้รับบริการและแนะนำตัวผู้ให้ข้อมูลโดยใช้น้ำเสียงปกติ พร้อมทั้งกล่าวซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย - เปิดประเด็นเพื่อให้ข้อมูลโดยเริ่มจากชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นของการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและครอบครัว - สัมภาษณ์ผู้รับบริการเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) อาการสำคัญที่มารับบริการในครั้งนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์ม Outpatient note สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ - ภาพพลิกเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ - ใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิดเพื่อทวนสอบข้อมูลและความรู้ความเข้าใจ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมิน
<p>เพื่อประเมินและ ค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง ของผู้รับบริการ</p>	<p>พฤติกรรมเสี่ยงที่สอดคล้องกับ 6 กลยุทธ์หลักในการป้องกันต่อไปนี้หรือไม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์หรือการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ 2. มีอาการหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ 3. ได้รับยาต้านไวรัสและกินยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ 4. ในกรณีที่มีคู่อุปสรรค ต้องประเมิน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 คู่เพศสัมพันธ์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้วหรือไม่ 1.2 ผู้รับบริการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ให้กับคู่อุปสรรคหรือไม่ 1.3 ผู้รับบริการหรือคู่อุปสรรค กังวลหรือไม่ หรือมีการตั้งครุฑหรือวางแผนจะมีบุตรหรือไม่ <p>ทั้งนี้การคัดกรองจะแยกผู้รับบริการตามลักษณะของพฤติกรรมปัจจุบันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันมุ่งเน้นด้านการมีเพศสัมพันธ์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ</p> <p>กรณีไม่มีเพศสัมพันธ์ จะมุ่งประเมินเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส</p> <p>กรณีมีเพศสัมพันธ์ เน้นเรื่องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่อุปสรรค การตรวจและทราบสถานะการติดเชื้อของคู่อุปสรรค การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการวางแผนครอบครัว</p>	<p>ร่วมกับตรวจเช็ค สัญญาณชีพ พฤติกรรม รับประทานยาต้าน ไวรัสย้อนหลัง 1 เดือน</p> <p>2) ชักประวัติ พูดคุยกับ ผู้รับบริการเพื่อ ประเมินพฤติกรรม เสี่ยง ความเสี่ยง ต่างๆ ตามแบบคัด กรองผู้ติดเชื้อ เอชไอวีในแบบบันทึก Outpatient note</p> <p>ทั้งนี้อาจต้องใช้ทักษะการ ทวนกลับ การสะท้อนคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมี ความสนใจฟังผู้รับบริการ และ จับประเด็นต่างๆ เพื่อนำเป็น ข้อมูลเสริม</p>	<p>- แบบฟอร์ม Outpatient note สำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์</p> <p>- ภาพพลิกเรื่องการ ป้องกันเพื่อส่งเสริม สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์</p>	<p>- สังเกตการมีส่วนร่วม คำพูด ท่าทาง อารมณ์และปฏิกิริยา ของผู้รับบริการ</p> <p>- ใช้คำถามปลายเปิด และปลายปิดเพื่อทวน สอบข้อมูลและความรู้ ความเข้าใจ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และมีส่วนร่วมในการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง</p>	<p>โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่ง เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อว่าเอชไอวี เมื่อเชื้อนี้เข้าสู่ร่างกายมนุษย์จะทำลายเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดลง เชื้อเอชไอวีจะติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อจากแม่สู่ลูก หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน</p> <p>องค์ประกอบในการรับและถ่ายทอดเชื้อ 4 ประการ (4 Principles of Transmission) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทางออกของเชื้อ (Exit) โดยพิจารณาว่าเชื้อไวรัสออกจากร่างกายทางใด เช่น ออกทางเลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด หรือน้ำหล่อลื่นจากการร่วมเพศ เหล่านี้จะมีเชื้อปนออกมาได้มาก 2. เชื้อมีชีวิตอยู่ (Survive) เชื้อไวรัสเอชไอวีต้องอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ ถ้าออกมาอยู่นอกร่างกาย เชื้อจะอยู่ในสภาวะที่แพร่เชื้อได้ไม่นานเนื่องจากต้องอยู่ในสภาวะที่มีอุณหภูมิเหมาะสม 3. ทางเข้าของเชื้อ (Enter) เชื้อไวรัสต้องเข้าสู่ร่างกายทาง กระแสเลือด โดยผ่านช่องทางเปิดต่างๆ เช่น บาดแผลเปิด รอยถลอก บริเวณอวัยวะเพศทั้งหญิงและชาย จากการมีเพศสัมพันธ์ 4. มีปริมาณเชื้อเพียงพอ (Sufficient) จำนวนเชื้อไวรัสที่เข้าไปในร่างกายต้องมีปริมาณเพียงพอที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อ <p>โรคเอดส์แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่</p> <p>1) ระยะไม่ปรากฏอาการ โดยเฉลี่ยประมาณ 5 - 7 ปี นับตั้งแต่ได้รับเชื้อเอชไอวี ซึ่งหากผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระบวนการรักษาเร็ว และมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องภายใต้การดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่</p>	<p>พูดคุย สอบถามการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบในการรับและถ่ายทอดเชื้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้รับบริการว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงใด ตัวอย่างเช่น หากพบว่าผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใส่ถุงยางอนามัย จะให้ข้อมูลที่จะมีผลต่อตัวผู้รับบริการเอง หรือการประเมินคู่เพศสัมพันธ์ว่ามีความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนซักถาม</p>	<p>ภาพพลิก การให้ข้อมูลแบบสั้นเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาพพลิกความรู้เรื่องเอดส์ทั่วไป</p>	<p>สังเกตการมีส่วนร่วมและซักถามความเข้าใจของผู้รับบริการ</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
	<p>สาธารณสุข ก็จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายยังคงอยู่ในระดับที่ดี สามารถอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการได้นาน และยังไม่จำเป็นต้องเริ่มการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส</p> <p>2) ระยะเริ่มปรากฏอาการ ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีจะเริ่มมีอาการจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอจนอาจติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่าย แต่หากไม่ได้รับการรักษา ร่างกายจะอ่อนแอลงจนเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้</p> <p>3) ระยะเอดส์เต็มขั้น หรือที่เรียกว่า ผู้ป่วยเอดส์ เป็นระยะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลงมาก จนทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่าย และหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้</p> <p>หลักการดูแลรักษาเอชไอวีประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการดูแลด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต้องทำควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสคือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (Viral load < 50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness)</p> <p>เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสในประเทศไทยตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีปี 2557 กำหนดให้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายในทุกระดับ CD4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ CD4 < 500 cells/mm³ เพื่อประโยชน์ส่วนบุคคลในการลดการกำเริบของตัวโรคและประโยชน์ต่อการสาธารณสุขในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น</p>	<p>ซักถามอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการที่มาใช้บริการครั้งนี้ และให้ข้อมูลสำคัญที่จำเป็นกับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเท่านั้น โดยให้การสนทนาสองทางให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสุขภาพที่แข็งแรง</p>		<p>สังเกตสีหน้า ท่าทางและการมีส่วนร่วมในการพูดคุย</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป</p>	<p>ข้อความสำคัญ (Key Short Message) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - “โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง จึงต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการละเลยการป้องกันทำให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มหรือมีอาการรุนแรงขึ้น” - “แม้จะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แต่ผู้ที่ติดเชื้อสามารถควบคุมอาการและมีชีวิตยืนยาวได้ หากมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” - “การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง จึงควรตรวจระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ (CD4) ทุก 6 เดือน เพื่อทราบสถานะสุขภาพ และเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการรักษา” - “หากดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ไม่ปรากฏอาการ มีระดับภูมิคุ้มกันที่ดีและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์จะส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาว” 	<p>อภิปรายข้อความสำคัญให้ผู้รับบริการทราบ และสะท้อนคำผู้รับบริการกรณีที่ได้รับบริการกล่าวที่เป็นไปในทางบวก</p> <p>หรือหากพบว่า ผู้รับบริการท้อหยจะ ยกตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่สุขภาพดีและมีชีวิตเหมือนปกติ แต่เน้นเรื่อง การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่รับเชื้อเพิ่ม</p>	<p>ภาพพลิก การให้ข้อมูลแบบสั้นเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p>	<p>สังเกตท่าทาง และการตอบข้อซักถามหรือการมีส่วนร่วมในการพูดคุย</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>-เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง ผลกระทบหรือผลเสียของพฤติกรรมนั้นต่อตนเองและครอบครัว</p> <p>-เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ</p>	<p>การให้ข้อมูลเรื่องการป้องกัน</p> <p>หลังจากทราบพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการแล้วจะให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและปลอดภัยต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการให้ข้อมูลหรือการให้การปรึกษาจะให้เฉพาะในประเด็นที่ประเมินพบพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น และจะเน้นเลือกเนื้อหาที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละรายดังนี้</p> <p>ข้อความสำคัญ (Key Short Message):</p> <p>กรณีผู้รับบริการไม่มีเพศสัมพันธ์</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลชื่นชมผู้รับบริการและให้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชื่นชมผู้รับบริการที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มและการป้องกันผู้อื่นจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ดีที่สุด และที่สำคัญคือทำให้เรามีสุขภาพแข็งแรงและหากสามารถปฏิบัติได้ตลอดไปก็จะเป็นสิ่งที่ดี - หากต้องการมีเพศสัมพันธ์ต้องมีอย่างปลอดภัยใช้หลัก ABC (การงดเพศสัมพันธ์ (Abstinence) การซื่อสัตย์ต่อคู่นอนหรือมีคู่นอนคนเดียว (Be Faithful) และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ (Condom) - ปัจจัยที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย - ในอนาคตหากพบคนที่ถูกใจและจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย สิ่งสำคัญและจำเป็นคือ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการมีคู่อุปสรรคหลายคน และควรบอกผลเลือดให้คู่อันรู้เพื่อการป้องกันที่เหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่นชมและให้กำลังใจผู้รับบริการในประเด็นที่ทำดีอยู่แล้ว เช่น การรับประทานยาต้านไวรัส การมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย เป็นต้น ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการแต่ละราย 2. บอกผลเสียหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการไม่ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้รับบริการกระทำอยู่ ซึ่งจะกล่าวผลที่เกิดกับตัวผู้รับบริการเอง คู่เพศสัมพันธ์ และคนในครอบครัว ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจะค้นหาแรงจูงใจของผู้รับบริการด้วยว่าคืออะไร และจะมุ่งเน้นผลกระทบนั้นๆ ให้ผู้รับบริการรับรู้ข้อมูล 	<ol style="list-style-type: none"> 1.แผ่นพับ ภาพพดลิกการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.รูปแบบอวัยวะเพศชายจำลอง 3.ถุงยางอนามัย 4.สารหล่อลื่น 	<ol style="list-style-type: none"> 1.สังเกตปฏิกิริยาและท่าทางของผู้รับบริการในการรับฟังการให้ข้อมูลหรือการซักถามเพิ่มเติม 2.สอบถามทวนเกี่ยวกับการรับรู้ที่ได้จากการให้ข้อมูลครั้งนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
	<p>กรณีผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์</p> <p>ผู้รับบริการที่ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่ มีความเสี่ยงสูงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากคู่อุปสรรคสัมพันธ์ จึงควรมีการพูดคุยและให้ข้อมูลในเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ครอบคลุมทั้ง 6 กลยุทธ์ของการป้องกันโดยให้ข้อมูลตามประเภทของการคัดกรองผู้รับบริการในด้านต่างๆ ดังนี้</p> <p>ผู้รับบริการที่มีเพศสัมพันธ์ (ทุกราย) ให้ข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตามหลัก ABC ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีคู่อุปสรรคสัมพันธ์กับคนเพียงคนเดียวเป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอด เชื้อเพิ่ม - ควรป้องกันทั้งตัวผู้รับบริการเองและคู่อุปสรรคสัมพันธ์โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ งดการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สอดใส่ หรือการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น <p>ให้ข้อมูลผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่ใช้ถุงยางอนามัย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคหนองใน โรคซิฟิลิส หูดหงอนไก่ เป็นต้น - การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะมีความเสี่ยงสูงที่สุด - การมีเพศสัมพันธ์ทางปากโดยไม่ได้ป้องกัน แม้จะมีความเสี่ยงต่ำแต่ก็สามารถรับและถ่ายทอดเชื้อได้ 	<p>3. สนทนาแบบสองทาง เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการคิด (Two-way communication)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สะท้อนคำพูดสำคัญของผู้รับบริการ เพื่อบ่งบอกถึงความใส่ใจต่อคำพูดของผู้รับบริการ - เปิดโอกาสให้ซักถาม ได้ตลอดการพูดคุย - หากพบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงและมีความพร้อมที่จะรับรู้ข้อมูลทั้งกายและใจ อาจส่งต่อให้การปรึกษาที่ใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นตามความเหมาะสม 		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการสามารถรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่คู่อหรือจากคู่อเพศสัมพันธ์ได้ และส่งผลทำให้ผู้รับบริการหรือคู่อมีการเจ็บป่วย ต้องใช้ระยะเวลาการรักษามากขึ้น และรักษายากกว่าคนทั่วไป - ผู้รับบริการหรือคู่อเพศสัมพันธ์มีโอกาสตั้งครรรภ์ได้ หากมีการตั้งครรรภ์เกิดขึ้น ทารกจะมีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวีถ้าไม่ได้รับยากินป้องกัน <p>การเปิดเผยสถานะการติดเชื่อกับคู่อเพศสัมพันธ์</p> <p>1. กรณีที่เปิดเผยผลเลือดแล้ว สอบถามผู้รับบริการเพื่อประเมินปัญหาและผลกระทบจากการเปิดเผยผลเลือด ถ้ามีปัญหาคควรพิจารณาาร่วมให้ข้อมูลหรือส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความเหมาะสม ได้แก่ นักให้การปรึกษา นักจิตวิทยา แพทย์ เป็นต้น</p> <p>2. กรณีที่ยังไม่เปิดเผยผลเลือด</p> <p>ให้ข้อมูลประโยชน์ของการเปิดเผยผลเลือดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเปิดเผยผลเลือดจะเป็นการนำไปสู่การป้องกันทั้งตัวผู้รับบริการและคู่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะช่วยให้สามารถพูดคุยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ง่ายขึ้น - การเปิดเผยผลเลือดให้แก่คู่อเพศสัมพันธ์ทราบอาจทำให้คู่อตัดสินใจมารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว <p>ให้ข้อมูลถึงข้อควรระวังในการเปิดเผยผลเลือดซึ่งควรทำด้วยความสมัครใจและพิจารณาอย่างถี่ถ้วนดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเปิดเผยผลเลือดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ควรมีการวางแผนที่ดี หากมีความลำบากใจสามารถขอรับบริการปรึกษาเพิ่มเติมได้ 	<p>พูดคุยกับผู้รับบริการและสังเกตปฏิกิริยาทำทางร่วมเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะการติดเชื่อกับคู่อเพศสัมพันธ์ และให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้รับบริการ</p>		<p>จากการซักถามความต้องการของผู้รับบริการ</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
	<p>ให้ทางเลือกในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ต้องการบอกผลเลือด หรือรู้สึกว่ายังไม่พร้อมและไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นอย่างไรดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่ผู้รับบริการยินยอมให้ผู้ให้บริการบอกผลการติดเชื้อเอชไอวีให้ของผู้รับบริการทราบ - ร่วมกับผู้ให้บริการค้นหาวิธีที่จะช่วยผู้รับบริการในการบอกผลการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่เพศสัมพันธ์ตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น เทคนิคการพูดคุยเพื่อประเมินคู่ของผู้รับบริการ หรือแนะนำให้ผู้รับบริการกับคู่ของผู้รับบริการมาตรวจเลือดพร้อมกันเพื่อให้ทั้งคู่ทราบผลเลือดพร้อมกัน - ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและรับบริการการให้การปรึกษาด้วยความสะดวก เช่น สามารถติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง หรืองานให้คำปรึกษา เป็นต้น ทั้งนี้กรณีเช่นนี้ต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง <p>การเปิดเผยผลเลือดให้แก่คู่เพศสัมพันธ์ทราบ อาจทำให้คู่ของผู้รับบริการตัดสินใจมารับการตรวจเลือดและให้ความร่วมมือในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</p> <p>ให้ข้อมูลสถานที่ที่ผู้รับบริการสามารถพาคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจเลือดได้ที่สถานพยาบาลที่สะดวก หรือคลินิกนิรนาม</p> <p>หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลจะเน้นย้ำเรื่องการใช้อย่างอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ก็ตาม</p>	<p>-กรณีที่ผู้รับบริการไม่พร้อมที่จะเปิดเผยผลเลือดและมีความกังวลหรือไม่มั่นใจจะพูดคุยและสังเกตท่าทางของผู้รับบริการ</p> <p>-สรุปผลทางเลือกร่วมกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด เพื่อวางแผนในการพูดคุยในครั้งต่อไป</p>		<p>จากการพูดคุย และสังเกตท่าที ความสนใจตั้งใจฟัง การซักถาม</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการ รับรู้ผลดีผลเสียของ การพาคู่มาตรวจ เลือดหาเชื้อเอชไอวี</p>	<p>การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่เพศสัมพันธ์ กรณีที่คุณเพศสัมพันธ์ยังไม่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้รับบริการไม่ทราบ ผลการติดเชื้อเอชไอวีของคู่เพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลจะให้เห็นผลถึงความสำคัญใน การพาคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่เพศสัมพันธ์จำเป็นต้องตรวจเลือดเอชไอวีเพื่อให้ทราบสถานะการติด เชื้อเอชไอวี เนื่องจากพบอัตราผลเลือดต่างถึงร้อยละ 30 – 50 และสิ่งสำคัญ ที่สุดคือ ผู้รับบริการจะสามารถดูแลคู่ได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม หากทราบ ผลช้าเกินไปอาจส่งผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งทำให้การรักษายุ่งยาก ซ้ำซ้อนมากกว่า - กรณีผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีของคุณเพศสัมพันธ์เป็นบวกหรือติด เชื้อเอชไอวี ควรรับการปรึกษาเรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และควรรีบมา พบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมเนื่องจากในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสมีประสิทธิภาพ - กรณีผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีของคุณเป็นลบ จะมีการเฝ้าระวัง ป้องกันการรับเชื้อและดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาว สามารถ ดูแลผู้รับบริการได้ตลอดไป <p>สิ่งสำคัญที่สุดคือ ทั้งตัวผู้รับบริการและคู่เพศสัมพันธ์ควรดูแลสุขภาพให้ แข็งแรง ป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพื่อสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ตามปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อน</p>	<p>พูดคุย เน้นข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียกรณีคู่ ได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอวี</p>		<p>สังเกตท่าที ความสนใจ ตั้งใจฟัง การซักถามข้อมูล เพิ่มเติม</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจและมีความตระหนักเกี่ยวกับการดูแล</p>	<p>กรณีที่คุณเพศสัมพันธ์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และผลเลือดของคุณเพศสัมพันธ์เป็น “ลบ” หรือ “ไม่ทราบผลเลือด”</p> <p>ให้ข้อมูลความสำคัญของการมารับการตรวจเลือดซ้ำและความหมายของผลการตรวจเป็นลบกับผู้รับบริการว่า คุณเพศสัมพันธ์จำเป็นต้องได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำเป็นระยะคือ 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนพร้อมกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และให้เหตุผลดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี (Window period) ซึ่งจำเป็นต้องตรวจเลือดซ้ำอีก 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนเพื่อยืนยันผล - คุณเพศสัมพันธ์อาจจะติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตได้ ถ้าไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้รับบริการควรให้คุณเพศสัมพันธ์มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ - ถ้าหากคู่ของคุณผู้รับบริการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ต้องพามาพบแพทย์ให้เร็วที่สุดเพื่อรับการรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส <p>สิ่งสำคัญที่สุด คือ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อผู้รับบริการและคู่จะได้มีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดูแลซึ่งกันและกันต่อไป ทั้งนี้ควรสอบถามวิธีการสวมถุงยางอนามัยของผู้รับบริการด้วยเพื่อทดสอบว่า ผู้รับบริการมีความรู้และสามารถบอกวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>กรณีที่คุณเพศสัมพันธ์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และผลเลือดของคุณเพศสัมพันธ์เป็น “บวก”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้สอบถามเพื่อประเมินว่าคุณเพศสัมพันธ์ได้รับการดูแลรักษาแล้วหรือไม่ <p>กรณีที่ได้รับการดูแลรักษาแล้ว ให้ข้อมูลว่าการเข้าสู่บริการดูแลรักษาพร้อมกันทั้งคู่จะช่วยให้การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพเกิดประสิทธิผลที่ดี</p>	<p>พูดคุยกับผู้รับบริการพร้อมแสดงภาพพลิกการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องประเมินความพร้อมของผู้รับบริการจากการพูดคุยและซักถาม หรืออาจใช้ความเงียบเพื่อให้เวลาผู้รับบริการได้มีเวลาคิด พร้อมทั้งสะท้อนความคิดของผู้รับบริการเพื่อร่วมกันหาแนวทางการป้องกันและดูแลคู่ต่อไป</p>	<p>ภาพพลิกการให้ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และภาพสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง</p>	<p>จากการตอบข้อซักถามและประเมินจากการสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถบอกถึงอาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการดูแลตนเอง</p>	<p>- กรณีที่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา ให้ข้อมูลว่าผู้รับบริการควรแนะนำให้คู่นอนเพศสัมพันธ์มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD 4) เพื่อประเมินภูมิคุ้มกันของร่างกายและรับการรักษาอย่างเหมาะสม แนะนำเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิประโยชน์ของคู่นอนเพศสัมพันธ์ การดูแลตนเอง การป้องกันภาวะติดเชื้อ การรับประทานยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการวางแผนครอบครัวในอนาคต</p> <p>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรักษา</p> <p>1. กรณีไม่มีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ข้อมูลว่าแม้ไม่มีอาการก็อาจเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยงและแนะนำดังนี้</p> <p>- ในรายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การตรวจปัสสาวะในกรณีที่มีอาการปัสสาวะแสบขัด การตรวจเลือดหาเชื้อซิฟิลิส การตรวจภายในทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก เป็นต้น</p> <p>- แนะนำการสังเกตเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญควรมาพบแพทย์ทันที เช่น มีผื่นแผลหรือตุ่มขึ้นที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ มีการปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ มีอาการคัน แดง ปวดบวมบริเวณขาหนีบ อวัยวะเพศและทวารหนัก มีผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและลำตัว หรือปวดท้องน้อยหรือปวดช่องเชิงกราน เป็นต้น</p>	<p>ชื่นชมผู้รับบริการที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองและคู่นอน สอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินความเข้าใจและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการป้องกันและสังเกตอาการตนเอง</p>	<p>ภาพพลิกการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการป้องกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาพอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p>	<p>การตอบข้อซักถาม</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
	<p>2. กรณีที่มีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ข้อมูลถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อาจมีผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประโยชน์ของการรักษา และการรักษา ผู้รับบริการและคู่เพศสัมพันธ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการมีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงสัมพันธ์กับอาการ และอาการแสดงของโรค - ถ้ามีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในช่วงนี้ หมายถึงการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่มีอาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น ดังนั้นในระหว่างที่มีอาการผิดปกติ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ - ควรได้รับการส่งต่อรับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ถ้าผู้รับบริการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องพาคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจเพื่อรับการรักษาด้วย - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถรักษาให้หายได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพได้ ทำให้รักษายาก ใช้ระยะเวลาานาน สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง 	<p>เมื่อพบว่าผู้รับบริการมีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลอาจตะแคงไหล่หรือสัมผัสมือผู้รับบริการเพื่อแสดงความเป็นห่วง และสอบถามเกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป</p>		<p>จากการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้รับบริการ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการบอกถึงความต้องการและแผนการมีบุตรในอนาคต</p>	<p>ความต้องการในการมีบุตร กรณีที่ไม่ต้องการมีบุตร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมและการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปกับการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ควรเลือกใช้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคุมกำเนิดที่ได้ผลดีที่สุดคือ การทำหมัน - การคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ การฝังยาคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การกินยาคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมสำหรับคนที่รับประทานยาต้านไวรัสหรือยารักษาวัณโรคบางชนิด เนื่องจากมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดลดลง หรืออาจเกิดผลข้างเคียงของยาคุมกำเนิดมากขึ้น ได้แก่ ยาที่ทำให้ระดับยาคุมกำเนิดในเลือดต่ำลง เช่น Nevirapine, Lopinavir, Ritonavir, Nelfinavir, Rifampicin เป็นต้น ยาที่ทำให้ระดับยาคุมกำเนิดในเลือดสูงขึ้น เช่น Efavirenz, Atazanavir, Indinavir เป็นต้น - การใส่ห่วงคุมกำเนิดสามารถเลือกใช้ได้ในกรณีที่ไม่มีอาการของโรคเอดส์ - ถึงแม้ว่าจะคุมกำเนิดด้วยวิธีใดก็ตาม ผู้รับบริการจำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเพื่อช่วยป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ในอนาคตหากต้องการจะมีบุตรควรแจ้งให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบเพื่อรับการปรึกษาในการวางแผนอย่างรอบคอบ ส่งผลให้มีบุตรที่ปลอดภัยจากรับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 	<p>สอบถาม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามกรณีของผู้รับบริการ</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>การซักถามข้อมูลเพิ่มเติมและการตอบคำถาม แผนการวางแผนครอบครัวในอนาคต</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการมีบุตรที่ปลอดภัย</p>	<p>กรณีที่ต้องการมีบุตร ให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบผลที่อาจจะเกิดขึ้น หากมีบุตรเพื่อให้ผู้รับบริการได้พิจารณาก่อนการตัดสินใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกคือ เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 20 - 40 - ถ้ามารดาที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเหมาะสมจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 5 - การมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย ใจ และสังคมในระยะยาวของผู้รับบริการ คู่และครอบครัว และอาจมีปัญหาซับซ้อนไม่ว่าบุตรจะติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เช่น การดูแลบุตรที่อาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่อาจยุ่งยากซับซ้อนกว่าเด็กปกติทั่วไป ค่าใช้จ่ายที่อาจสูงขึ้น ความทุกข์ใจที่อาจเกิดขึ้นหากไม่มั่นใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร เป็นต้น - เน้นย้ำเรื่องสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีบุตรขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้รับบริการและคู่ แต่ควรมีการวางแผนร่วมกันกับทีมดูแลเพื่อความปลอดภัยของบุตรในอนาคต <p>ประเมินเข้าใจถึงความต้องการที่จะมีบุตร หากยังยืนยันความต้องการที่จะมีบุตรพิจารณาส่งต่อหน่วยบริการฝากครรภ์ เพื่อรับบริการปรึกษาเพิ่มเติม</p>	<p>พูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตรในอนาคต พร้อมกันกับประเมินความต้องการมีบุตรของผู้รับบริการ</p>		<p>จากการพูดคุยและซักถามของผู้รับบริการ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการบอกความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสได้</p>	<p>การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) และส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง (Drug adherence)</p> <p>กรณี que ผู้รับบริการยังไม่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส</p> <p>ให้ข้อมูลเรื่องข้อบ่งชี้ในการรับยาต้านไวรัสตามมาตรฐานการรักษาในประเทศไทยคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ว่าระดับ CD4 เท่าใด (Any CD4) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้รับบริการ ทั้งด้านความพร้อมที่จะต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การเงิน สิทธิการรักษา อย่างไรก็ตามทั้งนี้อาจพิจารณาความเร่งด่วนในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามกรณีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/mm³ ควรได้รับการเฝ้าระวังและตรวจติดตาม CD4 ทุก 6 เดือน เพื่อพิจารณารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในช่วงเวลาที่เหมาะสม - ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีระดับ CD4 200 - 350 cells/mm³ ที่ไม่มีอาการ ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และควรได้รับการตรวจ CD4 ทุก 3 - 6 เดือน เพื่อพิจารณาการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส - ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ หรือ 200 - 350 cells/mm³ ที่มีอาการ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และควรได้รับการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน เพื่อติดตามผลการรักษา <p>หมายเหตุ ถ้ามีอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น ไอเรื้อรัง ฝ้าในปาก ผื่นตามตัว ปวดศีรษะ ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นต้น ควรรีบพบแพทย์</p>	<p>สอบถามความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการ</p>		<p>การตอบคำถาม การพูดคุยและสังเกตท่าทาง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการมีความตระหนักเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา และต่อเนื่อง</p>	<p>กรณีที่ผู้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส</p> <p>สอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เพื่อประเมินความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา และต่อเนื่อง (drug adherence) โดยสอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับการไม่ได้กินยาหรือกินไม่ตรงเวลาบ้างหรือไม่ในช่วง 1 เดือนหรือ 3 วันที่ผ่านมา ก่อนมาโรงพยาบาล วันนี้ผู้รับบริการกินยาต้านไวรัสแล้วหรือยัง เวลาอะไร มีความรู้สึกเบื่อหน่ายบ้างหรือไม่ในการกินยาทุกวันและให้ข้อมูลประโยชน์ของการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา และต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อรักษาฤทธิ์ของยาให้เพียงพอต่อการควบคุมปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกาย - การรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ได้หมายความว่าสามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีจากร่างกายได้หมด แม้จะวัดระดับไวรัสในเลือดไม่ได้ก็ตาม - การขาดยาบ่อยๆ จะทำให้เกิดการดื้อยาและรักษาไม่ได้ผล ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและต้องเปลี่ยนยาหรือต้องหยุดยา - ผลของการรักษาจะดีที่สุดในการรับยาสูตรแรก ถ้ามีการดื้อยาแล้ว ผลการรักษาอาจไม่ดีเท่ากับสูตรแรกที่ได้รับ - แนะนำให้ผู้รับบริการร่วมประเมินผลการกินยาต้านไวรัสที่ได้ผลดีจากผลการตรวจเลือดหาระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด - หากพบปัญหาการรักษาหรือผลข้างเคียงจากยาพิจารณาส่งต่อเพื่อรับการปรึกษาตามความเหมาะสม 	<p>ซักถาม พูดคุยเกี่ยวกับความสำคัญ ปัญหาและอุปสรรคของการกินยาต้านไวรัสของผู้รับบริการ พร้อมให้ข้อมูลเสริมพลัง ชื่นชมหากพบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสที่ดี และชี้ให้ผู้รับบริการเห็นผลสำเร็จจากผลซีดีสี่หรือปริมาณไวรัสในกระแสเลือด</p>		<p>จากการพูดคุยและตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการ บอกวิธีการใช้ถุงยาง อนามัยหรือสาริตการ ใช้ได้ถูกต้อง</p>	<p>การยุติบริการและการสาริตการใช้ถุงยางอนามัย</p> <p>ในการพูดคุยเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้บริการควรจบ การสนทนาด้วยการเน้นให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพด้วยการป้องกันและดูแล ตัวเอง เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถทำได้ และประเมินการใช้ถุงยางอนามัยอย่าง ถูกต้อง และสาริตการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง</p> <p>ในกรณีที่ต้องมีการสาริตเพื่อแนะนำการใช้ถุงยางอนามัยควรให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกขนาดถุงยางอนามัยที่เหมาะสม การใช้ถุงยางอนามัย พร้อมสาริตวิธีการใช้ตั้งแต่วิธีการเก็บ การใช้ และวิธีการทิ้งหลังการใช้เสร็จแล้ว ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเลือกขนาดถุงยางอนามัยที่เหมาะสม ถุงยางอนามัยที่มีแจกใน ประเทศไทยส่วนใหญ่ขนาดที่ระบุอยู่บนกล่องถุงยางอนามัยเป็นขนาด 49 และ 52 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นขนาดที่บอกความกว้างของถุงยางอนามัยขณะวางราบหรือ คำนวณจากเส้นรอบวงเป็นมิลลิเมตรของอวัยวะเพศชายหารสอง ทั้งนี้ต้อง ตรวจสอบวันหมดอายุส่วนใหญ่จะปรากฏบนซองถุงยางอนามัย หากไม่มีวัน หมดอายุให้นับจากวันผลิตต่อไปอีก 3 ปี 2) ห้ามใช้หากถุงยางอนามัยจะเสื่อมคุณภาพและไม่มีประสิทธิภาพระหว่าง ใช้ หากมีการฉีกหลุดหรือแตก ต้องเปลี่ยนใหม่ทันที 3) ใช้นิ้วชี้ของและนำถุงยางอนามัยออกจากซองด้วยความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดจากการบาดของซองบรรจุหรือเล็บ 4) ใช้มือบีบส่วนปลายของถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลม 5) สวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว และสวมถุงยางอนามัยจนถึง 	<ul style="list-style-type: none"> - สนทนาสรุปความเข้าใจของ ผู้รับบริการและ/หรือสอน วิธีการใช้ถุงยางอนามัย - สาริตการใช้ถุงยางอนามัย โดยอาจให้ผู้รับบริการ ทดลองสวมถุงยางอนามัย กับอุปกรณ์สาริตก่อนจึงให้ ข้อมูลเพิ่มเติม 	<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นพับเรื่องการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ - ภาพพลิก - อุปกรณ์การสาริตการใช้ ถุงยางอนามัย - ถุงยางอนามัย และสาร หล่อลื่น 	<p>การตอบคำถาม การทดลองปฏิบัติ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและเข้าใจประเด็นสำคัญของการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง</p>	<p>โคโนอวัยวะเพศโดยการรัดถุงยางอนามัยให้ขอบถุงยางอนามัยที่มีวนอยู่ด้านนอก</p> <p>6) ควรใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำหรือซิลิโคนเป็นตัวละลาย เช่น เค-วายเจลลี่ ควรหลีกเลี่ยงการใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำมันเป็นส่วนผสม เช่น น้ำมันทาผิวปิโตรเลียมเจล หรือน้ำมันปรุงอาหาร เนื่องจากน้ำมันจะไปทำปฏิกิริยากับถุงยางอนามัยและทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้</p> <p>7) การถอดถุงยางอนามัยหลังจากมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในขณะที่ผู้ชายดึงอวัยวะเพศออกให้ใช้ทิชชูซับที่ขอบด้านบนของถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้ถุงยางอนามัยลื่นหลุด และระวังไม่ให้สารคัดหลั่งไหลออกมา</p> <p>8) ทิ้งถุงยางอนามัยลงถังขยะที่ปิดมิดชิด ถุงยางอนามัยใช้เพียงครั้งเดียว ห้ามนำกลับมาใช้ใหม่</p> <p>9) การเก็บ ควรเก็บถุงยางอนามัยในบริเวณที่มีอุณหภูมิพอเหมาะ ห่างจากความร้อนและการเสียดสี ซึ่งอาจทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพหรือฉีกขาด</p> <p>สรุปข้อมูลแบบสั้น (Key short message) มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย “ถ้ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน อาจจะทำให้ตนเองและคู่อีกคนเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรืออาจเจ็บหรือถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีได้ก็อย่าให้แกกันและกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและยากต่อการรักษา” หลีกเลี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถรักษาให้หายได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพได้ ทำให้</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	หัวข้อเนื้อหา	กิจกรรมโดยละเอียด	สื่อการให้ข้อมูล	การวัดและประเมินผล
เพื่อให้ผู้รับบริการ รับทราบการนัด หมายในครั้งต่อไป	<p>รักษายาก ใช้เวลานาน และสูญเสียค่าใช้จ่าย”</p> <p>การมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส</p> <p>“การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เช่น ขาดยาบ่อยๆ จะทำให้เกิดการดื้อยาและรักษาไม่ได้ผล ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและต้องเปลี่ยนสูตรยาที่กินยากขึ้นหรืออาจไม่มียาให้เลือกใช้ต่อไปในอนาคต”</p> <p>ลดพฤติกรรมเสี่ยง เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>“ปกป้องตัวคุณ คู่ของคุณและครอบครัวด้วยการหลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติดที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง พิจารณาการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่เพศสัมพันธ์ พาคุณมาตรวจเลือดที่คลินิก และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์”</p> <p>การวางแผนการมีบุตรร่วมกับทีมดูแลเพื่อความปลอดภัยของบุตรในอนาคต</p> <p>“การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หากต้องการมีบุตรต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนการตั้งครรภ์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูก”</p> <p>“ไม่ว่าจะคุมกำเนิดโดยวิธีใด ต้องใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยทุกครั้ง”</p>	<p>-สนทนาสองทาง (two-way communication) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโดยเน้นชื่นชมในสิ่งที่ผู้รับบริการกระทำได้ดี และกระตุ้นให้ผู้รับบริการนำประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงไปพิจารณาต่อไป</p> <p>-นัดผู้รับบริการมาพูดคุยอีกในรอบนัดครั้งต่อไป (2-3 เดือน)</p>	-ภาพพลิก	สอบถามข้อมูลพฤติกรรมที่ดีของผู้รับบริการและพฤติกรรมเสี่ยง

แบบสอบถาม

เรื่อง การให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบาราศนราดรุร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สถาบันบาราศนราดรุร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนบริการเชิงรุกสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเชื้อดื้อยาในอนาคต ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อท่าน จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตรงตามความคิดเห็นของท่าน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1. วัน เดือน ปีเกิด...../...../..... (dd/mm/yyyy)
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส/อยู่ด้วยกัน หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลัก
 ข้าราชการ เกษตรกร รัฐวิสาหกิจ นักเรียนนักศึกษา
 รับจ้างทั่วไป พนักงานบริษัท ผู้ให้บริการทางเพศ แม่บ้าน
 ว่างาน อื่นๆ ระบุ.....
6. วัน เดือน ปี ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี/...../..... (dd/mm/yyyy)
7. เหตุผล (ถ้ามี) ของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งนั้น
 สามี/ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี เข้ารับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง
 ทำประกันสุขภาพ มีอาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
 เพียงต้องการทราบผลการตรวจ อื่นๆ ระบุ.....
8. สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 การให้บริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย
 การถ่ายเลือด/ รับเลือด การใช้เสฟติดชนิดฉีดเข้าเส้น
 การมีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง ไม่ทราบ
 อื่นๆ ระบุ.....
9. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 ไม่เคยเป็น เคยเป็น ระบุ.....

10. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 ได้รับการรักษา ไม่ได้ได้รับการรักษา
11. สถานะการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการหรือคู่สมรส
 ไม่ตั้งครรภ์
 ทำนางวางแผนหรือตั้งใจที่จะมีบุตรในอนาคต ใช่ ไม่ใช่
 ตั้งครรภ์
 เป็นการตั้งครรภ์แบบพึงประสงค์หรือตั้งใจ ใช่ ไม่ใช่
12. การคุมกำเนิดในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 กินยาคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด ผังยาคุมกำเนิด
 ทำหมัน สวมถุงยางอนามัย ไม่ได้คุม
 อื่นๆ ระบุ.....
13. การใช้สารเสพติดชนิดใด ใช่ ไม่ใช่
14. การดื่มแอลกอฮอล์
 ไม่ดื่มเลย นานๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว
 ดื่มเป็นประจำ กรุณาระบุปริมาณที่ดื่ม.....แก้วต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ การกระทำ ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- 5=เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของท่านมากที่สุด
 4=เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของท่านมาก
 3=เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของท่านบางส่วน
 2=เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
 1=ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	ระดับการรับรู้				
	เห็นด้วยมากที่สุด 5	เห็นด้วยมาก 4	เห็นด้วยปานกลาง 3	เห็นด้วยน้อย 2	ไม่เห็นด้วย 1
ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี					
1. โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้					
2. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย					
3. การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์					
4. การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีนเมา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและติดเชื้อเอดส์ได้					
5. โรคเอดส์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว					
6. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
7. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้					

ข้อความ	ระดับการรับรู้				
	เห็นด้วยมากที่สุด 5	เห็นด้วยมาก 4	เห็นด้วยปานกลาง 3	เห็นด้วยน้อย 2	ไม่เห็นด้วย 1
8. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ					
9. การรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอยู่					
10. การเที่ยวหญิงหรือชายขายบริการที่ราคาแพง ไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้					
11. เมื่อป่วยเป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้					
12. การลดความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อจะทำให้ท่านและคู่มีสุภาพดี					
13. การมีบุตรโดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจ และสังคมในระยะยาว					
14. ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีด้วย					
15. ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะดื้อยารักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานไม่ได้ผล					
16. ถ้าดื้อยาต้านไวรัส จะมีภูมิคุ้มกันลดลงและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสง่ายขึ้น					
17. ผู้ติดเชื้อที่มีเชื้อดื้อยา สามารถถ่ายทอดเชื้อดื้อยาแก่คู่นอนหรือบุตรในครรภ์ได้หากไม่ป้องกัน					
ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
18. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายหรือหญิงบริการทุกครั้งจะทำให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์					
19. การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการป้องกันโรคเอดส์ภายในครอบครัวได้					
20. การพาคู่มาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของคู่					
21. การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย					
22. การไม่ใช้ของมีคม เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นสามารถป้องกันโรคเอดส์					
23. การงดไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจปฏิเสธเพื่อนไม่ได้					
24. กรณีที่มีผื่น ตุ่มคันอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือมีหนองจากช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะ ควรมาพบแพทย์ทันที					
25. หากมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่จำเป็นต้องงดมีเพศสัมพันธ์					
26. การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้งจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น					
27. การรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเสียชีวิตได้					
28. การเสียเวลาเดินทางมาเพื่อรับยาตามนัด เป็นอุปสรรคต่อการรักษาของท่าน					
29. การมาตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้ผลการรักษาดี					
30. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี					

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับกรกระทำตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และเติมคำในช่องว่าง

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านเห็นว่าการกระทำนั้น ท่านได้ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่าการกระทำนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่าการกระทำนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าการกระทำนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติ ประจำ 4	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง 3	ปฏิบัติ บางครั้ง 2	ไม่เคย ปฏิบัติเลย 1
ส่วนที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง				
2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง				
3. ท่านเคยลืมกินยาต้านไวรัสหรือกินยาคลาดเคลื่อนเกิน 1 ชั่วโมง				
4. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อพบอาการข้างเคียงขณะรับยาต้านไวรัส				
5. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
6. ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาด ของยาต้านไวรัสได้				
7. เมื่อท่านทราบผลการตรวจร่างกายที่ไม่ดี ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เช่น กินยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันสูง เป็นต้น				
8. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง				
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันหรือ 3 สัปดาห์ต่อครั้ง				
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง				
ส่วนที่ 2 ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ				
11. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ				
12. ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว				
13. ท่านไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน				
14. ท่านทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปทิ้ง				
15. กรณีที่ท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีผื่น หรือมีหนองออกที่อวัยวะเพศ ท่านจะรีบมาพบแพทย์				
16. ท่านไม่เสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน หรือกัญชา				
17. กรณีที่คู่นอนของท่านไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ท่านได้แนะนำให้คู่นอนของท่าน มาตรวจเลือด				
18. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะปรึกษาคนที่ไว้ใจ เช่น คนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท				
19. ท่านจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือ วัณโรคปอด				
20. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เปื้อนหวัด หรือวัณโรคปอด				
21. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจแพร่เชื้อโรคมารู้ท่าน เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่ เป็นต้น				
22. ท่านรักษาความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างถูกต้องทุกวัน				
23. ท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเท สะอาด ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด				

**The Effects of Short Message and Counseling on Prevention with Positive
to Promote Health Behaviors of HIV/AIDS Patients
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute**

Karuna Limjaroen, MPH Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Abstract

The purpose of this quasi - experimental research was to examine the effect of short message and counseling of prevention with positive to promote the health behaviors of HIV/AIDS patients at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The samples divided to two groups as an 20 cases of experimental group and 20 cases of control group. The experimental group received a short message service provides information and counseling of prevention with positive. The control group received usual service. The instruments used for this research were plan Information and questionnaire measuring perceptions and health behaviors before and after the experiment. This questionnaire led to the reliability as .83 Cronbach's coefficient. The data had be analyzed by frequency, percentage, mean, standard differences and Independent t - test.

The results showed that the overall of perceived of health beliefs to prevent the reception and transmission of HIV infection in experimental group was high both before and after the experiment ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .271$) and ($\bar{x} = 4.72$, $SD = .208$). The finding revealed that there were significant differences of the average scores of the perceived health beliefs to prevent the reception and transmission of HIV infection between experimental group and control group at $p - \text{value } .05$ ($p = .000$). And also, the overall of health behaviors scores was high both before and after the experiment as ($\bar{x} = 3.47$, $SD = .218$), and ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .143$). The finding showed that there were significant differences of the health behaviors scores between experimental group and the control group at $p - \text{value } .05$ ($p = .000$). This study showed that the need to encourage HIV/AIDS patients to engage in self-care in order to get quality of their life and longer especially on the issue of using a condom every time when they have sex with their partners, transmitted disease symptoms should see a doctor. Although people infected with HIV have the knowledge and healthy behaviors at a high level already.

Keyword: HIV/AIDS, Short message, Prevention with Positive for Health behaviors

ผลการให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

กรรณา ลิ้มเจริญ ส.ม., พย.บ. สถาบันบำราศนราดูร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยสุ่มแบบเจาะจง กลุ่มทดลองจะได้รับบริการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการให้ข้อมูล และแบบสอบถามวัดการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังทดลอง ซึ่งได้นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างโดยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .271$) และ ($\bar{x} = 4.72$, $SD = .208$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.47$, $SD = .218$) และ ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .143$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) ดังนั้นการให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ จำเป็นต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการรับรู้และดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป

ประเด็นสำคัญ เอชไอวี/เอดส์ การให้ข้อมูลแบบสั้น การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้สูง จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สิ้นปี 2554 คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 34.2 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 2.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา และเสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 1.8 ล้านคน¹ ในประเทศไทยสถิติผู้ป่วยเอดส์จำนวน 388,621 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 100,617 ราย² มีแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต คณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A² (The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025) คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2554 คาดว่าจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 10,097 ราย ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันระหว่างคู่สามีภรรยา ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากลำบากในการดำเนินการดำเนินงานรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสามีภรรยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันพบสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ต่างตัวที่พำนักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีการติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยน้อย ประกอบกับพบว่ามีบริการในในกลุ่มหญิงและชายมีสัดส่วนร้อยละ 9 : 14.7 โดยสัดส่วนการไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีมากกว่าครึ่ง อีกประเด็นหนึ่งจากสภาพปัญหาในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นหญิงบริการทางเพศแฝง มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเป็นร้อยละ 2.79 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 13 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สร้างผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิธีการขายอีกหนึ่งปัญหาใหญ่ในสังคมปัจจุบันคือ ความหลากหลาย

ทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men: MSM) หรือเกย์ สาวประเภทสอง (Transgender: TG) ชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งในระหว่างเพศเดียวกันและกับผู้หญิง (Bisexual) รวมทั้งหญิงรักหญิงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ที่สำรวจกลุ่มชายรักชายพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 28.3 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 ในกลุ่มที่ชายบริการทางเพศมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 27 ในขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ปัญหาการป้องกัน โรคเอดส์ในกลุ่มหลากหลายทางเพศทำได้ยาก เพราะไม่กล้าเปิดเผยตนเอง การเข้าถึงยากทำให้ขาดความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองให้ปลอดภัย

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาเอดส์ยังไม่หยุดนิ่งหรือลดลงแต่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและกลุ่มเป้าหมายผู้ติดเชื้อขยายกว้างขึ้น กลุ่มเป้าหมายสำคัญคือ กลุ่มสามีภรรยาหรือคู่เพศสัมพันธ์ และกลุ่มคู่ที่มีผลเลือดต่าง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มชายบริการทางเพศและลูกค้า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและกลุ่มเยาวชน โดยปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาหลักที่สำคัญมาต่อเนื่อง³

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ทรงพลังมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบที่ผ่านมาเป็นการรณรงค์ให้ ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติให้เกิดความรู้สึกกลัวโดยเชื่อมโยงกับภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเชื่อว่าเมื่อเกิดความกลัวจะช่วยให้เกิดความตระหนักและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่การรณรงค์ในรูปแบบดังกล่าว ไม่อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดความรู้สึกตระหนักของบุคคลได้อย่างแท้จริง พฤติกรรมที่เกิดจากความเคยชินเดิมๆ ของบุคคล แม้บุคคลจะรู้ว่าพฤติกรรมบางอย่างเป็นพฤติกรรมเสี่ยงแต่เขาก็ยังแสดงพฤติกรรมนั้น เพราะพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ

การรับรู้ ตลอดจนความตระหนักของบุคคลจมองเห็น เป้าหมายความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ดี ดังนั้นเมื่อจะให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงต้องทำให้เขาเกิดความรูสึก ตระหนักจากภายในตัวของเขาเองก่อน จรูสึกอยากปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยตนเอง ขณะเดียวกันก็ต้องทำให้เขาเกิดความมั่นใจว่าเขาสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของคณๆ นั้น มิใช่ความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจไม่ยั่งยืนจึงต้องมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเสริม ปัจจัยภายนอกได้แก่ แรงสนับสนุนหรือแบบอย่างจากเพื่อน ครอบครัว บุคคล สิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลที่มีหน้าที่กระตุ้นหรือช่วยสนับสนุน ให้บุคคลเกิดความรูสึกสนใจหรือต้องการอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป⁴

สถาบันบาราศนราศูรมีพันธกิจหลักในการให้บริการผู้ป่วยโรคติดต่อ จากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 7,787 ราย พบว่าร้อยละ 85% รักษาด้วยยาต้านไวรัส และส่วนใหญ่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เฉลี่ยวันละ 100-150 รายต่อวัน⁵ จากการศึกษาของปริษา ต้นธนาธิป และกรุณา ลิ้มเจริญ (2552) เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สถาบันบาราศนราศูรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่ยังมีเพศสัมพันธ์เหมือนปกติ (59.5%) โดยกลุ่มเพศชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง มีการคุมกำเนิดโดยเลือกวิธีการคุมกำเนิดเพียงวิธีเดียว (73.4%) ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัย (77.1%) รองลงมาคือการทำหมัน (13.3%) อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว (90.2%) มากกว่ากับคู่นอนประจำ (85.1%) และผู้ให้บริการทางเพศ (80.8%) และการเปิดเผยผลเลือดให้คู่อรามีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$)⁶

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการมีสุขภาพดีและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่

อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่อัตรากำลังของผู้ให้บริการเท่าเดิม ซึ่งอาจส่งผลให้บุคลากรไม่มีเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกบริการ เหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล นักให้การศึกษาเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญของการศึกษาผล การให้ข้อมูลแบบสั้นและคำปรึกษาเรื่องการป้องกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ตามบริบทในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเปราะบางในหลายประเด็นโดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการเปิดเผยผลเลือด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ยาวนานตามสภาวะต่อไป

คำถามการวิจัย

การให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบาราศนราศูรมหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับบริการข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับบริการตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบาราศนราศูรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในงานบริการผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในช่วงเวลาพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2558

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การให้ข้อมูลแบบสั้น (Short message) หมายถึง การสื่อสารให้ความรู้หรือคำแนะนำแบบสั้น ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรม 2) การคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่เพศสัมพันธ์ 3) การส่งเสริมการเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่เพศสัมพันธ์ 4) การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่เพศสัมพันธ์ 5) การให้ยาและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา และสม่ำเสมอ และ 6) การวางแผนครอบครัวและการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ทั้งนี้การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำสั้นนี้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการหรือความเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การให้คำปรึกษา(Counseling) หมายถึง

กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลได้สำรวจตนเองจนเกิดความเข้าใจตนเอง และการลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสม เพื่อการแก้ปัญหา การปรับตัว จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา การบริหารจัดการชีวิตที่เหมาะสม

การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Prevention with Positive: PwP) หมายถึง บริการด้านการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค **พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)** หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อเป้าหมายในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง ภายใต้พื้นฐานของความรู้ การรับรู้

ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจของปัจเจกบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษานี้จะอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในยุคปัจจุบันที่มีวิวัฒนาการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ ที่มีการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เร็วขึ้น และอาจนำไปเป็นแนวทางหรือรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เหมาะสมตามบริบทของสถาบันบำราศนราดูร และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของสถานพยาบาลใกล้เคียงได้ต่อไป

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม(Control group) โดยออกแบบวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการปกติตามเดิม และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ยื่นทะเบียนรับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูรปีงบประมาณ 2557 จำนวน 7,787 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูรในช่วงเวลาพฤษภาคมถึงกรกฎาคม2558 จำนวน 40 คน โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling technique) ตามเกณฑ์การคัดเลือก

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 2 กลุ่ม ใช้วิธี “block randomization” โดยให้มีอัตราการจัดสรร 1:1 และมีการ ป้องกัน bias โดย (1) กำหนดให้เจ้าหน้าที่

งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทำหน้าที่กำหนดลำดับการ allocation ของอาสาสมัครที่จะเข้าวิจัยให้จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า ใส่ซองปิดผนึก และเรียงลำดับไว้ก่อนและ (2) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เปิดซองปิดผนึกเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มตามที่เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมจัดทำไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument)

1. แผนการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

ผลการศึกษาวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 65.0% และ 60.0% ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.1 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปี (40.0%) มากที่สุดรองลงมาคือ อายุระหว่าง 40-49 ปี (35.0%) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (40.0%) และ 40-49 ปี (40.0%) สถานภาพสมรสของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด รองลงมาคือสถานภาพสมรส เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี (60.0%) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (15.0%)

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี (45.0%) รองลงมาคือประถมศึกษา (15.0%) อาชีพหลักส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย กลุ่มทดลอง(55.0%) และกลุ่มควบคุม (40.0%) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 10.6 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 11.1 ปี ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าและเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีเหตุผลของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งแรกคือไม่สามารถระบุได้ รองลงมาคือ สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็น 30.0%, 25.0% และ 25.0% ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า เหตุผลที่มาตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคือ มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไม่สามารถระบุเหตุผลได้คิดเป็น 25.0% เท่ากัน กลุ่มทั้งสองมีสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีคือ เพศสัมพันธ์ชายหรือหญิง คิดเป็น 75.0% ในกลุ่มทดลอง และ 60.0% ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็น 75.0% ในกลุ่มทดลอง และ 55.0% ในกลุ่มควบคุม ในด้านการวางแผนครอบครัวพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่ได้ตั้งครรรภ์และไม่ได้วางแผนหรือตั้งใจจะมีบุตรในอนาคต และใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย คิดเป็น 55.0% และ 35.0% ในกลุ่มทดลอง และ 45.0% และ 30.0% ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปทุกตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	13	65.0	12	60.0	.107	.744
หญิง	7	35.0	8	40.0		
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 42.1$ Max= 52, Min=26		$\bar{X} = 43.8$ Max= 69, Min=35		2.210	.697
20 – 29	1	5.0	0	0		
30 – 39	8	40.0	8	40.0		
40 – 49	7	35.0	8	40.0		
50 – 59	4	20.0	3	15.0		
> 60 ขึ้นไป	0	0	1	5.0		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส					.655	.721
- โสด	11	55.0	12	60.0		
- สมรส/อยู่ด้วยกัน	4	20.0	5	25.0		
- หม้าย/หย่า/แยก	5	25.0	3	15.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด					2.629	.757
- ประถมศึกษา	2	10.0	3	15.0		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.0	1	5.0		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	3	15.0		
- อนุปริญญา/ปวส.	0	0	3	15.0		
- ปริญญาตรี	12	60.0	9	45.0		
- สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	5.0		
อาชีพหลัก					4.651	.702
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15.0	3	15.0		
- นักเรียนนักศึกษา	0	0	1	5.0		
- รับจ้างทั่วไป	3	15.0	3	15.0		
- พนักงานบริษัท	1	5.0	3	15.0		
- แม่บ้าน	0	0	1	5.0		
- ว่างาน	1	5.0	1	5.0		
- ค้าขาย	11	55.0	8	40.0		
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (ปี)	$\bar{X} = 10.60$		$\bar{X} = 11.10$		1.240	.743
	Max= 18, Min=3		Max= 18, Min=1			
- 1 – 3	3	15.0	3	15.0		
- 4 – 6	3	15.0	1	5.0		
- 7 – 9	2	10.0	3	15.0		
- ≥ 10	12	60.0	13	65.0		
เหตุผล (ถ้ามี) ของการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในครั้งนั้น					4.392	.624
- สามี/ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี	5	25.0	3	15.0		
- มีอาการคล้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี รถ	5	25.0	5	25.0		
- มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง	1	5.0	2	10.0		
- ทำประกันสุขภาพ	1	5.0	1	5.0		
- เพียงต้องการทราบผลการตรวจ	0	0	3	15.0		
- ผากครรภ์	2	10.0	1	5.0		
- อื่นๆ ไม่ระบุ	6	30.0	5	25.0		
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี					3.476	.482
- มีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย	1	5.0	4	20.0		
- ถ่ายเลือด/ รับเลือด	1	5.0	0	0		
- มีเพศสัมพันธ์ชาย/หญิง	15	75.0	12	60.0		
- ไม่ทราบ	3	15.0	4	20.0		
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					1.758	.185
- ไม่เคย	15	75.0	11	55.0		
- เคยและได้รับการรักษา	5	25.0	6	30.0		
- เคยแต่ไม่ได้รับการรักษา	0	0	3	15.0		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การคุมกำเนิด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)					2.810	.729
- กินยาคุมกำเนิด	1	5.0	2	10.0		
- ฉีดยาคุมกำเนิด	1	5.0	0	0		
- ทำหมัน	2	10.0	3	15.0		
- สวมถุงยางอนามัย	7	35.0	6	30.0		
- ไม่ได้คุม	0	0	1	5.0		
- ไม่มีเพศสัมพันธ์	3	15.0	2	10.0		
- ไม่ระบุ	6	30.0	6	30.0		
การดื่มแอลกอฮอล์					.143	.705
- ไม่ดื่มเลย	18	90.0	15	75.0		
- นานๆ ครั้ง/เป็นครั้งคราว	2	10.0	5	25.0		

ผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .271$) และ ($\bar{x} = 4.24$, $SD = .381$) เมื่อพิจารณาารายด้านทั้งสองกลุ่มพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทดลองคิดเป็น $\bar{x} = 4.43$ ($SD = .350$) และ $\bar{x} = 4.36$ ($SD = .376$) ในกลุ่มควบคุมคิดเป็น $\bar{x} = 4.37$ ($SD = .413$) และ $\bar{x} = 4.10$ ($SD = .540$) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงคิดเป็น $\bar{x} = 4.72$ ($SD = .208$) และ $\bar{x} = 4.31$ ($SD = .218$) (ตารางที่ 2, 3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (n=20)

การรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้าน				
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	4.36 (.376)	สูง	4.63 (.300)	สูง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.43 (.350)	สูง	4.81 (.197)	สูง
รวม	4.40 (.271)	สูง	4.72 (.208)	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้านและโดยรวมของ **กลุ่มควบคุม** ก่อนและหลังทดลอง (n=20)

การรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายด้าน				
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี	4.10 (.540)	สูง	4.16 (.410)	สูง
- ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4.37 (.413)	สูง	4.45 (.301)	สูง
รวม	4.24 (.381)	สูง	4.31 (.281)	สูง

ผลพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนและหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูง คิดเป็น $\bar{x} = 3.47$ (SD = .218) และ $\bar{x} = 3.84$ (SD = .143) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{x} = 3.86$, SD = .146) และด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ ($\bar{x} = 3.52$, SD = .215) อยู่ในระดับสูง หลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือ กรณีที่คุ้นเคยไม่เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ท่านได้แนะนำให้คู่มารตรวจเลือดหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ติดเชื้อใน

ระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หรือวัณโรคปอด และท่านดูแลความสะอาดที่พักอาศัยอยู่เป็นประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง คิดเป็น $\bar{x} = 3.44$ (SD = .241) และ $\bar{x} = 3.44$ (SD = .234) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อหลังทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงสุดคือ ท่านรับประทานยาต้านไวรัสครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือ ท่านจำชื่อหรือ สี ขนาดของยาต้านไวรัสได้ และท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกครั้ง (ตารางที่ 4, 5)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของ **กลุ่มทดลอง** ก่อนและหลังทดลอง (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.52 (.215)	สูง	3.86 (.146)	สูง
- ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ	3.42 (.379)	สูง	3.83 (.251)	สูง
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยรวม	3.47 (.218)	สูง	3.84 (.143)	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของ **กลุ่มควบคุม** ก่อนและหลังทดลอง (n=20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	แปลผล	\bar{X} (SD)	แปลผล
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.48 (.276)	สูง	3.48 (.184)	สูง
- ด้านการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ	3.40 (.319)	สูง	3.40 (.409)	สูง
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมโดยรวม	3.44 (.241)	สูง	3.44 (.234)	สูง

ผลทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 131.85 (SD = 8.273) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 126.60 (SD = 11.825) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .122$) เมื่อพิจารณาหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 141.35 (SD = 6.532) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 128.75 (SD = 8.765) ผลการทดสอบด้วยสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -5.250 (95% CI อยู่ระหว่าง -11.782 ถึง 1.282 นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับ

กิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้บริการตามปกติ (ตารางที่ 6,7)

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 79.65 (SD = 5.382) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.90 (SD = 5.466) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .664$) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 85.00 (SD = 3.008) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 78.70 (SD = 4.600) ผลการทดสอบสถิติค่าที่ความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ -6.300 (95% CI อยู่ระหว่าง -8.788 ถึง -3.811 (ตารางที่ 8, 9)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference		t	df	p-value	95% CI	
			SD					Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	131.85	8.273	-5.250	3.227	-1.627	38	.112	-11.782	1.282
กลุ่มควบคุม (n=20)	126.60	11.825							

P-value < .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference		t	df	p-value	95% CI	
			SD					Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	141.35	6.532	-12.600	2.444	-5.155	38	.000	-17.548	-7.651
กลุ่มควบคุม (n=20)	128.75	8.765							

P-value < .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	p-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	79.65	5.382							
กลุ่มควบคุม (n=20)	78.90	5.466	-0.750	1.715	-0.437	38	.664	-4.222	2.722

P-value < .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Mean difference	SD	t	df	p-value	95% CI	
								Lower	Upper
กลุ่มทดลอง (n=20)	85.00	3.008							
กลุ่มควบคุม (n=20)	78.70	4.600	-6.300	1.229	-5.125	38	.000	-8.788	-3.811

P-value < .05

วิเคราะห์และอภิปรายผล

รูปแบบการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ คงนรินทร์และสุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ (2556)⁷ วรรณชาติ ตาเลิศ และสุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ (2557)⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเสนอให้มีการจัดบริหารเชิงรุกในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ไชยเทศ (2552)⁹

เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ ยาต้านไวรัส โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ อุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริม ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ การงดมีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อภาวะดื้อยาต้านไวรัส และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม แต่จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อส่งผลกระทบต่อรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

สถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ง่ายและมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ซึ่งอาจประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแบบสั้นและให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่มารับบริการของผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้อาจต้องมีการทบทวนความรู้และทักษะของผู้ให้บริการเพื่อใช้ในการสร้างความไว้วางใจ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ความต้องการและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากผลการวิจัยที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องส่งเสริม ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน การงดเที่ยวสถานเริงรมย์ การสังเกตอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ควรมาพบแพทย์ การงดมีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อภาวะไตวายต้านไวรัส และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับบริการข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ควรศึกษาวิจัยในคลินิกบริการอื่นๆ หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะที่สนใจ โดยการประยุกต์ใช้กิจกรรมการให้บริการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมแต่ละบริบทของคลินิกบริการ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและอาสาสมัคร และสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแบบสั้นและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในคลินิกยาด้านไวรัสให้เป็น

รูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองนโยบาย Getting to Zero ต่อไป

บรรณานุกรม

1. กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ระดับโลก. (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2557 จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1267>. 2555.
2. กรมควบคุมโรค สำนักระบาด. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557. (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf. 2557.
3. คณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A². วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย (รายงาน ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2554). (ออนไลน์). ค้นเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 จาก <http://www.aidsthai.org/th/uploads/content/download/506bdee9cb546.pdf> 2554.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงาน พัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยปี 2545. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เอสการพิมพ์. 2545.
5. สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปี 2557 สถาบันบำราศนราดูร. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557.
6. ปรีชา ตันธนาธิป และกรรณา ลิ้มเจริญ. พฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2552.

7. เสาวลักษณ์ คงนุรัตน์ และสุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ. (2556). พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดระหว่าง 51 – 1,000 copies/mL ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2556.
8. วรรณชาติ ตาเลิศและสุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณ (2557). พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 32 ฉบับที่ 1: มกราคม-มีนาคม 2557.
9. อำนาจ ไชยเทศ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
10. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และคณะ. กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2556.
11. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี. ไทยเนรมิตกิจอินเตอร์โพรแกรสซิฟ. 2550.
12. ดุริฎฐยา สมสีใส. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
13. ประณีต ส่งวัฒนา. การพยาบาล: สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในยุคยาต้านไวรัสเอชไอวี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2554.
14. สุวรรณา บุญยสิทธิ์พรณและคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. พยาบาลสารปีที่ 40. ฉบับพิเศษ มกราคม พ.ศ. 2556.
15. Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice.** 4th ed. New Jersey: Pearson Education. 2002.
16. Tang, A.M., Jacobsom, D.L., Knox, T.A., & Wanke, C. **Increasing risk of 5% or greater unintentional weight loss in a cohort of HIV infected patients, 1995 to 2003.** Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 40, (2005). 70-76.
17. World Health Organization.). **Rapid Advice: Antiretroviral therapy HIV infection in adults and adolescents.** Switzerland. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/en/> / April 12, 2014. 2009.
18. Bopp, C.M., Phillips, K.D., Fulk, L.J.,& Hand, G.A. **Clinical Implications of Therapeutic Exercise in HIV/AIDS.** JANAC, 14(1), (2003). 73 - 78.
19. Harrion, L.R. **Spiritual and Hope: Nursing Implications for People with HIV Diseases, Holist Nurse Practice,** 12(1), (1997). 9-16.
20. Karnofsky, D.A.& Burchenal, J.H. (1949). **The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer.** In: Macleod C.M. (Ed). Columbia: Columbia University.