

พฤติกรรมการณ์ตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี
จังหวัดเพชรบุรี



ถว้หน้ที่ สัจจเจริญพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี
จังหวัดเพชรบุรี

ณัฏฐ์ ชังฉริณพวงษ์

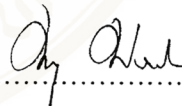
นางณัฏฐ์ ชังฉริณพวงษ์
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ณัฏฐ์ อิมามี่, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

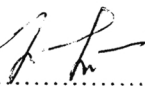


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฏฐ์ ธีระวิวัฒน์, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์มันทนา ประทีปะเสน,
พ.บ., Dr.P.H.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ณัฏฐ์ อิมามี่, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี
จังหวัดเพชรบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2553

ผศ.ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

นางถนันทน์ สัจจเจริญพงษ์
ผู้วิจัย

อ.ส. สอนการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี รอดจากภัย, ส.ค.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรัตน์ ธีระวิวัฒน์, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาคติวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

รองศาสตราจารย์มันทนา ประทีปะเสน, พ.บ.,
Dr.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. วิชาญ วัฒนศิริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.นิรัตน์ อิมามิ และคณะกรรมการทุกท่าน ได้แก่ รศ.พญ.ดร.มันทนา ประทีปะเสน และ ผศ.ดร.มนิรัตน์ ชีระวิวัฒน์ รวมถึง ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้อันทรงคุณค่าทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่ง ตลอดจน เพื่อน พี่น้อง ชาว วทม. (สาขารณสุศึกษา) เอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ร่วมสุขและทุกข์ แบ่งปันประสบการณ์ดีๆ และคอยช่วยเหลือกันตลอดมา

ขอขอบพระคุณสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงแกนนำชมรมทุกท่าน พี่เลี้ยงทุกชมรม และคุณสุพรรณิ สฤณคือภักย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่คอยอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยจนสามารถทำวิจัยเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ท้ายนี้ ขอขอบพระคุณคุณพ่อผู้เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยทำงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วง รศ.นสพ.ดร. เกรียงยศ สัจจเจริญพงษ์ ที่ปรึกษาและผู้สนับสนุนในทุกๆด้าน รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจเสมอมา

ถวณันท์ สัจจเจริญพงษ์

พฤติกรรม การดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี

SELF-CARE BEHAVIORS OF HIV CLUB MEMBERS, PETCHABURI PROVINCE

ถวนันท์ สัจเจริญพงษ์ 5037574 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิรัตน์ อิมามิ Ph.D. , มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D. ,
มันทนา ประทีปะเสน Dr.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาต้านไวรัสและด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 222 คน โดยเป็นสมาชิกจากศูนย์บริการแบบองค์รวม 188 คน และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 34 คน รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติเพียร์สัน ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.4 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 25-61 ปี อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ร้อยละ 43.2 มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และร้อยละ 50.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 19 ปี เฉลี่ย 6.4 ปี โดยมีการเปิดเผยผลเลือดให้คนในครอบครัวทราบมากถึงร้อยละ 94.6 และพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.2 ไม่มีอาการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.2 กินยาครบทุกมื้อ ร้อยละ 96.4 กินยาครบทุกเม็ด ร้อยละ 98.6 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างกินยาไม่ตรงเวลา ร้อยละ 49.1 ที่สำคัญคือ ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ลืมกินยาร้อยละ 14.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ในภาพรวมคือสถานภาพสมรส ประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.1 มีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและป้องกันการรับเชื้อเพิ่มในหลายรูปแบบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม คือ ประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรม

ผลจากการวิจัยดังกล่าวควรส่งเสริมสนับสนุนให้ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆแก่สมาชิกเพื่อป้องกันการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสตรงเวลามากขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรม การดูแลตนเอง / ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

SELF-CARE BEHAVIORS OF HIV CLUB MEMBERS, PETCHABURI PROVINCE

THAWANAN SUJJARENGPONG 5037574 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NIRAT IMAMEE, Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., MONDHANA PRADIPASEN, Dr., P.H.

ABSTRACT

This cross-sectional survey research was aimed at studying self-care behaviors in regard to taking antiretroviral medicines, preventing the spread of HIV and contracting HIV, and other factors related to self-care behaviors of HIV club members in Petchaburi Province, Thailand. The sample was 222 HIV club members, among this group 188 were members from the Wholistic Service Centers and 34 were HIV cases and AIDS patients. The data were collected by using structured interviewing schedules. The relationship between variables was analyzed with Pearson Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that the highest percentage of the sample (60.4%) were females, aged between 25-61 years, with an average age of 38.8 years; 43.2 percent were widowed, divorced or separated; more than half had finished primary education; 50.9 percent were laborers; most had an average income of less than 5,000 Baht a month. The sample have had the HIV infection for between 1 month and 19 years, with an average of 6.4 years; a high percentage of the sample (94.6%) mentioned that they had informed their family' members of their blood test result; and 48.2 percent did not have any illness before coming to get antiretroviral treatment. Almost all of the sample took antiretroviral medicines regularly, 96.4 percent took all antiretroviral medicines as prescribed, 98.6 percent took all the tablets of prescribed antiretroviral medicines; almost half (49.1%) did not take antiretroviral medicines punctually as prescribed while 14.9 percent forgot to take their antiretroviral medicines prescribed. In regard to the factors related to regular antiretroviral medicine taking behavior, the following factors were found: marital status, experiences of getting opportunistic complications, perceived self-efficacy, and social supports. In regard to the behaviors for preventing HIV spreading and getting additional HIV, 76.1 percent had performed different behaviors for preventing HIV spreading and getting additional HIV. Experiences of getting opportunistic infection, knowledge about AIDS, and accessibility to the services of the HIV Club were found to be related to behaviors for preventing HIV spreading and getting additional HIV.

From the aforementioned results, the suggestions are: the AIDS Club should organize activities for campaigning and educating HIV Club members to gain knowledge about self-care behaviors for preventing AIDS and other sexually transmitted diseases, in order to prevent new cases with HIV infection, and the best practice should be developed to remind a person with HIV infection to take antiretroviral medicines punctually.

KEY WORDS : SELF-CARE BEHAVIORS / HIV-INFECTED PERSON / AIDS PATIENTS

154 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย	5
ตัวแปรในการวิจัย	6
คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	10
- การรับประทานยาต้านไวรัส	12
- โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	15
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม	21
แนวคิด ทฤษฎี	
- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม	23
- การรับรู้ความสามารถตนเอง	28
- ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	43
ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคม	54
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	65
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง	66
ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม	67
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	68
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	92
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	113
บรรณานุกรม	138
ภาคผนวก	142
ประวัติผู้วิจัย	154

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม	55
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ในชมรมและระยะเวลาที่เป็นสมาชิกชมรม	57
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัวและการเจ็บป่วยก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส	58
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัส และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา	59
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการติดเชื้อเอช ไอ วี	60
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส	61
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการดูแลตนเอง นอกเหนือจากการกินยาต้านไวรัส	62
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเป็นสมาชิกชมรม เหตุผลที่ตัดสินใจ บริการที่ได้รับ และผลการเข้าเป็นสมาชิก	63
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	65
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	66
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว สมาชิก และกรรมการชมรม	67
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความสามารถในการเข้าถึง บริการชมรม	67
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส	68
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม	69
15	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส	74
17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม กับพฤติกรรมการ ป้องกันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม	77
18 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม กับพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม	79
19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ	147
20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองรายชื่อ	148
21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส รายชื่อ	149
22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มรายชื่อ	152

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 การกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล	23
2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น	29

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์ (AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเป็นไวรัสในตระกูล retroviral เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อม ทำให้ผู้ติดเชื้อมีร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2541)

โรคเอดส์นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแรงงาน จึงเกิดการสูญเสียโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียแรงงานในระบบการผลิต การสูญเสียการลงทุนในการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเหล่านี้ การสูญเสียดังกล่าวจะมีผลกระทบที่รุนแรงในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและมีทรัพยากรจำกัดอย่างประเทศไทย นอกจากผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศแล้ว เอดส์ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมแวดล้อม เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงของครอบครัว แต่กลับต้องเป็นกลุ่มที่เป็นภาระของครอบครัว ถูกสังคมรังเกียจ ครอบครัวและชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์จึงต้องเผชิญกับความกดดันและความเครียด หากครอบครัวและชุมชนไม่สามารถเผชิญกับผลกระทบนี้ได้อาจทำให้ครอบครัวแตกแยก ล่มสลาย เด็กที่เกิดจากพ่อ แม่ ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสดายสูง ส่วนเด็กที่รอดจากการติดเชื้อต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า เป็นเด็กเร่ร่อนไร้ผู้ดูแลหรือขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม เป็นเด็กด้อยโอกาสในสังคมและอาจสร้างปัญหาสังคมต่างๆเมื่อพ่อ แม่ เสียชีวิต (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2541)

จากข้อมูลโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ในปี พ.ศ. 2550 พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก ประมาณ 33.2 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ 31.1 ล้านคน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2.1 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 11,000 ราย ต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 2.1 ล้านคน (โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ, <http://unaids.org>) สำหรับประเทศไทย สำนักงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นปีที่พบการระบาดของโรคเอดส์ครั้งแรกของประเทศ ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

จำนวน 346,107 ราย เป็นชาย 232,533 ราย และหญิง 113,574 ราย เสียชีวิต 93,138 ราย โดยมีผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.46 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 22.88 กลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 17.90 กลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 10.07 และกลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.41 และพบว่า กลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี เป็นกลุ่มที่พบการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ด้านอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 44.89 รองลงมาเป็นเกษตรกร ว่างาน ค้าขาย และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.14, 5.99, 4.48 และ 4.21 ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วย เอชไอวีที่พบมากที่สุด คือ โรควัณโรค ร้อยละ 30.03 (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, [http:// www.aids-thai.org](http://www.aids-thai.org))

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกที่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 และ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2552 พบ อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ 25.64 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2528 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 5,529 ราย เป็นเพศชาย 3,862 ราย เพศหญิง 1,667 ราย เสียชีวิต 1,191 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระจายอยู่ในทุกอำเภอของจังหวัดเพชรบุรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข, <http://www.pbpro.moph.go.th>) ดังนี้

อำเภอ	จำนวนผู้ติดเชื้อ	จำนวนผู้เสียชีวิต
เมือง	1,575	359
เขาย้อย	331	63
หนองหญ้าปล้อง	135	46
ชะอำ	951	191
ท่ายาง	813	144
บ้านลาด	567	140
บ้านแหลม	989	217
แก่งกระจาน	168	31

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ทั้งชายและหญิง ไม่ว่าจะมียาชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างไร อยู่ในกลุ่มอายุใด และไม่ว่าจะมีอาการมากน้อยเพียง จากการศึกษพบว่า จะต้องใช้เวลาในการปรับตัว ทำใจยอมรับสภาพ และต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองเพื่อ บรรเทาอาการของโรค ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ลดความวิตกกังวล เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง

ส่งเสริมให้มีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข เพื่อชะลออาการและมีชีวิตยืนยาว และที่สำคัญคือการป้องกันการแพร่กระจายของโรค (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2538)

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ สามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองที่มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) การรักษาและคงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง 2) การแสวงหาและทำการรักษาอาการเจ็บป่วย 3) การดูแลและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัยและการป้องกันการได้รับเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ 4) การคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข 5) การเรียนรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์อย่างมีวิจารณญาณ 6) การจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ 7) การรักษาไว้ซึ่งอำนาจและการควบคุมตนเอง ได้แก่ การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และ 8) การแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและความเป็นอยู่

ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดังกล่าว จะต้องสอดคล้องและผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จึงจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ทั้งยังสามารถช่วยป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรค ซึ่งจะช่วยให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อดีขึ้น

ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองนั้น ได้มีการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ (2538) ที่พบว่า มีปัจจัย 2 ด้านใหญ่ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคคล เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การทำหน้าที่ในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ในสังคม ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีเชื้อและการแสดงอาการของโรคเอดส์ ตลอดจนถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในอดีต และศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังมี การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งหมายรวมถึง การรับรู้ต่อลักษณะและความรุนแรงของโรค อาการของโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สถานการณ์แวดล้อม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตหลังการติดเชื้อ เช่น คู่สมรสเกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ปัญหาทางการเงิน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมว่าเป็นไปในทางลบหรือทางบวก เช่น สัมพันธภาพ

ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การได้มีโอกาสเข้ากลุ่มพบปะสังสรรค์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน รวมถึงความสามารถในเข้าถึงได้ง่ายของระบบการดูแลสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพต่างๆ และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์จะได้รับ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น

ในส่วน of จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบดูแลสุขภาพด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จึงได้นำเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การติดตาม การให้ความช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม ทำให้ชุมชนเริ่มคุ้นเคยกับปัญหาเอดส์ และให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น จนกลายเป็นเรื่องปกติของชุมชน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เองมีการเปิดเผยตัวและรวมกลุ่มมากขึ้น ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนช่วยเหลือมากขึ้น ปัจจุบันจังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดที่สามารถดำเนินการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จัดตั้งเป็นกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อในทุกอำเภอ โดยมีจำนวนสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อ 1,901 ราย เป็นสมาชิกที่เป็นเด็ก 111 ราย มีสมาชิกรับยาต้านไวรัส 710 ราย ให้บริการในลักษณะศูนย์บริการแบบองค์รวม 4 แห่ง ได้แก่ ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมเฟื่องฟ้า โรงพยาบาลเขาย้อย ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มชมพู่หวาน โรงพยาบาลบ้านลาด และดำเนินการในลักษณะกลุ่ม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ ชมรมตาลโดนด โรงพยาบาลบ้านแหลม กลุ่มทานตะวัน โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง และกลุ่มนกเงือก โรงพยาบาลแก่งกระจาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากการที่กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์อย่างจริงจัง ทำให้ในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดเพชรบุรีมีผลการประเมินความครอบคลุมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อ โดยเฉพาะอัตราการรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ สูงถึงร้อยละ 99.6 (สุพรรณิ สฤทธกิจธิกรณ, 2551) แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้โดยตนเอง มีแนวโน้มในการพึ่งพาตนเองสูง และที่สำคัญมีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการรวมกลุ่มอย่างพอเพียง ทั้งด้านแกนนำ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งมีกระบวนการในการบริหารจัดการที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพจนทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดจำนวนลง แต่ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อีกเป็นจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมาน เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็น ผู้ดูแล คนในครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงประเทศชาติดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หรือผู้ป่วยเอดส์สามารถดูแลตนเองได้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นการระคายผู้อื่น

ด้วยเหตุนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาและทำความเข้าใจพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ว่ามีพฤติกรรมและการดูแลตนเองอย่างไร และอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยสำคัญใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยนี้จะเป็นภาพสะท้อนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ได้ในระดับหนึ่ง และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ มีการปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสถานะของโรค สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเพชรบุรีเป็นอย่างไรและอยู่ในระดับใด
2. มีปัจจัยสำคัญใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเพชรบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรและสังคม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
2. ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

5. ความสามารถในการเข้าถึงการบริการชมรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม การเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการใช้ยาต้านไวรัสในอดีต

2) ความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่ ความรู้ด้านการรับประทานยาต้านไวรัส ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม

3) การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.1) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

2.2) ความสามารถในการเข้าถึงการบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

- 1) การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ค่านิยมตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. **ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรและสังคม** หมายถึง คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม การเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส

1) **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา

2) **อาชีพ** หมายถึง อาชีพในปัจจุบันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ

3) **รายได้** หมายถึง รายได้ต่อเดือนเป็นบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีสถานภาพโสด หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์และคู่สมรสเมื่อมีสถานภาพสมรส

4) **บทบาทหน้าที่ในชมรม** หมายถึง บทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็นกรรมการชมรมและสมาชิกชมรม

5) **การเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส** หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ไม่มีอาการเจ็บป่วย
- มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง เช่น ไข้ ผื่นหนังอักเสบ เชื้อราในปาก ท้องเสียเรื้อรัง น้ำหนักลด ผอม ขาปลายมือปลายเท้า ที่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไข้เรื้อรัง ผื่นหนังอักเสบ เชื้อราในปาก อูจาระร่วงเรื้อรัง วัณโรค ปอดอักเสบขาปลายมือปลายเท้าและเชื้อราในสมอง ที่ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

6) **ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส** หมายถึง ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสแล้วมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซีด แขนขาอ่อนแรง ปวดขาตามปลายมือปลายเท้า ผื่นรุนแรง ผื่นอักเสบ ท้องเสีย หายใจเหนื่อยหอบ ผื่นแพ้ยา เป็นต้น

7) **ประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส** หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่น ไข้เรื้อรัง ผื่นหนังอักเสบ เชื้อราในปาก อูจาระร่วงเรื้อรัง วัณโรค ปอดอักเสบขาปลายมือปลายเท้าและเชื้อราในสมอง เป็นต้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ควรทราบ ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เรื่อง การรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการรับเชื้อเพิ่ม

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้สำเร็จอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาต้านไวรัสตามแพทย์สั่ง การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และการสังเกตความผิดปกติของร่างกาย

4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรม หมายถึง การสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับจากบุคคลอื่น ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัว หรือสมาชิกชมรม หรือกรรมการชมรม สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย สิ่งของ เครื่องใช้ในการดูแลสุขภาพ การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา การช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาการปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีของสมาชิกในชมรม รวมถึง การติดตามการดูแลรักษาของสมาชิกอย่างต่อเนื่องจากแกนนำชมรมหรือกลุ่ม และการได้รับบริการต่างๆจากชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5. ความสามารถในการเข้าถึงการบริการชมรม หมายถึง ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ในการเข้าถึงการให้บริการของชมรม ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมหรือมารับยาตามนัดในแต่ละครั้ง ปัญหาและอุปสรรคของการมารับบริการจากชมรม นอกจากนี้ยังศึกษาถึงเหตุผลในการเข้ามารับบริการของชมรมด้วย

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 2 ด้านได้แก่

1) การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

และต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงตามเวลาและขนาดของยาตามที่แพทย์กำหนด รวมถึงการไม่ลืมกินยาหรือหยุดยาเอง

2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม วัดโดยแบบสัมภาษณ์เรื่องวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีหรือรับเชื้อเพิ่ม เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่มีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการสัมผัสบาดแผลจากผู้อื่นและการไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ควรทราบ ได้แก่

1.1 ความรู้เรื่องยาต้านไวรัส

1.2 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี ที่นำมาใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือ
ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) เป็นไวรัสชนิดที่มี RNA และสามารถแทรกตัวผ่านเข้าเยื่อหุ้มของช่องทางเดินปัสสาวะและช่องคลอดเข้าไปทางกระแสเลือด ไปเจริญเพิ่มตัวเองในเม็ดเลือดขาวลิมโฟซัยท์ชนิด CD4 โดยเฉพาะ ลิมโฟซัยท์ชนิด CD4 ถูกผลิตมาจากต่อมน้ำเหลืองเป็นเซลล์ที่สำคัญมากในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรคนานาชนิดและยังมีบทบาทสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย ในภาวะปกติ เซลล์ลิมโฟซัยท์ชนิด CD4 มีประมาณ 500 -1,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร เชื้อไวรัสอาจแอบแฝงเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองได้ด้วย การไปขยายพันธุ์ตัวเองของไวรัสจะทำให้ CD4 ถูกทำลายมากและลดจำนวนลง จึงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องลงเรื่อยๆ จนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ควบคุมดูแลในการต่อสู้กับเชื้อโรค

สารพิษหรือสิ่งแปลกปลอมต่างที่เข้าสู่ร่างกายได้ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาส (ไมตรี สุทธิจิตต์ 2544 หน้า 3-5)

ในช่วงที่ได้รับเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่ป่วย เรียกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อจำนวนเชื้อเพิ่มขึ้นและจำนวนCD4 ลดลงจนไม่สามารถกำจัดหรือควบคุมเชื้อโรคต่างๆได้ เรียกว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ เฉลี่ยตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มป่วยใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี

ระยะการติดเชื้อเอชไอวี

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2552:15-20) คือ

1. ระยะแรก (Primary หรือ Acute infection) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50-70 เกิดอาการภายในระยะเวลา 3-6 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ โดยมีความรุนแรงแตกต่างกัน อาการดังกล่าวได้แก่ มีไข้ เจ็บคอ ต่อมทอนซิลโต ปวดศีรษะและปวดหลังขมับ ปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ เชื่องซึม และอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด คลื่นไส้อาเจียนและท้องเดิน อาการดังกล่าวจะเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์และค่อยๆลดน้อยลงเมื่อร่างกายเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้อ

2. ระยะไม่มีอาการ (Asymptomatic phase หรือ Clinical latency) ระยะนี้แม้จะไม่แสดงอาการป่วยแต่เชื้อไวรัสยังคงเพิ่มจำนวนตลอดเวลา จำนวน CD4 T-cell ลดจำนวนลงต่อเนื่อง โดยทั่วไปจะลดลง 30-70 เซลล์/ปี ถ้าปริมาณไวรัส (plasma HIV-1หรือ viral load) เพิ่มขึ้น และจำนวน CD4 T-cell ลดลงจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น จำเป็นต้องเริ่มการรักษา ระยะนี้แตกต่างกันมากในแต่ละบุคคลโดยมีการดำเนินของโรค แบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้

1) การดำเนินโรคแบบรวดเร็ว (rapid progress) เป็นการดำเนินโรคที่มี CD4 ถูกทำลาย และลดต่ำกว่า 200 cell/ μ l หรือเกิดอาการของเอดส์ขึ้นภายใน 2 ปี หลังการติดเชื้อ และมีระยะเวลาดั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี ซึ่งพบได้ร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

2) การดำเนินโรคแบบปานกลาง (intermediate progress) เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 80-90 โดยมีระยะเวลาดั้งแต่ติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ย 7 ปี

3) การดำเนินโรคแบบช้า หรือ คงที่ (Long-term progress or non-progress) เป็นลักษณะการดำเนินโรคที่แม้มีการติดเชื้อนานกว่า 7 ปี แล้วผู้ติดเชื้อนั้นยังคงมีจำนวน CD4 มากกว่า 500 cell/ μ l และไม่มีอาการโรคแทรกซ้อนแต่อย่างใด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5ของผู้ติดเชื้อเอชไอ วี

3. ระยะแสดงอาการของโรค (Clinical immunodeficiency) ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคเนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่วนใหญ่แสดงอาการหลังจากจำนวน CD4 T-cell ต่ำกว่า 200 cell/ml ปริมาณไวรัสในพลาสมาสูงกว่า 10^5 copies/ml

การวินิจฉัยว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระยะมีอาการ วินิจฉัยจากการที่ผู้ติดเชื้อมีอาการดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546:83) คือ ติดเชื้อราในปาก เป็นงูสวัดมากกว่า 1 ที่ระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ ท้องเสียมากกว่า 1 เดือน มีไข้ นานกว่า 1 เดือน ผอม น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ผิวหนังอักเสบ นานกว่า 1 เดือน ซีด (anemia) เม็ดน้ำเหลืองต่ำ (lymphopenia) เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ไอเรื้อรังหรือปอดอักเสบใดๆ นานกว่า 2 เดือน ยกเว้นวัณโรค ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 ซม. อย่างน้อย 2 แห่งที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบนานกว่า 1 เดือน

วิธีการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีมีการแพร่กระจายโดยผ่านส่วนที่เป็นน้ำของร่างกาย (body fluids) ได้แก่ โลหิต น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด น้ำนม ปัสสาวะ น้ำลายและน้ำตา ความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อผ่านการสัมผัสขึ้นกับปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่ ปริมาณของเชื้อไวรัสที่มีอยู่ในสารน้ำนั้นๆ และชนิดของการสัมผัส โดยเชื้อเอชไอวีพบได้ปริมาณน้อยในน้ำตา น้ำลายและปัสสาวะ การสัมผัสกับสารน้ำดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าจะได้รับเชื้อแต่โอกาสที่จะติดเชื้อมีน้อย ส่วนพฤติกรรมบางอย่างซึ่งมีการสัมผัสกับ โลหิต น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดและน้ำนม ซึ่งมีปริมาณเชื้อไวรัสจำนวนมาก อาจทำให้ติดเชื้อได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550:7-9) โดยสามารถจำแนกวิธีการแพร่กระจายเชื้อได้ดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์ แบบมีการแลกเปลี่ยนสารน้ำของร่างกาย สามารถแพร่เชื้อได้และความเสี่ยงจะมีเพิ่มมากขึ้นหากเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือมีบาดแผลที่อวัยวะเพศ โดยพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีการแพร่เชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อขึ้นกับปริมาณเชื้อไวรัสที่มีในโลหิตและปริมาณโลหิตที่แลกเปลี่ยนกัน
3. การแพร่เชื้อในช่องคลอด จะเป็นการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกในช่วงตั้งครรภ์ ช่วงการคลอดหรือการให้นมบุตร เนื่องจากน้ำนมมีจำนวนลิมโฟไซต์ (lymphocytes) ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้
4. ปัจจัยร่วมสำหรับการแพร่เชื้อ เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการแพร่เชื้อได้แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการแพร่เชื้อโดยตรง ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โกลิเรีย ซิฟิลิส และคลาไมเดีย ซึ่งทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและการมีเลือดออกบริเวณอวัยวะเพศและเนื้อเยื่อในช่วงที่มีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

1.1 ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry) เป้าหมายใน

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การควบคุมจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้มีจำนวนน้อยที่สุด และนานที่สุดเป็นการเปิดโอกาสให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันหรือ CD 4 ขึ้นมาใหม่ จนอยู่ในระดับปกติ เพื่อให้ CD4 ได้ทำหน้าที่ในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรคต่างๆตามปกติซึ่งเป็นการป้องกันการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส (สำนึกโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย, 2550 : 28-52)

สาระสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1. ยาต้านไวรัสไม่ใช่ยาฆ่าเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถกำจัดเชื้อได้หมดไปจากร่างกายได้ ดังนั้น จึงต้องกินยาให้ตรงเวลา ต่อเนื่อง สม่ำเสมอครบทุกเม็ด ทุกมื้อ เพื่อไม่เปิดโอกาสให้เชื้อดื้อยาได้ง่าย และสามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีได้ตลอดเวลา
2. ยาต้านไวรัสไม่ได้ทำหน้าที่โดยตรงในการป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส ถ้าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสยังมีซีดี 4 ต่ำกว่า 200 หรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การได้รับป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก
3. ยาต้านไวรัสมีหลายสูตร ยาสูตรเดียวกันให้ผลการรักษาต่างกันไปและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะไม่เห็นผลทันทีหรืออาจมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน ดังนั้นถ้าเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วไม่ได้ผลในบางราย อาจต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสใหม่ที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า

ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

NRTIs	NNRTIs	PIs	Fusion inhibitors
Zidovudine(AZT)	Nevirapine(NVP)	Indinavir(IDV)	Enfuvirtide
Stavudine(d4T)	Efavirenz (EFV)	Ritonavir(RTV)	(ยาฉีด)
Lamivudine(3TC)		Nelfinavir(NFV)	
Didanosine(ddI)		Lopinavir(LPV)	
Abacavir(ABC)		Atazanavir(ATV)	
Tenofovir (TDF)			

ที่มา : สำนึกโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2549/2550

วิธีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี จำเป็นต้องกินยาให้ตรงเวลา ต่อเนื่อง สมบูรณ์ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ เพราะการกินยาตรงเวลาจะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดคงที่ ทำให้การรักษาได้ผลดี และลดโอกาสการดื้อยา ดังนั้นจึงควรเข้าใจวิธีการกินให้ถูกต้อง ดังนี้

1. ยาที่กินวันละ 1 ครั้ง จะกินเวลาไหนก็ได้ตามสะดวก แต่ต้องเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น เมื่อกิน 9 โมงเช้า ก็ต้องเป็น 9 โมงเช้าทุกวัน
 2. ยาก่อนนอน เป็นยาที่กินก่อนนอนครั้งเดียวและต้องกินเวลาเดียวกันทุกวัน มักเป็นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ อาเจียน มึนงงหรือง่วงนอนได้ เช่น เอฟฟาไวเรนซ์ เป็นต้น
 3. ยาที่กินวันละ 2 ครั้ง ปกติมักเขียนไว้หน้าซองยาว่า เช้า-เย็น ที่ถูกต้องคือ จะต้องกินยาห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่น กินมื้อแรกตอน 8 โมงเช้า มื้อที่ 2 ต้องกินตอน 2 ทุ่มของทุกวัน
 4. ยาที่กินวันละ 3 ครั้ง แต่ละมื้อต้องเว้นช่วงห่างกัน 8 ชั่วโมง เช่น 6 โมงเช้า บ่ายสอง และสี่ทุ่ม
 5. ยาก่อนอาหาร ต้องกินตอนท้องว่างเพราะจะช่วยให้ยาดูดซึมได้ดี และไม่ถูกทำลายด้วยน้ำย่อยในกระเพาะอาหารที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น คีลีโอ อินดิวาเวียร์ เนลฟินาเวียร์ ควรกินยาอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงก่อนแล้วค่อยกินอาหาร
 6. ยาหลังอาหาร ยาประเภทนี้ดูดซึมได้ดีในเวลาที่กระเพาะมีอาหาร และยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร การกินหลังอาหารจะช่วยลดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ได้ เช่น ริโทนาเวียร์ เอแซดที
- โดยทั้งยาก่อนและหลังอาหารจะต้องกินเวลาเดียวกันทุกวัน
7. กรณีมีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน ห้ามนหยุดยาหรือลดยาเอง (โดยทั่วไปถ้าต้องหยุดยา แพทย์จะหยุดยาพร้อมกันทุกตัว)

อาการข้างเคียงที่พบบ่อยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอ วี

1. อาการข้างเคียงที่จัดว่าไม่รุนแรง คือ อาการที่ไม่ทำให้เสียชีวิตแต่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่จะเกิดช่วงแรกของการกินยาต้านไวรัสและอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 2 เดือน เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ผื่นแปลกๆ มึนงง
2. อาการข้างเคียงที่จัดว่ารุนแรง เพราะอาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ชีด ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ภาวะกรดในเลือด ชาปลายมือปลายเท้า นิ้วในไต อาจเกิดได้ทุกระยะของการกินยาต้านไวรัส

3. อาการข้างเคียงระยะยาว มักเกิดภายหลังจากการกินยาด้านไวรัสประมาณ 1 ปี เช่น ไขมันกระจายตัวผิดปกติ (ลงพุง ไขมันพอกที่ต้นคอ หน้าอก แขนงอกและแขนขาเล็บ) หรือถ้ากิน ยานาน 3-4 ปี อาจพบไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง

อาการข้างเคียงที่มักพบได้ในยาด้านไวรัสเกือบทุกตัว คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ
อาการข้างเคียงเฉพาะที่อาจพบได้ในยาด้านไวรัสแต่ละชนิด ได้แก่

กลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ(NRTI)

- เอแซดที (AZT)
- ดีโฟร์ที (d4T)
- สามทีซี (3TC)
- ดีดีไอ (ddI)
- อะบาคาเวียร์ (Abacavir)
- ทินอโฟฟเวียร์ (TDF)

อาการข้างเคียงเฉพาะ

- ซีด เล็บดำ
- ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ไขมันกระจายตัวผิดปกติ เลือเป็นกรด
- ไม่ค่อยพบอาการข้างเคียง
- ท้องเสีย ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ดับอ่อนอักเสบ
- ผื่นแพ้(พบ 5%) ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามตัวปวดหัว
- ท้องอืด ไตทำงานผิดปกติ

กลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ(NNRTI)

- เนวิราพิน (NVP)
- เอฟฟาไวเรนซ์ (EFV)

- ผื่นแพ้ยา ดับอักเสบ
- ผื่นแปลกๆ ย้ำคิด ย้ำทำ มึนงง

กลุ่มพีไอ (PI)

- ยากลุ่มพีไอเกือบทุกตัว
- อินดินาเวียร์(IDV)
- ซาควินาเวียร์ (SQV)
- ริโทนาเวียร์ (RTV)
- เนลฟีลาเวียร์ (NFV)
- คาเลทรา (kaletra-LPV/r)

- อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันกระจายตัวผิดปกติเมื่อ กินเป็นเวลานาน
- นิ้วในไต
- ผื่นแพ้ยา (พบน้อย)
- ชาที่ลิ้นหรือรอบริมฝีปาก คลื่นไส้ อาเจียน
- ผื่นแพ้ยา (พบน้อย) ท้องเสีย
- ท้องเสีย ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน

1.2 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

โรคที่ป่วยเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในร่างกายแต่ปะทุขึ้นมาเมื่อซีดี 4 ควบคุมไม่ได้ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อราในปาก เชื้อราในหลอดอาหาร วัณโรคข้างลิ้น คúmพีพีอี วัณโรค ฝีผิวหนังที่ แผลกว้างเกิน 2 นิ้วมือทาบทหรือมีการกลับเป็นซ้ำ เริ่มที่อวัยวะเพศที่เป็นบ่อย (ทุกเดือน) หรือหายช้า

ปอดอักเสบพีซีพี ฝิในสมอง เชื้อราที่เชื้อหุ้มสมอง (คริปโต) เชื้อราในกระแสเลือด(เพนนิซิลิส) (สำนักงานประสานและพัฒนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระบบสุขภาพ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ,2547 : 37-144) รายละเอียดดังนี้

1.2.1 เชื้อราในช่องปาก

พบได้บ่อยมาก โดยจะตรวจพบลักษณะเป็นฝ้าขาวในบริเวณเพดานปาก ลิ้น หรือตาม กระพุ้งแก้ม อาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยเช่น ปวดแสบปวดร้อนในปากเวลารับประทานอาหารรสจัด หรือกลืนอาหารลำบาก หากมีฝ้าขาวในปากโดยเฉพาะที่ลิ้นอย่างเดียวยังต้องแยกให้ออกว่าเป็นเชื้อราจริงหรือลิ้นเป็นฝ้าธรรมชาติอย่างที่พบในคนปกติทั่วไป ถ้าเป็นเชื้อราจะมีลักษณะเป็นดวงหรือปื้น และๆสีขาวคล้ายนมที่เด็กทารกอาเจียนออกมาหลังจากรับประทานอาหารนมไปแล้วระยะหนึ่ง สามารถขูดออกมาจากผิวลิ้นหรือเพดานปากได้แต่ต้องใช้แรงมากและอาจมีเลือดออกได้

การดูแลรักษา

- 1) บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือจางๆ หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
- 2) อมยาโคลไตรมาโซล (Clotrimazole 10 มก.) วันละ 3- 5 ครั้ง นาน 7-14 วัน หากไม่มีโคลไตรมาโซลชนิดอม หรือมีแต่ชนิดเหน็บช่องคลอดสามารถใช้แทนกันได้โดยหักยาชนิดเหน็บออกเป็น 3 ส่วน อมวันละ 3- 5 ครั้ง นาน 7-14 วัน เช่นกัน
- 3) หรือกินยาคีโตโคนาโซล (Ketoconazole 200 มก.) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น นาน 7-14 วัน
- 4) ควรระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการกินยาคีโตโคนาโซลในผู้ป่วยที่กินยารักษาวัณโรค อยู่เพราะฤทธิ์ยาจะหักล้างกันเอง และยาจะมีผลต่อดับหากกินเป็นระยะเวลานาน
- 5) หากพบเชื้อราในช่องปากร่วมกับการกลืนลำบากให้สงสัยว่าเชื้อราได้ลงไป ในหลอดอาหาร ควรพบแพทย์เพื่อรับยาคีโตโคนาโซล (Ketoconazole 200 มก.) วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น นาน 14-21วัน หรือฟลูโคนาโซล (Fluconazole 200 มก.) วันละ 1 ครั้ง นาน 14-21 วัน

1.2.2 เริ่มในช่องปาก

เป็นการติดเชื้อไวรัส อาจเกิดที่ริมฝีปากหรือในช่องปากเช่น ลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม และลำคอ เริ่มขึ้นใหม่ๆจะเป็นจุดแดงๆ ต่อไปจะแตกเป็นแผลตรงกลางสีขาวๆล้อมรอบด้วยจุดแดงๆ เจ็บมาก ลักษณะจะแยกจากแผลร้อนในแต่ก็มีหลายแผลมากกว่าแผลร้อนใน บางแผลมีขนาดใหญ่และหายได้ช้า บางครั้งเป็นแล้วหายเป็นแผลเป็น ต้องรักษาด้วยยา

การดูแลรักษา

- 1) คัดน้ำมาากๆ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการเสียดสีบริเวณแผล
- 2) รักษาด้วยยาอะไซโคลเวียร์ ครีม (Acyclovir Cream) ทาวันละ 3-5 ครั้ง จนกว่าแผลจะหายถ้าไม่ดีขึ้นให้หยุดยาทา และเปลี่ยนเป็นกินยาอะไซโคลเวียร์ 200 มก. วันละ 5 ครั้ง นาน 7 วัน

1.2.3 เริ่มที่อวัยวะเพศ

เกิดจากเชื้อไวรัส เริ่มด้วยมีตุ่มน้ำใสขึ้นเป็นผื่นแดง มักจะขึ้นเป็นกลุ่ม ตุ่มน้ำจะแตกออกกลายเป็นแผลภายในระยะ 4-12 ชั่วโมง และหายได้เองในระยะเวลา 7-10 วัน ลักษณะแผลเหมือนแผลริมที่ปาก จะนำมาด้วยอาการปวด ปัสสาวะขัด อาจมีไข้หรือต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต

การดูแลรักษา

- 1) ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดและน้ำยาเบตาดีน
- 2) ถ้าเป็นไม่มากใช้ ยาอะไซโคลเวียร์ ครีม (Acyclovir Cream) ทาวันละ 5 ครั้ง นาน 7 วัน
- 3) หากใช้ยาทาแล้วยังไม่ดีขึ้นใน 2-3 วัน หรือแผลขนาดใหญ่ ให้หยุดยาทาและกินยาอะไซโคลเวียร์ 200 มก. วันละ 5 ครั้ง นาน 7 วัน
- 4) เริ่ม ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการป้องกันควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 5) เมื่อเป็นเริ่มที่อวัยวะเพศ มีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำได้อีกเรื่อยๆ

1.2.4 งูสวัด

เกิดจากเชื้อไวรัส มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำขนาดเล็กกระจายตามแนวเส้นประสาทซิกโคซิกหนึ่งของร่างกาย ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีไข้ คลื่นไส้ ต่อมาจะรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อนหรือคัน มีกลุ่มของตุ่มน้ำเล็กๆกระจายในแนวเส้นประสาทของบริเวณที่เป็นโรค ต่อมาตุ่มน้ำจะแตกกลายเป็นสะเก็ดและหลุดออกไป ผู้ป่วยมีอาการปวดตามแนวของแผล รอยผื่นพบที่ตัว ครึ่งรอบเอว ครึ่งหน้าอกหรือที่ใบหน้า กรณีขึ้นที่หน้าเชื่ออาจลุกลามเข้ากระจกตา ทำให้กระจกตาขุ่นและตาบอดได้

การดูแลรักษา

- 1) ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดและน้ำยาเบตาดีน
- 2) ถ้าเป็นมากหรือเป็นที่หน้า ควรกินยาอะไซโคลเวียร์ 800 มก. วันละ 5 ครั้ง นาน 7 วัน ยานี้จะมียาประโยชน์ถ้ากินในระยะเริ่มแรกหรือที่ยังมีตุ่มน้ำในขึ้นใหม่เท่านั้น
- 3) บรรเทาปวดด้วยยาพาราเซตหรืออะมิทริปไทลีน (Amitriptyline 25 มก.) 1-3 เม็ด/วัน

1.2.5 ปอดอักเสบพีซีพี (*Pneumocystis carinii pneumonia* , PCP)

ในอดีตเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ติดเชื้อ โรคนี้มีโอกาสเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ที่เคยป่วยเป็นพีซีพีมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดเป็นซ้ำ ถ้าไม่ได้กินยาป้องกัน

อาการ : มีไข้สูง ไอแห้งๆ อาการเด่นคือ หายใจหอบเหนื่อยมาก

การดูแลรักษา

- 1) กินยาโคไตรม็อกซาโซล ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 3 เวลา นาน 3 สัปดาห์ หลังกินยาครบแล้วผู้ป่วยต้องได้รับยาโคไตรม็อกซาโซล วันละ 2 เม็ด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- 2) ถ้ากินยาด้านไวรัสแล้ว ซีดี 4 มากกว่า 200 สามารถหยุดยาโคไตรม็อกซาโซล ทั้งกินป้องกันก่อนเป็นและกินป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

1.2.6 ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

อาการ: มีไข้ อาการเด่น คือ ไอมากและมีเสมหะ เสมหะสีเหลืองหรือเขียว เหนื่อยหอบจากการไอ จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อย

การรักษา : ยาปฏิชีวนะ นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์

1.2.7 วัณโรค (Tuberculosis)

แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ วัณโรคปอด และวัณโรคนอกปอด

วัณโรคปอด

โดยมากเกิดจากการปะทุของเชื้อที่มีอยู่เดิมในร่างกาย ซึ่งเคยได้รับมาในอดีตโดยการสูดหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป เชื้อวัณโรคจะถูกควบคุมอยู่ในปอด ถ้าภูมิคุ้มกันบกพร่องเชื้อวัณโรคก็จะปะทุขึ้นมา แสดงอาการโดย ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ มีเสมหะสีขาว น้ำหนักลด 5-10 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ไข้ต่ำๆเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าโต เหงื่อออกตอนกลางคืน

การดูแลรักษา

- 1) ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นครั้งแรก ใช้ระบบยาระยะสั้น 6 เดือน สูตรยา 2 HRZE / 4 HR โดย
 H = ไอเอ็นเอซ (Isoniazid : INH) R = ไรแฟม (Rifampin : RIF)
 Z = พีแซดเอ (Pyrazinamide : PZA) E = อีแธม (Ethambutol : EMB)
 2 เดือนแรก กินทั้ง 4 ตัว เดือนที่ 3-6 กินเฉพาะ ไอเอ็นเอซและไรแฟม

2) ในผู้ที่กลับเป็นซ้ำหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง มีปัญหาเรื่องการซื้อยารักษาโรค ไม่สามารถใช้สูตรนี้ได้ แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาสูตรอื่นซึ่งต้องกินระยะเวลานานกว่า และยาอาจมากกว่า 4 ชนิดขึ้นกับชนิดของเชื้อวัณโรค

วัณโรคนอกปอดที่สำคัญ การรักษาเช่นเดียวกับวัณโรคปอด

วัณโรคต่อมน้ำเหลือง อาการ : ต่อมน้ำเหลืองโต ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด อาจมีอาการของวัณโรคปอดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

วัณโรคลำไส้ อาการ : ท้องเสียเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง อาการ : ไข้ ปวดศีรษะ น้ำหนักลด อาเจียนพุ่ง คอแข็ง แขนขาอ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก

1.2.8 เชื้อราเยื่อหุ้มสมอง

เกิดจากเชื้อคริปโต ซึ่งเป็นเชื้อราที่อยู่ในจีนก ฟูงกระจายในสิ่งแวดล้อมทั่วไป คนรับเชื้อจากการสูดเข้าทางเดินหายใจ เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ เมื่อรักษาหายแล้วต้องกินยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง คอแข็ง การมองเห็นเปลี่ยนไป ความคิดสับสน อาการเหล่านี้จะเริ่มขึ้นจากน้อยและมากขึ้นตามลำดับ

การดูแลรักษา

1) การรักษาจะได้ผลดีหากวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรก ไม่รุนแรง โดยให้ยา แอมโฟ-บี (Amphotericin B) ผสมในน้ำเกลือหยดเข้าทางเส้นเลือดซ้ำๆ นาน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นยาฟลูโคนาโซล (Fluconazole 400 มก.) ทุกวัน นาน 8 สัปดาห์

2) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อรักษาครบแล้วต้องกินยาฟลูโคนาโซล (Fluconazole) วันละ 200 มก. ตลอดไป

3) การป้องกันก่อนเป็น เมื่อมี ซีดี 4 น้อยกว่า 100 หรือมีข้อบ่งชี้ว่าภูมิคุ้มกันบกพร่อง ให้ ยาฟลูโคนาโซล (Fluconazole) สัปดาห์ละ 200 มก. ก่อนกินยาป้องกันจะต้องได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดจากแพทย์ เพื่อยืนยันว่าไม่ได้อยู่ในระยะเริ่มของการป่วยด้วยโรคเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง

1.2.9 ฝีในสมอง

เกิดจากเชื้อที่อกโฮ เป็นพวกเชื้อพยาธิ ติดต่อกันโดยการกินอาหารจำพวกเนื้อที่ปรุงไม่สุกซึ่งมีชีสต์ของพยาธิอยู่ แสดงอาการ โดย มีไข้ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง แขนขาอ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ

การดูแลรักษา

กินยา 2 ชนิด คือ ซัลฟาไดอะซีน (Sulfadiazine) และ ไพริเมโทลามีน (Pyrimethamine) นาน 6 สัปดาห์ และหลังการรักษาครบแล้วต้องกินยาต่อไปตลอดชีวิต โดยลดขนาดยาลงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การกินยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำทั้งเชื้อราเชื้อหุ้มสมอง และฝีในสมอง สามารถหยุดได้ ถ้าได้รับยาต้านไวรัส และซีดี 4 เกิน 200

1.2.10 โรคอุจจาระร่วงเรื้อรังจาก เชื้อ *Cryptosporidium* spp.

ผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียที่มีอาการอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อ *Cryptosporidium* spp. ติดต่อกัน นานเกิน 4 สัปดาห์ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Cryptosporidium* spp. อาจจะไม่มีอาการและเป็นพาหะ หรืออาการอุจจาระร่วงเป็นน้ำได้ทั้งผู้ที่มีภูมิคุ้มกันปกติและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะฟักตัวของโรคนาน 7-10 วัน ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักรีดและมีอาการนานเกิน 1 หรือ 2 สัปดาห์ คล้ายกับโรคอุจจาระร่วงชนิดรุนแรง อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ต่ำๆ และเบื่ออาหารร่วมด้วย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่หายจากอาการอุจจาระร่วงแล้ว ยังมี oocyst ออกมาในอุจจาระและสามารถแพร่ไปยังผู้อื่นได้อีกประมาณ 8 วัน

โรคอุจจาระร่วงเรื้อรังในผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียแบ่งได้หลายแบบ เช่น

- 1) โรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง พบได้ร้อยละ 36 – 60 ผู้ป่วยที่มีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 2 เดือนและยังตรวจพบ *Cryptosporidium* spp. ในอุจจาระหรือชิ้นเนื้อ
- 2) อุจจาระร่วงคล้ายอหิวาตกโรค (cholera-like disease) พบได้ร้อยละ 8-33 ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปริมาณมากกว่า 2 ลิตร/วัน มักเกิดในผู้ป่วยที่มี ระดับ CD4 ต่ำกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม.
- 3) อุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นชั่วคราว พบได้ร้อยละ 15-29 อาการอุจจาระร่วงเป็นนานน้อยกว่า 2 เดือน เมื่ออาการหายแล้วตรวจอุจจาระไม่พบ *Cryptosporidium* spp.
- 4) โรคอุจจาระร่วงชนิดกลับเป็นซ้ำ พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วย
- 5) ผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน) พบได้ร้อยละ 4

ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่มี ระดับ CD4 ต่ำอาจมีอาการอุจจาระร่วงนานเป็นเดือนหรือเป็นปี ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำจำนวนหลายครั้งและปริมาณมากและอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการเป็นๆหายๆ หรือไม่มีอาการก็ได้ ปริมาณอุจจาระตั้งแต่ 1-7 ลิตรต่อวัน และถ่ายอุจจาระวันละ 6-26 ครั้ง อัตราตายในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องเท่ากับร้อยละ 52-68 ผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียที่มีระดับ CD4 มากกว่า 180 เซลล์/ลบ.มม. สามารถกำจัดเชื้อ *Cryptosporidium* spp. ออกไปได้เอง ส่วนผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 180 เซลล์/ลบ.มม. จะมีการติดเชื้อ *Cryptosporidium* spp.เรื้อรังได้ถึงร้อยละ 87 มีรายงานโรค *Cryptosporidiosis* ของ

กระเพาะอาหารในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบางรายมีอาการกระเพาะอาหารอักเสบ การติดเชื้ออาจเป็นตลอดลำไส้และลามเข้ามาในท่อน้ำดี ถุงน้ำดี ท่อน้ำดีอ่อนหรือเยื่อหุ้มอื่นๆที่สัมผัสกับสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียนหรือสำลักออกมา

การป้องกัน

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *Cryptosporidium* spp. ได้แก่บุคคลที่อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและคู่นอนของผู้ป่วย ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้ที่ว่ายน้ำในสระว่ายน้ำสาธารณะ และผู้ที่เดินทางไปยังบริเวณที่มีโรคนี้ชุกชุม ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งอยู่ในที่ที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนด้วยเชื้อ *Cryptosporidium* spp. ในน้ำ ควรดื่มน้ำกลั่นหรือน้ำที่ต้มจนเดือดนานหนึ่งนาทีและหลีกเลี่ยงการสัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรกินหอยนางรมดิบเนื่องจากมีรายงานว่ามีไข่อ่อน ของเชื้อ

1.3 ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ถึงแม้โรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อโดยทางเลือดและทางสารน้ำของร่างกาย แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสก็อาจแพร่เชื้อฉวยโอกาสโดยทางอื่นได้ เช่น แพร่เชื้อวัณโรคที่ติดต่อโดยทางเดินหายใจ แพร่เชื้อที่ทำให้เกิดโรคท้องร่วงซึ่งติดต่อโดยทางเดินอาหาร แพร่เชื้อราที่ติดต่อได้โดยทางผิวหนัง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์ นอกจากจะระวังป้องกันการติดเชื้อจากเลือด สารคัดหลั่งและสารน้ำจากร่างกาย ยังหมายรวมถึงการระวังป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อฉวยโอกาสและในกรณีที่เป็นอาจต้องแยกผู้ป่วยจากผู้อื่นด้วย (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546:211-226)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและติดต่อไปยังผู้อื่นได้หลายทางที่สำคัญคือ ทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด จากเข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือด จากการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อใดๆที่มาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังติดต่อได้จาก การสัมผัสกับเลือด เนื้อเยื่อ หรือสารน้ำจากร่างกายต่างๆที่มีเชื้อเอชไอวี หรือได้เปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทางผิวหนังที่แตก ถลอก อักเสบ มีบาดแผลหรือถูกของมีคมผ่านผิวหนังเข้าไป และเด็กยังติดเชื้อจากการรับเชื้อเอชไอวีจากมารดาขณะอยู่ในครรภ์ ขณะคลอด หรือจากการดื่มนมมารดาหลังคลอด

ความเสี่ยงของการติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

- ระยะโรคของผู้แพร่เชื้อ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ระยะมีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยที่มี viral load สูง ทำให้ผู้รับติดเชื้อง่ายกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการหรือ viral load ต่ำ

- ชนิดและความรุนแรงของเชื้อ

- ปริมาณเลือดหรือสารน้ำที่ผู้รับได้รับ ซึ่งถ้าได้ปริมาณมากจะติดเชื้อได้มากกว่าปริมาณน้อย ระยะเวลาและบริเวณที่สัมผัส ซึ่งถ้าสัมผัสเป็นเวลานานและเป็นบริเวณกว้างจะติดเชื้อได้มากกว่า

- ชนิดของสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยที่สัมผัส ถ้าเป็นเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด น้ำอสุจิ น้ำหลังจากช่องคลอด ประจำเดือน สารน้ำจากร่างกายใดๆที่ปนเอนเลือด สารน้ำจากรอยโรคที่มีการอักเสบ จะมีความเสี่ยงของการติดเชื้อสูง ถ้าเป็นน้ำในสมองและไขสันหลัง น้ำในข้อ น้ำในเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องท้อง และน้ำคร่ำซึ่งมีปริมาณไวรัสค่อนข้างสูงจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อปานกลาง ส่วนน้ำลาย น้ำตา เหงื่อและอุจจาระที่ไม่ปนเอนเลือด ถือว่ามีปริมาณเชื้อเอชไอวีน้อยและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ ส่วนน้ำนมจากแม่ที่ติดเชื้อถือว่ามีความเสี่ยงสำหรับลูกที่ต้องดื่มนมแม่ทุกวันแต่มีความเสี่ยงต่ำ

- ในการมีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงติดเชื้อจากผู้ชายง่ายกว่าผู้ชายติดเชื้อจากผู้หญิงและผู้ที่ได้รับเชื้อทางทวารหนักติดเชื้อง่ายกว่าทางช่องคลอด นอกจากนี้การมีโรคหรือการอักเสบเช่น โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ใดๆ หรือการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดบาดแผลในอวัยวะดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัย (Saag, 1996 อ้างในปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546:216)

ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย
- งดการมีเพศสัมพันธ์	- มีเพศสัมพันธ์ด้วยปากโดยไม่มีการป้องกัน
- มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเองที่ไม่มีเชื้อเท่านั้น	- มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด หรือทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน(ไม่ใช้ถุงยางอนามัย)
- มีเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้มือสำเร็จความใคร่ให้กันและกัน	- มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยแต่หล่อลื่นด้วยเบสปีโตรเลียม
- จูบธรรมดา	- มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยที่ทำจากหนังธรรมชาติ
- ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์	

การป้องกันการติดเชื้อสากล (Saag, 1996 อ้างในปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546:217)

1. ตัวอย่างเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือดและสารน้ำใดๆ จากร่างกายที่ได้มาจากผู้ป่วยทุกคนถือว่าเป็นสิ่งที่อันตรายและมีศักยภาพที่จะมีเชื้อโรคที่ติดต่อกับได้
2. ควรล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย และควรล้างมือทันทีเมื่อมือถูกหรือเปื้อนเลือด
3. ควรใส่ถุงมือเสมอเมื่อทำงานเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดหรือสารน้ำจากร่างกาย

4. ควรระมัดระวังอย่างมากในการจับถือวัตถุที่แหลมคมและเมื่อทิ้งต้องใส่ในภาชนะที่จัดไว้สำหรับการทิ้งของมีคมโดยเฉพาะ

5. เลือดยี่ห้อที่ควรเช็ดออกด้วยผ้าหรือกระดาษที่นำไปกำจัดได้ ไม่นำกลับมาใช้ใหม่อีก ล้างบริเวณที่เช็ดด้วยน้ำและสบู่ตามด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

6. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่เปื้อนเลือดและต้องนำกลับมาใช้ใหม่ เมื่อล้างแล้วต้องทำให้ปราศจากเชื้อด้วยความร้อน หรือถ้าใช้ความร้อนไม่ได้ต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งฆ่าเชื้อเอชไอวีและ microbacterium ได้

ส่วนที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี ที่นำมาใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

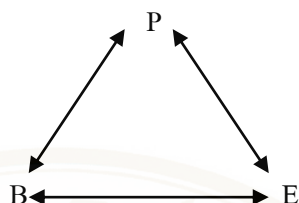
พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถใช้แนวคิด ทฤษฎี ทางด้านจิตวิทยาสังคมมาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผล ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ แนวคิดเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม(Social Cognitive Theory) การรับรู้ความสามารถ ตนเอง (Self-efficacy) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support) มาเป็นองค์ประกอบที่ น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือ ผู้ป่วยเอดส์

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

การเรียนรู้ในมุมมองของ Bandura คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่ได้เน้นการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) แต่ Bandura เชื่อว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ที่ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน เช่น ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ฯลฯ ก็ถือว่าการเรียนรู้ แล้วโดยไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งหากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายในแล้วเขาย่อมแสดงพฤติกรรมภายนอกออกมาเมื่อมีโอกาสนี้ เนื่องจากตัวปัญญจะเป็น แรงผลักดันโดยตรงที่สร้างให้บุคคลรับรู้ความจริงเลือกใส่รหัส (Coding) ข้อมูล (Bandura,1977 อ้าง ในสุปรียา ตันสกุล, 2548:40)

พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงโดยถูกกำหนดจากปัจจัยทาง สภาพแวดล้อม (Environment) และปัจจัยภายในตัวบุคคล (Personal factors) การกำหนดระหว่าง

ปัจจัยเป็นลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกัน (Triadic Dynamic and Reciprocal) ซึ่ง Bandura เรียกว่า Reciprocal Determinism



ภาพที่ 1 การกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) (Bandura, 1977 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:40)

การกำหนดซึ่งกันและกันนี้บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัยและอิทธิพลไม่ได้เกิดพร้อมกัน การปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยนี้แตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล พฤติกรรมที่ต้องการและสถานการณ์เฉพาะเจาะจงที่เอื้อต่อพฤติกรรม (Bandura, 1989 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:41) เช่น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ($P \longleftrightarrow B$) เป็นอิทธิพลที่มีต่อกันระหว่างความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และคุณสมบัติทางชีววิทยา กับการกระทำ เช่น ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมายและเจตนาจะกำหนดทิศทางของการกระทำ ในขณะเดียวกันการกระทำที่เกิดขึ้นก็มีส่วนกำหนดความคิด อารมณ์ของบุคคล

การกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างสภาพแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคล ($E \longleftrightarrow P$) เป็นกระบวนการที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง ความเชื่อ ความสามารถทางปัญญาของบุคคลที่ถูกพัฒนาและปรับเปลี่ยนเนื่องจากอิทธิพลของสังคมซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล กระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ โดยผ่านตัวแบบ การสอน การชักจูงทางสังคม (Bandura, 1986 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:41) บุคคลจะมีการตอบโต้แตกต่างกันจากสภาพแวดล้อม เนื่องมาจากลักษณะทางกายภาพ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความดึงดูดของรูปร่างหน้าตา

การปฏิสัมพันธ์รูปแบบสุดท้ายเกิดขึ้นระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม ($B \longleftrightarrow E$) เนื่องจากทั้งพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดและเป็นผลผลิตของสภาพแวดล้อม การมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม เช่น จากเดิมที่มองว่า ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อเด็กกลายมาเป็นทั้งผู้ปกครองและเด็กมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550:49)

ในทฤษฎีนี้ Bandura ได้กำหนดให้บุคคลมีความสามารถพื้นฐาน 5 อย่างดังนี้

1. ความสามารถทางสัญลักษณ์ (Symbolizing Capability) บุคคลมีความสามารถของกระบวนการทางปัญญาในการสร้างความหมาย สร้างสัญลักษณ์ และเก็บจำข้อมูลต่างๆ ไว้ในความ

ทรงจำที่สามารถนำออกมาใช้ในอนาคต ด้วยกระบวนการนี้ทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะใส่ใจเก็บจำข้อมูลต่างๆได้

2. ความสามารถในการสังเกต (Vicarious Capability) หมายถึงความสามารถของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ จากการสังเกตการกระทำของบุคคลอื่น ซึ่งช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดที่ว่า พฤติกรรมใหม่เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องลงมือทำด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะถูกใส่รหัสเป็นสัญลักษณ์จะถูกใส่รหัสเป็นสัญลักษณ์ การเรียนรู้แบบนี้แตกต่างจากการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูกที่ใช้เวลาและอาจมีอันตรายในบางพฤติกรรม

3. ความสามารถในการคาดการณ์ (Forethought capability) ทฤษฎีนี้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีจุดมุ่งหมายและกำกับได้โดยการคาดการณ์ที่บุคคลสามารถจงใจตนเองและทำพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง โดยบุคคลสามารถคาดหวังว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นอาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ถ้าแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสามารถประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังการกระทำได้ว่ามีความพึงพอใจหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงใด

4. ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-Regulatory Capability) Bandura เสนอว่า บุคคลสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก การตั้งใจ และการกระทำได้ด้วยตนเอง การกำกับตนเองเป็นกลไกควบคุมภายในที่ทำหน้าที่กำกับว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไร และจำหาผลกรรมด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพิงคนอื่น

5. ความสามารถในการโต้ตอบตนเอง (Self-Reflective Capability) เป็นความสามารถที่เอื้อให้บุคคลวิเคราะห์ความสามารถตนเองว่าจะอะไรทำได้หรือไม่และระดับใด กระบวนการที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งเป็นการที่บุคคลพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเอง จะนำไปสู่ความสำเร็จ รวมทั้งมีการใช้ความพยายามที่ทุ่มเทกับการกระทำที่เชื่อว่าตนมีความสามารถ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีปัญญาสังคม จึงได้นั้นแนวคิด 3 ประการดังนี้

- 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
- 2) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation)
- 3) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) (รายละเอียดในหัวข้อ 2.2)

1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

เป็นกระบวนการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง การอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของคนอื่น(Synder, 1989 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:43) หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสังเกตการกระทำหรือการเสริมแรงที่บุคคลอื่นได้รับ กระบวนการนี้

เรียกว่า Vicarious Reward หรือ vicarious Experience การสังเกตการกระทำของบุคคลอื่นจะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่ายคือ ผู้สังเกตและตัวแบบ

Fischer & Gochros (1975) และ Ross (1981) (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550:51) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบ 3 ลักษณะคือ

1. ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ เกิดขึ้นในกรณีที่ผู้สังเกตยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเลยในอดีต
2. ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่ติดอยู่แล้วให้ดีขึ้น เป็นกรณีที่ผู้สังเกตเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีตแต่อาจยังไม่ถูกต้อง หรือขาดทักษะ ตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตพยายามพัฒนาพฤติกรรมนั้นๆ ให้ดียิ่งขึ้น
3. ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาก่อน ตัวแบบจะช่วยให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น ลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

โดยตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) คือ ตัวแบบที่แสดงผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือ เป็นต้น

โดยการเรียนรู้จากการสังเกต เป็นกระบวนการทางปัญญาที่ต้องอาศัย 4 กระบวนการ ดังนี้ (สุปรียา ดันสกุล, 2548:44-45 และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550:51-52)

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของตัวเองและของผู้สังเกต โดยในลักษณะของตัวเองควรมีความน่าดึงดูดใจและคล้ายคลึงกันกับผู้สังเกต ทั้งเพศ วัย สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การนำเสนอควรจะเสนอพฤติกรรมจากง่ายไปยาก การกระทำที่มีลำดับชัดเจนเป็นขั้นตอน และผู้สังเกตควรมีองค์ประกอบได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายใน โดยบุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมาจากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำลักษณะตัวแบบได้ ดังนั้นบุคคลจึงต้องแปลข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำคือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์เพื่อให้จำได้ง่าย การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตเห็นในความคิดของตนเอง

และชักชวนด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

3. กระบวนการกระทำ (Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้จากการสังเกต การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตด้วย ได้แก่ ความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมย่อยๆที่สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจจากภายนอก โดยสิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการเรียนรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถจะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่ผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์หรือการประเมินตนเองในแง่ของผู้สังเกตยังขึ้นอยู่กับความพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคม และมาตรฐานภายในของตนเอง

2) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation)

Bandura (1986) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลจากการเสริมแรงและลงโทษจากบุคคลภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองด้วยผลกรรมที่เขามองหาสำหรับตนเอง ซึ่งความสามารถดังกล่าวนี้ Bandura เรียกว่า การกำกับตนเอง (Bandura, 1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550:54-57) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการฝึกฝนโดยการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation) จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ บุคคลต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเอง ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ ความแม่นยำของการสังเกตและกรบันทึกตนเอง โดยในกระบวนการสังเกตตนเองนี้ควรพิจารณา 4 ด้านคือ ด้านการกระทำในเรื่องคุณภาพ อัตราเร็ว ปริมาณหรือความริเริ่ม ด้านความสม่ำเสมอ ด้านความใกล้เคียง และด้านความถูกต้อง การสังเกตตนเองทำหน้าที่อย่างน้อย 2 ประการคือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำและประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process) การตัดสินใจต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคล การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคมที่ประกอบด้วยการเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานทาง

สังคม การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเองและกลุ่ม โดยพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นควรมีคุณค่าเพียงพอต่อความสนใจของบุคคล

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจ จะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ของผลที่ได้เป็นสิ่งที่จับต้องได้ หรือในแง่ความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในของบุคคลจะทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ที่ทำให้บุคคลลงระดับการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วย

2.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 2003 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:59) การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ประสิทธิภาพการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลจึงยึดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคล (behavior condition) สิ่งแวดล้อม (environment condition) และปัจจัยภายในตัวบุคคล (interpersonal factor) เช่น ความเชื่อ การรับรู้ ต่างมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันเกี่ยวเนื่องกันอยู่ (Reciprocal Determinism) โดยบุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้ แต่หลีกเลี่ยงการกระทำที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง เช่น ความเชื่อ การรับรู้ ต่างมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันเกี่ยวเนื่องกัน (interlocking determinants) ความสัมพันธ์ของทั้งสามปัจจัยมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และลักษณะของพฤติกรรม บางเวลาดังแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก แต่ในบางเวลาดังปัจจัยส่วนบุคคลอาจเป็นตัวปรับพฤติกรรมที่สำคัญ ซึ่งมีอิทธิพลต่อขีดความสามารถในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นกับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามต้องการและเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งความคาดหวังที่เกิด (Outcome expectation) นั้น มีความแตกต่างกับการรับรู้ความสามารถ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) บุคคลที่ได้รับการบอกจากบุคคลอื่นว่า “เธอทำได้” จะสามารถจูงใจกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเกิดความเชื่อในความสามารถของตน ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ถูกข่มขู่ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ในทางตรงกันข้าม การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความสุข เป็นกันเอง ก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองได้ดีขึ้น

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอันจะทำให้สุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย (สุปรียา ตันสกุล, 2548:26)

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาได้นำมาแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในแง่ของพฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงด้านอื่นๆอีกมากมาย โดยการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามีน้อง เป็นต้น เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ และได้กล่าวถึงองค์ประกอบ ไว้ดังนี้

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับ การสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ จะต้องประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ให้แก่ตนอย่างจริงใจ

2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4.จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981 cited by Tilden, 1985 : 201 อ้างใน สุปรียา ตันสกุล, 2548 : 30) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง การให้ความหวังใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ ความรักความผูกพัน ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การให้การสนับสนุนโดยการให้การประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบทางสังคม

3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา(Advice) และการให้ข่าวสาร(Information) การให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆเช่น เงิน แรงงาน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ การช่วยปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมและการให้บริการ เป็นต้น

แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

1.กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวในระดับสูง ได้แก่ พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน

2.กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มทางสังคมอื่น

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทบทวนครอบคลุมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาอันได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1) **ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม** หมายถึง คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในครอบครัว/ชุมชน สถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบันของตนเองและคู่สมรส รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือ การใช้ยาต้านไวรัสในอดีต

เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่สังคมจะยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของสองเพศแตกต่างกันด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพศหญิงจะรับประทานยาสม่ำเสมอกว่าเพศชาย แต่ การศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ตามไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.2 และเพศหญิง ร้อยละ 41.8 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน และ การศึกษาของ ไพรมายด์ บิณทจิตร (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่าเพศไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจาก เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายต่างก็ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจเหมือนกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศ

ชายต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลตากสิน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน และ ธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล และคณะ (2550) ที่ศึกษาผลของการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในประเทศไทย พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทางด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem :1985 อ้างใน ภทริดา เอกบรรณสิงห์ ,2550:61) สอดคล้องกับการศึกษาของภทริดา เอกบรรณสิงห์ (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพบก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ การศึกษาของทิศย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ ไพรมาลัย บิณฑจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่าอายุไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้จากการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปีมีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส น้อยที่สุด สอดคล้องกับธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล และคณะ (2550) ที่ศึกษาผลของการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในประเทศไทย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวย

ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค แผนการรักษา รวมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไม่เข้าใจถึงประโยชน์ ความจำเป็นในสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตจึงละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส และกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์และต่อเนื่องดีที่สุด แต่ การศึกษาของ ไพรมายต์ บินทิจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาค่ำก็มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเป็นอย่างดี จากข่าวสารทางสื่อต่างๆ ประกอบกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเป็นรายๆไปทำให้ได้รับความเข้าใจที่ถูกต้อง และการศึกษาของธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล และคณะ (2550) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษา มีโอกาสในการมีค่าความสมบูรณ์ในการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไปจำนวน 2.3 เท่า

อาชีพ การศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำอาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน (รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ งานบริษัท รับจ้าง) หรือไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน (ไม่มีอาชีพ งานบ้าน ค้าขาย) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ไพรมายต์ บินทิจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ การศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอว่าผู้ป่วยที่มีภาระงานต้องรับผิดชอบ และคล้ายกับการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ที่พบว่า อาชีพรับจ้างมีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการ

รับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพ ว่างาน และผู้ป่วยที่ประกอบกิจการส่วนตัวมีพฤติกรรมการกินยาที่ไม่ดีน้อยที่สุด แต่การศึกษาของธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล และคณะ (2550) พบว่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพมีโอกาสในการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 2.6 เท่า

รายได้ การศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากกลุ่มที่มีรายได้น้อยก็จะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามแบบแผนได้ส่งให้ไม่เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ ไพรมายณ์ บินทจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คนพบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะมีรายได้สูงหรือต่ำก็ไม่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แต่มีการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ที่พบว่า การมีรายได้สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547)พบว่า ร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร ตูลาทอง (2548) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์

สถานภาพสมรส การศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ไม่มีผลทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองแตกต่างกันเช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คนที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรมายณ์ บินทจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คนพบว่าพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

มีสถานภาพอยู่เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของ ต่างๆ ไม่แตกต่างกัน

บทบาทหน้าที่ในชมรม การศึกษาของกึ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่พักอาศัยอยู่ใน คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระยะของ พบว่า กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 92 เนื่องจากมีความภูมิใจในความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและมีบทบาทในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ของศูนย์ฯ

อาการเจ็บป่วยของตนเองก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การศึกษาของ ไปรมาชาติ บินทิจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการมากน้อยเพียงใด หรืออยู่ในระยะการดำเนินของโรคในระยะใด ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มตัวอย่าง 110 คน ที่พบว่าการแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ การศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่าการแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงของโรคมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย

ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ การใช้ยาต้านไวรัสในอดีต อาการอันไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction) ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงมากมาย ทั้งที่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และที่รุนแรง เช่น ผื่นแพ้ยาแบบ Steven Johnson Syndrome หรือ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) อาการ ดับอึกเสบ Lactic Acidosis, lipodystrophy และตับอ่อนอักเสบ (แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ,2549/2550) เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นผลลบ ทำให้ผู้ป่วยกลัวและไม่กล้าใช้ยาต่อไปจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 37 ปฏิเสธการใช้ยาเนื่องจาก lipodystrophy จากการใช้ยาในกลุ่ม Protease Inhibitor (PI) นอกจากนี้การใช้ยาแบบผสม ที่มี PI เป็นส่วนประกอบจะทำให้ผู้ป่วยเกิด lipodystrophy ได้ร้อยละ 30-60 ซึ่งหากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัว ไม่กล้าใช้ยา และหยุดยาในที่สุด นอกจากนี้ วันทนา มณีสรีวงศ์กุล และ คณะ(2547)

พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียง โดยเฉพาะ อาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในงานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ บทบาทหน้าที่ในชมรม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ แต่บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และยังมีการศึกษาน้อยในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อในชมรม นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในแง่ระยะการดำเนินของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ แต่การศึกษาในแง่มุมมองของอาการเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการกินยาต้านไวรัสในอดีต หรือ จุดเปลี่ยนของการตัดสินใจขอรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังไม่ชัดเจนและมีการศึกษาน้อย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พิจารณานำปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม อาการเจ็บป่วยของตนเองก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ การใช้ยาต้านไวรัสในอดีต มาเป็นปัจจัยในการศึกษาเพื่อค้นหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเพชรบุรีในครั้งนี้

2) ความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ และวิธีการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เช่น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือรู้สึกแสบโดยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่มีการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การศึกษาของพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์เมื่อคงสถานะการตั้งครรภ์ต่อ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย และการบำรุงสุขภาพ เช่น มีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะซื้อยารับประทานเองใน

ลักษณะที่มักเกิดความจำเป็นหรือใช้ยาผิดประเภทและยาอันตราย และปฏิเสธยาจำพวกธาตุเหล็กที่ทางโรงพยาบาลสั่งจ่ายให้เนื่องจากรับประทานแล้วมีอุจจาระสีดำ และเข้าใจว่าเป็นยาที่ทำให้เลือดปนออกมากับอุจจาระจนร่างกายซีด เชื่อว่าธาตุเหล็กเป็นต้นเหตุที่ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยหรือเชื่อว่าเป็นยาที่มีคุณภาพต่ำไม่ได้มาตรฐานและราคาถูกมากน่าจะเอาไว้อแจกผู้ป่วยอนาถา ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการรับประทานยาจากโรงพยาบาลและไปซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากไม่ได้รับความรู้และการอธิบายรายละเอียดให้ทราบเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาและโทษของการซื้อยากินเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ที่ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ โดยพบว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรคเอดส์ ยาต้านไวรัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ในด้านลบ แต่ ความรู้ในเรื่อง โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นความรู้เบื้องต้นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ควรทราบยังมีการศึกษาน้อย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำความรู้เรื่องยาต้านไวรัส โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม มาร่วมในการศึกษานี้ด้วย

3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 2003 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2548:59) สอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท วงษานุตร(2539) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น อาสาช่วยดูแลผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ที่สุขภาพไม่แข็งแรง รวมทั้งการได้ทำงานที่ตนถนัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแสดงความสามารถที่ตนมีอยู่ ทำให้มีรายได้จากการทำงาน ส่งผลให้รู้สึกว่าคุณค่ามีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อไปได้อีก และ การศึกษาของกิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่พักอาศัยอยู่ใน คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 92 เนื่องจากมีความภูมิใจในความสามารถช่วยเหลือ

ตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและมีบทบาทในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ของศูนย์ฯ นอกจากนี้ Raweewan Phongphuthachat (2005) ได้ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 36 ราย โดยใช้โปรแกรม SEPADA พบว่าการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้ดีขึ้น (จาก Non HAART ร้อยละ 72.2 เหลือ ร้อยละ 11.1)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทางด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านลบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษารุ่นนี้

3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึงปัจจัยภายนอกของบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและชุมชน ที่มีผลเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

การสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและกรรมการชุมชน

การศึกษาของมารยาท วงษานุตร(2539) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเองมีคนที่ยรักและเห็นคุณค่า ช่วยเสริมให้มีความมั่นใจทางจิตใจ มองสถานการณ์ต่างๆ ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ดีเช่นเดียวกับ การศึกษาของกิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่พักอาศัยอยู่ใน คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง และการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลดำรงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

การศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส เอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืม

รับประทายาโดยญาติ/ผู้ดูแล เช่นเดียวกับ Somchit Tulathong (2004) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อาจมาจากทั้งผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และ บุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่าหากผู้ป่วยปิดบังไม่ให้บุคคลอื่น โดยเฉพาะคนในครอบครัวรู้ จะก่อให้เกิดปัญหาได้แก่ การหลบๆ ซ่อนๆ เมื่อรับประทายาต้องซ่อนยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ให้ใครเห็น ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับประทายาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและไม่แสดงอาการตำหนิหรือรังเกียจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และให้ความร่วมมือในการรับประทายาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มาจาก บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ จะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ แต่การศึกษาอิทธิพลของชมรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ดังเช่นชมรมต่างๆ ในจังหวัดเพชรบุรี ยังมีไม่มากนัก และเนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำเอาการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว สมาชิกในชมรม และกรรมการชมรม มารวมในการศึกษารั้งนี้ด้วย

ความสามารถในการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

ความสามารถของผู้ป่วยโรคเอดส์ในการเข้าถึงการบริการแบบต่างๆ เช่น การหาได้ง่าย ค่าใช้จ่ายถูก ความสะดวก มีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึง ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มีการบริการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาต้านไวรัส เหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับประทายาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ คณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์รับประทายาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ แต่ในแง่มุมมองของเหตุผลด้านอื่นเช่น เหตุผลที่เลือกใช้บริการ ความต่อเนื่อง

สม่ำเสมอของผู้รับบริการและผู้ให้บริการยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจนำเอาความสามารถในการเข้าถึงการบริการมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ติดเชื้อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล คนในครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถดูแลตนเองได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น

และจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้พอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านต่างๆที่นำมาศึกษาในการวัดพฤติกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว สมาชิกในชมรมและกรรมการชมรม รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงการบริการ ชมรมว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรีหรือไม่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ด้าน คือ การรับประทานยาต้านไวรัส และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเพชรบุรี

1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจศึกษาแบบตัดขวาง (Cross – Sectional Survey Research) รวบรวมข้อมูลปริมาณและข้อมูลคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์

2 ประชากรและขนาดตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมและสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมเฟื่องฟ้า โรงพยาบาลเขาย้อย ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มสู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ ชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม กลุ่มชมพู่หวาน โรงพยาบาลบ้านลาด กลุ่มทานตะวัน โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง และ กลุ่มนกเงือก โรงพยาบาลแก่งกระจาน

2.2 ขนาดตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างเมื่อต้องการการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (วิลเลียม กุสลาวิชญ์กุล, 2549 : 45-67)

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha/2 pq}{d^2}, \quad n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

n_0 = ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 1,793 คน

α = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริงกำหนดให้เท่ากับ 0.05 ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$

p = ค่าประมาณของค่าสัดส่วนของสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรีที่กินยาต้านไวรัส ถูกต้องและตรงเวลาได้จากการสำรวรนำร่องโดยผู้วิจัยเท่ากับร้อยละ 51

$q = 1 - p = 0.49$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ กำหนดให้เท่ากับ 12.5% ของ p ดังนั้นได้ค่าเท่ากับ $0.51 \times 0.125 = 0.064$

แทนค่าในสูตร

$$n_0 = \frac{(1.96)^2(0.51)(0.49)}{(0.064)^2} = 236.45$$

$$n = \frac{236.45}{1 + \frac{236.45 - 1}{1,793}} = 209.24$$

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องไม่น้อยกว่า 210 คน สำหรับการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) คัดเลือกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งประกอบด้วยชมรมและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จำนวน 8 แห่ง ซึ่งให้บริการใน 2 ลักษณะคือ ศูนย์บริการแบบองค์รวมและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยชมรมหรือกลุ่มที่ให้บริการในลักษณะศูนย์บริการแบบองค์รวมมี 4 แห่ง ได้แก่

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| - ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า | มีสมาชิกจำนวน 794 คน |
| - ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่าสาย | มีสมาชิกจำนวน 320 คน |
| - ชมรมเฟื่องฟ้า โรงพยาบาลเขาชัย | มีสมาชิกจำนวน 107 คน |
| - กลุ่มชมพู่หวาน โรงพยาบาลบ้านลาด | มีสมาชิกจำนวน 78 คน |

ชมรมหรือกลุ่มที่ให้บริการในลักษณะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 4 แห่ง ได้แก่

- ชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม มีสมาชิกจำนวน 229 คน
- กลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ มีสมาชิกจำนวน 188 คน
- กลุ่มนกเงือก โรงพยาบาลแก่งกระจาน มีสมาชิกจำนวน 50 คน
- กลุ่มทานตะวัน โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง มีสมาชิกจำนวน 27 คน

จากชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้ง 8 แห่ง คัดเลือกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนสมาชิกมากที่สุด 2 อันดับ โดยคัดเลือกชมรมที่เป็นศูนย์บริการแบบองค์รวม 2 ศูนย์และกลุ่มผู้ติดเชื้อ 2 กลุ่ม คือ ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง ชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม และกลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ

2) กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชมรมหรือกลุ่ม ที่คัดเลือกเป็นตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้งหมด จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชนหรือกลุ่มดังนี้

	ชมรม/กลุ่ม	จำนวนสมาชิก	จำนวนตัวอย่าง
1	ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	794	111
2	ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง	320	40
3	กลุ่มตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม	229	33
4	กลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ	188	26
	รวม	1324	210

3) การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกตามรายชื่อสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ หากสมาชิกท่านใดไม่อยู่ในวันสัมภาษณ์จะถูกคัดออกและเลือกใหม่ทดแทนจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ

1. เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และ ชาย
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล
5. สัมภาษณ์ ยินยอมให้ข้อมูลหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโครงการวิจัยและได้ลงลายมือ

ชื่อในการยินยอมตนในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ

1. ผู้ยินยอมคนไม่อยู่ในพื้นที่ในวันรวบรวมข้อมูลและไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ในช่วงของการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือตอบแบบสอบถาม ไม่สะดวก รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจระหว่างการสัมภาษณ์ หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาของการสัมภาษณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ประกอบด้วย คำถามหลัก 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ ประสบการณ์การใช้ยาต้านไวรัสในอดีต รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงการบริการของชมรม

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วย 2 คำถามหลัก ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการไม่รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น

คะแนนรวมของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เท่ากับ 126 คะแนน ในการแบ่งระดับคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับเป็น 3 ระดับคือ ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 – 80 จัดอยู่ในระดับพอใช้ และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จากคะแนนเต็ม 126 คะแนนสามารถจัดเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

คะแนน ≥ 102 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ระดับดี
คะแนน 77 – 101 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ระดับพอใช้
คะแนน ≤ 76 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ระดับต้องปรับปรุง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส เท่ากับ 76 คะแนน ในการแบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสโดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับเป็น 3 ระดับ

คือ ช่วงของคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 – 80 จัดอยู่ในระดับพอใช้ และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จากคะแนนเต็ม 76 คะแนนสามารถจัดเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

คะแนน ≥ 62 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ระดับดี

คะแนน 46-62 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ระดับพอใช้

คะแนน ≤ 45 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ระดับต้องปรับปรุง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มเท่ากับ 50 คะแนน ในการแบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มโดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับ เป็น 3 ระดับ คือ ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 – 80 จัดอยู่ในระดับพอใช้ และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จากคะแนนเต็ม 50 คะแนนสามารถจัดเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

คะแนน ≥ 45 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอยู่ระดับดี

คะแนน 31 - 44 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอยู่ระดับพอใช้

คะแนน ≤ 30 คะแนน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอยู่ระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการรับประทายาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

คะแนนความเชื่อมั่นการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 50 คะแนน ในการแบ่งเป็นระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับเป็น 4 ระดับคือ ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 60 – 80 จัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41 – 60 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 จัดอยู่ระดับต่ำ และน้อยกว่าร้อยละ 21 จัดอยู่ในระดับต่ำมาก จากคะแนนเต็ม 50 คะแนนสามารถจัดเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

คะแนน ≥ 41 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับสูงมาก

คะแนน 31-40 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับสูง

คะแนน 21-30 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับปานกลาง
คะแนน 11-20 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับต่ำ
คะแนน ≤ 10 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือสมาชิกชมรมและกรรมการ ชมรม ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
2. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกรรมการชมรมหรือกรรมการกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มของกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือ สมาชิกชมรมและกรรมการชมรมเท่ากับ 70 คะแนน ในการแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือ สมาชิกชมรมและกรรมการชมรมโดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับเป็น 4 ระดับคือ ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60 – 80 จัดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41 – 60 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 จัดอยู่ในระดับน้อย และน้อยกว่าร้อยละ 21 จัดอยู่ในระดับน้อยที่สุด จากคะแนนเต็ม 70 คะแนนสามารถจัดเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

คะแนน ≥ 57 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับดีมาก
คะแนน 43-56 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับดี
คะแนน 29-42 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง
คะแนน 16-28 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับน้อย
คะแนน ≤ 15 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 2 ด้านหลัก คือ

1. การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. การป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและการแพร่กระจายเชื้อ

3.2. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจากตำรา ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง และจากคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
3. สร้างข้อคำถามแบบสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของภาษาก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ
5. นำเครื่องมือไปทดสอบกับสมาชิกชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จำนวน 20 คน จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแต่ละหมวด ดังนี้
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่มจำนวน 11 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.83
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือ สมาชิกชมรมและกรรมการชมรม จำนวน 14 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.61
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองจำนวน 10 ข้อ มีความเที่ยง 0.87

4. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมทางการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมากเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ในการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แนบใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการไปพร้อมกับแบบสัมภาษณ์ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการศึกษา วิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ และคำชี้แจงที่แสดงว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทำวิจัยในมนุษย์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH2012-108 รหัสโครงการ 37/2553

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร
2. กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และมีสิทธิหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆต่อผู้ยินยอมตน
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล การเผยแพร่ข้อมูลในระดับหน่วยงาน จะเป็นการเผยแพร่เป็นข้อสรุปทางวิชาการและได้รับความยินยอมจากผู้บริหารหน่วยงานนั้นๆ
4. ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเป็นภาษาไทยและได้ระบุชื่อ สถานที่ติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถติดต่อผู้วิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ต้องการข้อมูลหรือคำอธิบายเพิ่มเติม

5. ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งซึ่งเป็นที่ตั้งของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้แก่
 - ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า อำเภอมะนังเพชรบุรี
 - ชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม
 - กลุ่มสู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ
 - ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง อำเภوتاยาง
2. ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ แกนนำชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือและการสนับสนุน โดยในการศึกษครั้งนี้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลมได้เนื่องจาก คณะกรรมการชมรม ไม่สมัครใจให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง และกลุ่มสู้ชีวิต โรงพยาบาลชะอำ ให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและการดำเนินงานของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ และสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ แกนนำชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ และสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ระยะที่ 2 ผู้ทำวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่สถานที่ตั้งของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยเข้าพบผู้ติดเชื้อ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการปกปิดข้อมูลให้เป็นความลับและขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้จัดเตรียมไว้

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้วิจัยทบทวน ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยตรวจสอบการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ หลังจากนั้นนำไปประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดดังนี้

6.1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

- 1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ
- 2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละและจัดระดับ
- 3) ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือ สมาชิกชมรม หรือชมรม และความสามารถในการเข้าถึงการบริการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละและจัดระดับ
- 4) ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ

6.2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

- 1) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์โดยใช้สถิติ เพียร์สัน ไค- สแควร์ (Pearson Chi-Square tests)

2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเข้าถึงการบริการชมรม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีของชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง และกลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ โดยการสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยที่กำหนดไว้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการนำเสนอได้เป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติ เพียร์สันไค-สแควร์ (Pearson Chi-Square tests) และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือ สมาชิกชมรมหรือกรรมการชมรมและความสามารถในการเข้าถึงการบริการชมรมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม

คุณลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.4 มีอายุตั้งแต่ 25-61 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 38.8 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี ร้อยละ 39.6 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 26.6 อายุ 41-45 ปี ร้อยละ 23 อายุ 46-50 ปี ร้อยละ 23.0 และอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.2 มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 39.7 แต่งงานและร้อยละ 17.1 โสด โดยผู้นำครอบครัวคือ ตนเองร้อยละ 42.3 บิดาร้อยละ 25.7 สามีหรือภรรยาร้อยละ 16.7 มารดาร้อยละ 12.6 มีเพียงร้อยละ 2.7 เท่านั้นที่มีพี่หรือน้องเป็นผู้นำครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.7 และมีเพียงร้อยละ 7.2 เท่านั้นที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.9 และมีผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 7.7 โดยพบว่า รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 39.6 มีเพียงร้อยละ 6.8 เท่านั้นที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทและมีรายได้ไม่แน่นอนมากถึงร้อยละ 14.4 แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.2 และไม่แน่นอน ร้อยละ 1.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	39.6
หญิง	134	60.4
อายุ		
< 35 ปี	59	26.6
36-40 ปี	88	39.6
41-45 ปี	51	23.0
46-50 ปี	13	5.8
> 50 ปี	11	5.0
x=38.8 ปี Min = 25 ปี Max = 61 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	38	17.1
แต่งงาน	88	39.7
- มีลูก	61	69.3
- ไม่มีลูก	27	30.7
หม้าย/หย่า/แยก	96	43.2
- มีลูก	80	83.3
- ไม่มีลูก	16	16.7
ผู้นำครอบครัว		
บิดา	57	25.7
มารดา	28	12.6
ตนเอง	94	42.3
สามี/ภรรยา	37	16.7
พี่น้อง	6	2.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	120	54.1
มัธยมศึกษา	86	38.7
สูงกว่ามัธยมศึกษา	16	7.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	7.7
รับจ้าง	113	50.9
เกษตรกร	32	14.4
ค้าขาย	51	23.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	4.1
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
< 5,000 บาท	88	39.6
5,001-10,000 บาท	73	32.9
10,001-15,000 บาท	14	6.3
> 15,000 บาท	15	6.8
ไม่แน่นอน	32	14.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	111	50.0
ไม่เพียงพอ	107	48.2
ไม่แน่นอน	4	1.8

ด้านบทบาทหน้าที่ในชมรมนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.5 เป็นสมาชิกในชมรม และร้อยละ 4.5 เป็นกรรมการชมรม กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมตั้งแต่ 1 เดือน – 11 ปี เฉลี่ย 4 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม 1.1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.2 และมีมากถึงร้อยละ 17.5 ที่มีระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมมากกว่า 5 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ในชมรม และระยะเวลาที่เป็นสมาชิกชมรม

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
บทบาทหน้าที่ในชมรม		
กรรมการชมรม	10	4.5
สมาชิกชมรม	212	95.5
ระยะเวลาการเข้าเป็นสมาชิกชมรม		
<1 ปี	46	20.7
1.1-2 ปี	47	21.2
2.1-3 ปี	32	14.4
3.1-4 ปี	21	9.5
4.1-5 ปี	37	16.7
>5 ปี	39	17.5
X= 4ปี Min=1 เดือน Max=11 ปี		

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 1 เดือน- 19 ปีเฉลี่ย 6.4 ปีส่วนใหญ่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 44.6) โดยมีการเปิดเผยผลเลือดให้คนในครอบครัวทราบมากถึงร้อยละ 94.6 มีเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้นที่ยังไม่เปิดเผยผลเลือดให้บุคคลในครอบครัวทราบ และอาการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 48.2 มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง ร้อยละ 14 แต่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากถึงร้อยละ 37.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว และการเจ็บป่วยก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ		
<1 ปี	20	9.0
1.1-2 ปี	31	13.9
2.1-3 ปี	24	10.8
3.1-4 ปี	23	10.3
4.1-5 ปี	25	11.2
>5 ปี	99	44.6
X= 6.4ปี Min=1 เดือน Max=19 ปี		
การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว		
เปิดเผย	210	94.6
ไม่เปิดเผย	12	5.4
อาการเจ็บป่วยก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	107	48.2
มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	84	37.8
มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง	31	14.0

ด้านระยะเวลาการที่รับยาต้านไวรัส พบว่ามีผู้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 เดือน-11ปี เฉลี่ย 3.6 ปี ซึ่งส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมา 1.1-2 ปี ร้อยละ 21.2 และมีผู้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 16.2 เมื่อรับยาต้านไวรัสแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การแพ้ยา ร้อยละ 32.9 ไม่เคยแพ้ยา ร้อยละ 67.1 และเมื่อมีอาการแพ้ยา ร้อยละ 86.3 ปฏิกิริยาแพทย์ แต่ยังมี ร้อยละ 8.2 ที่หาซื้อยากินเอง และ ร้อยละ 5.5 ที่ฝืนกินยาต่อจนอาการแพ้หายไป ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส		
< 1 ปี	43	19.4
1.1-2 ปี	47	21.2
2.1-3 ปี	36	16.2
3.1-4 ปี	24	10.8
4.1-5 ปี	36	16.2
> 5 ปี	36	16.2
X= 3.6 ปี Min=1 เดือน Max=11 ปี		
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส		
ไม่เคย	149	67.1
เคย	73	32.9
- ปฏิกิริยาแพทย์	63	86.3
- ซื้อยากินเอง	6	8.2
- ฝืนกินยาต่อจนหาย	4	5.5

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.5 ไปขอรับการตรวจเลือดเองโดยเหตุผลที่ไปขอรับการตรวจเองส่วนใหญ่ร้อยละ 18.93 เนื่องจากสามีคิดเชื้อ ไปฝากครรภ์ ร้อยละ 15.1 มีเพียงร้อยละ 7.6 เท่านั้นที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยแต่ไปขอรับการตรวจเอง ที่เหลือเจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจ ร้อยละ 40.5 เนื่องจากอ่อนเพลีย มีไข้เรื้อรัง ร้อยละ 47.8 สามีเสียชีวิต ร้อยละ 30 ตั้งครรภ์ ร้อยละ 21.1 และถูกเข็มตำร้อยละ 1.1 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ไปขอรับการตรวจเอง	132	59.5
เจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจ	90	40.5
เหตุผลที่ไปขอรับการตรวจเอง (n=132)		
สามีคิดเชื้อ	25	18.9
ไปฝากครรภ์	20	15.1
มีอาการท้องเสียเรื้อรัง	20	15.1
มีไข้เรื้อรัง	17	12.9
น้ำหนักลด	12	9.1
มีอาการผอม.ผมร่วง	12	9.1
มีตุ่มคัน, ผิวหนังอักเสบ	11	8.4
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	10	7.6
มีเชื้อราในปาก	5	3.8
เหตุผลที่เจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจ (n=90)		
มีไข้เรื้อรัง, อ่อนเพลีย	43	47.8
สามีเสียชีวิต	27	30.0
ตั้งครรภ์	19	21.1
เข็มตำ	1	1.1

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมากถึงร้อยละ 72.5 มีเพียงร้อยละ 27.5 เท่านั้นที่ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสคือ ที่พบมากที่สุด ไข้เรื้อรัง ร้อยละ 31.5 รองลงมาคือ ผิวหนังอักเสบ ร้อยละ 31.1 เชื้อราในปาก ร้อยละ 30.6 วัณโรค ร้อยละ 23.9 ปอดอักเสบ ร้อยละ 22.1 ถ่ายอุจจาระเรื้อรัง ร้อยละ 19.8 เชื้อราในสมอง ร้อยละ 3.2 และชาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส

	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส		
ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย	61	27.5
มีประสบการณ์เจ็บป่วย	161	72.5
(มีประสบการณ์มากกว่า 1 อย่าง)		
- ไข้เรื้อรัง	70	31.5
- ผิวหนังอักเสบ	69	31.1
- เชื้อราในปาก	68	30.6
- วัณโรค	53	23.9
- ปอดอักเสบ	49	22.1
- ถ่ายอุจจาระเรื้อรัง	44	19.8
- เชื้อราในสมอง	7	3.2
- ชาปลายมือ/ปลายเท้า	4	1.8

นอกเหนือจากการรับประทานยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการดูแลตนเองในรูปแบบอื่นถึงร้อยละ 83.8 ได้แก่ การออกกำลังกาย ร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่ใช้วิธีวิ่งหรือเดิน ร้อยละ 48.8 การทำจิตใจให้สงบร้อยละ 59 ส่วนใหญ่เป็นการทำจิตใจให้สงบหรือปลง ร้อยละ 51.9 และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 83.5 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการดูแลตนเองนอกเหนือจากการกินยาต้านไวรัส

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
วิธีการดูแลตนเองนอกเหนือจากการกินยาต้านไวรัส		
ไม่มี	36	16.2
มี	186	83.8
การออกกำลังกาย (n= 164)		
ไม่มี	58	26.1
มีวิธีออกกำลังกาย(ปฏิบัติได้มากกว่า1วิธี)	164	73.9
- วิ่งหรือเดิน	80	48.8
- ทำงานบ้าน	65	39.6
- เต้นแอโรบิค	12	7.3
- ปั่นจักรยาน	6	3.7
- ว่ายน้ำ	1	0.6
การทำจิตใจให้สงบ (n= 129)		
ไม่มี	91	41.0
มีวิธีทำจิตใจให้สงบ(ปฏิบัติได้มากกว่า 1 วิธี)	129	59.0
- ทำจิตใจให้สงบ/ปลง	67	51.9
- สวดมนต์	37	28.7
- นั่งสมาธิ	22	17.1
- ทำบุญตักบาตร	3	2.3
การเลือกรับประทานอาหาร (n= 133)		
ไม่มี	87	39.2
มีวิธีเลือกอาหาร	133	60.8
- กินอาหารครบ 5 หมู่	111	83.5
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์	22	16.5

ด้านการเข้าเป็นสมาชิกชมรม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.8 ตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกชมรมด้วยตนเอง และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.2 มีผู้แนะนำ ซึ่งผู้แนะนำส่วนใหญ่ร้อยละ 55.1 คือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สำหรับเหตุผลที่ตัดสินใจเข้าชมรม ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.5 เนื่องจากสามารถรับยาต้านไวรัสได้สะดวกและมีเพื่อนคอยรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ เมื่อเข้ามาในชมรมแล้ว การบริการที่สมาชิกทุกคนได้รับจากชมรมคือ การให้ความรู้และ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ร้อยละ 100 การเปลี่ยนแปลงหลังจากเข้าชมรม ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ได้รู้จักพูดคุยกับเพื่อนผู้คิดเชื่อด้วยกัน การกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีการเปิดเผยผลเลือดมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเป็นสมาชิกชมรม เหตุผลที่ตัดสินใจ บริการที่ได้รับ และผลจากการเข้าเป็นสมาชิก

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ตัดสินใจด้วยตนเอง	64	28.8
มีผู้แนะนำ	158	71.2
-เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	87	55.1
-ผู้ติดเชื้อที่เป็นแกนนำ	41	25.9
-ผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช่แกนนำ	21	13.3
-เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาสังคม	5	3.2
-ญาติผู้ติดเชื้อ	4	2.5
เหตุผลที่ตัดสินใจเข้าชมรม		
-รับยาได้สะดวกและมีเพื่อนรับฟัง		
ปัญหา ให้กำลังใจ	103	46.5
-รับยาได้สะดวก	86	38.7
-มีเพื่อนรับฟังปัญหาให้กำลังใจ	30	13.5
-เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำ	3	1.4

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเป็นสมาชิกชมรม เหตุผลที่ตัดสินใจ บริการที่ได้รับ และผลจากการเข้าเป็นสมาชิก (ต่อ)

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
การได้รับบริการจากชมรม		
-การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์	222	100.0
-การให้คำปรึกษา	124	55.9
-การเยี่ยมบ้าน	107	48.2
-การประสานส่งต่อผู้ป่วย	66	29.7
-การบริการด้านสวัสดิการ	65	29.3
การเปลี่ยนแปลงหลังจากเข้าชมรม		
- ได้รู้จัก พุดคุยกับเพื่อนที่ติดเชื้อ	24	10.8
- ภาวะสุขภาพดีขึ้น	17	7.7
- การกินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง	15	6.8
- มีการเปิดเผยผลเลือด	11	4.9
- การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดทุกข้อ	155	69.8

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.5 มีความรู้รวมเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับพอใช้ รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 34.7 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ โดยเมื่อจำแนกตามหมวดความรู้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับพอใช้ทั้งในด้านการรับประทานยาต้านไวรัส และการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ร้อยละ 64.9 และ ร้อยละ 70.7 ตามลำดับ แต่พบว่าความรู้ด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 13.5 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

	ดี		พอใช้		ต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้รวม	77	34.7	132	59.6	13	5.8
แยกตามหมวดความรู้						
-การรับประทานยา						
ต้านไวรัส	48	21.6	144	64.9	30	13.5
-การป้องกันการติดเชื้อ						
ฉวยโอกาส	52	23.5	157	70.7	13	5.8

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนเองก่อนเข้าชมรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 45.9) แต่หลังจากเข้าชมรมแล้วการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 78.8 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง

	ก่อนเข้าชมรม		หลังเข้าชมรม	
	จำนวน (n=222)	ร้อยละ	จำนวน(n=222)	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
สูงมาก	32	14.4	175	78.8
สูง	102	45.9	43	19.4
ปานกลาง	75	33.8	2	0.9
ต่ำ	13	5.9	2	0.9
ต่ำที่สุด	0	0.0	0	0.0

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 35.1 ปานกลาง ร้อยละ 5 และน้อย ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิก และกรรมการชมรม

	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม		
มากที่สุด	132	59.5
มาก	78	35.1
ปานกลาง	11	5.0
น้อย	1	0.5
น้อยที่สุด	0	0.0

ด้านอุปสรรคที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของชมรม แต่ยังมีร้อยละ 16.7 มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของชมรมได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางร้อยละ 32.4 ติดธุระเรื่องงานร้อยละ 29.7 กลัวคนสงสัยร้อยละ 18.7 รอนาน ร้อยละ 10.8 และเจ็บป่วยไม่สามารถมาได้ ร้อยละ 8.2 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อุปสรรคในการเข้าถึงบริการชมรม

	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
อุปสรรคในการเข้าถึงบริการชมรม		
ไม่มีอุปสรรค	185	83.3
มีอุปสรรคด้าน	37	16.7
-ค่าใช้จ่ายการเดินทาง	12	32.4
-ติดธุระเรื่องงาน	11	29.7
-กลัวคนสงสัย	7	18.9
-รอนาน	4	10.8
-เจ็บป่วย	3	8.2

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินยาตรงเวลา ร้อยละ 50.9 กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.2 กินยาครบทุกมื้อ ร้อยละ 96.4 กินยาครบทุกเม็ด ร้อยละ 98.6 แต่ยังมีพบกลุ่มตัวอย่างที่ลืมกินยา ร้อยละ 14.9 และหยุดกินยาเอง ร้อยละ 2.3 เมื่อลืมกินยา จะกินทันทีที่นึกได้ 32 คน และกินวันถัดไป 1 คน และเหตุผลที่หยุดกินยาเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว 2 คน มีอาการแพ้ยามากจนทนไม่ไหวจึงหยุดกินยาเอง 1 คน และย้ายที่ทำงานไปอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถมารับยาต่อเนื่องได้จึงต้องหยุดยา 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

การกินยา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	หลายครั้ง
กินยาไม่ตรงเวลา	113 (50.9)	104 (46.8)	5 (2.3)
กินยาไม่ต่อเนื่อง	207 (93.2)	13 (5.9)	2 (0.9)
กินยาไม่ครบมื้อ	214 (96.4)	7 (3.2)	1 (0.4)
กินยาไม่ครบเม็ด	219 (98.6)	3 (1.4)	0 (0.0)
ลืมกินยา	189 (85.1)	31 (14)	2 (0.9)
หยุดกินยาเอง	217 (97.7)	4 (1.8)	1 (0.5)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.1 มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มโดยวิธีที่เลือกใช้ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 92.9 การไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.1 การป้องกันไม่ให้ผู้อื่นสัมผัสบาดแผล ร้อยละ 17.2 และการไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 15.4 แต่ยังพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 23.9 ที่ไม่มีวิธีการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

วิธีการ	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม		
ไม่มี	53	23.9
มีวิธีการป้องกัน (สามารถปฏิบัติได้มากกว่า 1 วิธี)	169	76.1
- ใช้ถุงยางอนามัย	157	92.9
- ไม่มีเพศสัมพันธ์	56	23.1
- ป้องกันการสัมผัสบาดแผล	29	17.2
- ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	26	15.4

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรม

การดูแล ตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรม

การรับประทานยาต้านไวรัส

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ดังแสดงในตารางที่ 15 พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.304$) โดยร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพศชาย ร้อยละ 89.8 เพศหญิง ร้อยละ 94.0

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.574$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ อายุ 36-40 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 93.2 แต่กลุ่มอายุ 46-50 ปีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด ร้อยละ 100.0

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.60$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุดคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 94.2

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.283$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 92 แต่อาชีพที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพค้าขาย ร้อยละ 98.0

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.265$) โดยรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 5,000 บาทมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 96.6 และกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.002$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ หม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุดร้อยละ 96.9

บทบาทหน้าที่ในชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.351$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 92 แต่กลุ่มกรรมการชมรมจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าคือ ร้อยละ 100

อาการเจ็บป่วยก่อนรับการยาด้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาด้านไวรัส ($p=0.268$) โดยพบว่า กลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสมากที่สุดคือ กลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 95.3

ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาด้านไวรัส ($p=0.164$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสมากที่สุด คือกลุ่มที่มีประสบการณ์ได้รับอาการข้างเคียงจากยา ร้อยละ 95.9

ประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาด้านไวรัส ($p=0.047$) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสมากที่สุด คือ ร้อยละ 55.9

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ปัจจัย	พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส		Chi-Square Test	
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ	χ^2	p
เพศ				
ชาย	79(89.8)	9(10.2)	1.361	0.304
หญิง	126(94.0)	8(6.0)		
อายุ				
< 35 ปี	52(88.1)	7(11.9)	2.902	0.574
36-40 ปี	82(93.2)	6(6.8)		
41-45 ปี	48(94.1)	3(5.9)		
46-50 ปี	13(100.0)	0(0.0)		
> 60 ปี	10(90.9)	1(9.1)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	110(91.7)	10(8.3)	1.021	0.600
มัธยมศึกษา	81(94.2)	5(5.8)		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	14(87.5)	2(12.5)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14(82.4)	3(17.6)	5.040	0.283
รับจ้าง	104(92.0)	9(8.0)		
เกษตรกรรวม	29(90.6)	3(9.4)		
ค้าขาย	50(98.0)	1(2.0)		
รับราชการ	8(88.9)	1(11.1)		
รายได้				
< 5,000 บาท	85(96.6)	3(3.4)	3.967	0.265
5,001-10,000 บาท	65(89.0)	8(11.0)		
10,001-15,000 บาท	13(92.9)	1(7.1)		
> 15,000 บาท	10(89.4)	5(10.6)		
ไม่แน่นอน	25(78.1)	7(21.9)		

ปัจจัย	พฤติกรรมการรับประทานยา ต้านไวรัส		Chi-Square Test	
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ	χ^2	P
สถานภาพสมรส				
โสด	30(78.9)	8 (21.1)	13.519	0.002
แต่งงาน	82(93.2)	6(6.8)		
หม้าย/หย่า/แยก	93(96.9)	3(3.1)		
บทบาทหน้าที่ในชมรม				
กรรมการชมรม	10(100)	0(0)	0.868	0.351
สมาชิก	195(92)	17(8)		
อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส				
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	102(95.3)	5(4.7)	2.637	0.268
มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	75(89.3)	9(10.7)		
มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง	28(90.3)	3(9.7)		
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส				
ไม่มี	135(90.6)	14(9.4)	1.936	0.164
มี	70(95.9)	3(4.1)		
การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส				
ไม่มี	25(41.0)	36(59.0)	3.943	0.047
มี	90(55.9)	71(44.1)		

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรมกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กันแต่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ ในทิศทางเดียวกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ปัจจัย	Pearson Correlation (r)	p
ความรู้	0.027	0.690
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.133	0.049
การสนับสนุนทางสังคม	0.197	0.003
ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม	0.008	0.911

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ดังแสดงในตารางที่ 17

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.333$) โดยร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม เพศชาย ร้อยละ 79.5 เพศหญิง ร้อยละ 73.9

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.212$) กลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ อายุ 36-40 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 70.5 แต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดร้อยละ 100.0 คือ กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 46- 50 ปี

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.223$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 74.2 แต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดร้อยละ 93.8 คือ กลุ่มจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.556$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างและมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 71.7 แต่อาชีพที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพรับราชการ ร้อยละ 88.9

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.349$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทและมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 76.1 แต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดคือ รายได้ 10,00- 15,000 บาท ร้อยละ 93.3

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.375$) โดยร้อยละของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย หรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 71.9 แต่กลุ่มแต่งงานเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดร้อยละ 80.7

บทบาทหน้าที่ในชมรม ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.070$) โดยกรรมการชมรมมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม มากที่สุด คือร้อยละ 100.0

อาการเจ็บป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.268$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มร้อยละ 75.7 แต่กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดคือ ร้อยละ 87.1

ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.416$) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยาจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุด คือร้อยละ 79.5

ประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.009$) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุด คือร้อยละ 80.7

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม		Chi-Square Test	
	มี	ไม่มี	χ^2	p
เพศ				
ชาย	70(79.5)	18(20.5)	0.932	0.333
หญิง	99(73.9)	35(26.1)		
อายุ				
< 35 ปี	48(81.4)	11(18.6)	7.116	0.212
36-40 ปี	62(70.5)	26(29.5)		
41-45 ปี	38(74.5)	13(25.5)		
46-50 ปี	13(100.0)	0(0.0)		
> 60 ปี	8(70.6)	3(29.4)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	89(74.2)	31(25.8)	3.002	0.223
มัธยมศึกษา	65(75.6)	21(24.4)		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	15(93.8)	1(6.3)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13(76.5)	4(23.5)	3.009	0.556
รับจ้าง	81(71.7)	32(28.3)		
เกษตรกร	26(81.3)	6(18.8)		
ค้าขาย	41(80.4)	10(19.6)		
รับราชการ	8(88.9)	1(11.1)		
รายได้				
< 5,000 บาท	67(76.1)	21(23.9)	4.445	0.349
5,001-10,000 บาท	56(76.7)	17(23.3)		
10,001-15,000 บาท	11(78.6)	3(21.4)		
> 15,000 บาท	14(93.1)	1(6.7)		
ไม่แน่นอน	21(65.6)	11(34.4)		

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม		Chi-Square Test	
	มี	ไม่มี	χ^2	P
สถานภาพสมรส				
โสด	29(76.3)	9(23.7)	1.960	0.375
แต่งงาน	71(80.7)	17(19.3)		
หม้าย/หย่า/แยก	69(71.9)	27(28.1)		
บทบาทหน้าที่ในชมรม				
กรรมการชมรม	10(100.0)	0(0.0)	3.284	0.070
สมาชิก	159(75.0)	53(25.0)		
อาการเจ็บป่วยก่อนรับยาต้านไวรัส				
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	81(75.7)	26(24.3)	2.632	0.268
มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	61(72.6)	23(27.4)		
มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง	27(87.1)	4 (12.9)		
รุนแรง				
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส				
ไม่มี	111(74.5)	38(25.5)	0.662	0.416
มี	58(79.5)	15(20.5)		
การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส				
โอกาส			6.879	0.009
ไม่มี	39(63.9)	22(36.1)		
มี	130(80.7)	31(19.3)		

ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรมกับพฤติกรรมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ปัจจัย	Pearson Correlation (r)	p
ความรู้	0.193	0.004
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.037	0.581
การสนับสนุนทางสังคม	-0.002	0.975
ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม	0.137	0.041

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์และความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 222 คน จาก 2 ชมรม และ 1 กลุ่ม คือชมรมพัฒนาชีวิตโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมรุ่งอรุณโรงพยาบาลท่ายาง และ กลุ่มสู้เพื่อชีวิตโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลจากการศึกษาสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 44.6 โดยมีระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 19 ปี เฉลี่ย 6.4 ปี ในส่วนของการรับยาต้านไวรัส พบว่าส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมาแล้ว 1.1-2 ปี ร้อยละ 21.2 และมีผู้รับยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 16.2 โดยรับยามานานตั้งแต่ 1 เดือนถึง 11 ปี เฉลี่ย 3.6 ปี

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสรายประเด็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานยาครบเม็ด ร้อยละ 98.6 ไม่หยุดยาเอง ร้อยละ 97.7 รับประทานยาทุกมื้อ ร้อยละ 96.6 รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.2 ไม่ลืมกินยา ร้อยละ 85.1

พฤติกรรมการรับประทานยาที่ยังคงเป็นปัญหาคือมีผู้ที่รับประทานยาตรงเวลาเพียง ร้อยละ 50.9 และ ในกลุ่มผู้ลืมกินยามีเพียงส่วนน้อย (32 คน) ที่เมื่อลืมกินยาจะรีบกินทันทีที่นึกได้ หรือกินในวันถัดไป สำหรับผู้ที่หยุดกินยาเอง 5 คน พบว่ามี 2 คนที่หยุดกินยาเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว มี 1 คนที่มีอาการแพ้ยามากจนทนไม่ไหวจึงหยุดกินยาเอง และมี 2 คน ย้ายที่ทำงานไปอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถมารับยาต่อเนื่องได้จึงต้องหยุดยา

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันโรคเอดส์ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ต้องเสียชีวิตทุกรายก็ตาม แต่หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองเป็นอย่างดีก็จะสามารถชะลอการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตลงได้ จากการศึกษานี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนหนึ่งที่ยังมีปัญหาในเรื่องการกินยาไม่ครบเม็ด ลืมกินยาและหยุดกินยาเอง นอกเหนือจากการกินยาด้านไวรัส แล้ว ร้อยละ 83.8 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีวิธีการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย ร้อยละ 73.9 ไม่ว่าจะเป็นการวิ่ง เดิน ทำงานบ้าน เดินแอโรบิก ปั่นจักรยานหรือว่ายน้ำ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทุก 5 หมู่เพื่อบำรุงร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อตนเอง ร้อยละ 60.8 การทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียด ร้อยละ 59 เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

1.2 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 มีเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้นที่ต้องปรับปรุง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นและป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่มเพียงร้อยละ 76.1 ซึ่งส่วนใหญ่เลือกวิธีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันผู้อื่นสัมผัสบาดแผลตนเองหรือป้องกันตนเองสัมผัสบาดแผลผู้อื่น และการไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 23.9 ที่ไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.5 มีประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมาก่อน ทำให้มีความระมัดระวังตนเองมากขึ้น แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.5 ที่ไม่มีประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส คิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีจึงละเลยในการป้องกันตนเองซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยด้านบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และประสบการณ์การใช้ยาด้านไวรัสในอดีต มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส ประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ส่วนปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งกับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ซึ่งมีผลสรุปรายปัจจัย ดังนี้

สถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.002$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ($p=0.375$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุดร้อยละ 96.9 แต่กลุ่มโสดมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยที่สุดร้อยละ 78.9 การที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และมากกว่าร้อยละ 80.0 ของกลุ่มนี้มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยและมากกว่าร้อยละ 90.0 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรมในระดับมากถึงมากที่สุด

ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิตยัทยา หอมทรัพย์(2538) พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ไม่มีผลทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองแตกต่างกันเช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรมาลัย บิณทิจิตต์ (2544) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน

ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.047$) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ($p=0.009$) แสดงว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 เคยติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมาก่อน โดยเฉพาะการมีไข้เรื้อรัง ผิวหนังอักเสบ มีเชื้อราในปากและติดเชื้อวัณโรค ทำให้มีความตระหนักในการดูแลตนเอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสและ

การป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม คิดว่าผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโรคฉวยโอกาส

สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ คณะฯ (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่
เคยมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะ อาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้าน
ไวรัส ($p = 0.304$) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p =$
 0.333) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงต่างก็ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจเหมือนกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศหญิงและเพศ
ชายต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิศย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศหญิงและ
เพศชายมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาอื่นพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย
เอชไอวีเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (กนกเลขา แก้วสว่าง : 2540) และเพศไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ (ปิยนุช ชัยสวัสดิ์ : 2549) โดย
ในการศึกษานี้พบว่าเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 94 มากกว่า
เพศชาย ร้อยละ 89.8 แต่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ร้อยละ 73.9
น้อยกว่าเพศชาย ร้อยละ 79.5

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมดูแลตนเองของ
สมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p = 0.574$) และพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p = 0.212$) แม้ว่าอายุจะเป็น
ปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทางกายและความรู้สึนึกคิด แต่ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีจะมีอายุมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิศย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ไพรมายต์
บิณฑจิตต์ (2544) ปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) และธิดาพร จิระวัฒนไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า
อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการ
รับประทานยาต้านไวรัส ($p = 0.600$) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและ

การรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.223$) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 54.1 มีเพียงร้อยละ 7.2 เท่านั้นที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสมาชิกกลุ่มหรือชมรมได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านจากแกนนำชมรมเป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอคือ ร้อยละ 94.2 ในกลุ่มมัธยมศึกษา ร้อยละ 91.7 ในกลุ่มประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และ ร้อยละ 87.5 ในกลุ่มสูงกว่ามัธยมศึกษา ซึ่งแบบแผนของความสัมพันธ์นี้มีลักษณะเช่นเดียวกันกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ไปรมาษฐ์ บิณฑิตต์ (2544) กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) และ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำเนินการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจากข่าวสารทางสื่อต่างๆ ประกอบกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเป็นรายๆ ไปทำให้ได้รับความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาพร จิระวัฒนไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาดำเนินการต่ำกว่าประถมศึกษา มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 และมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดังแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป 2.3 เท่า

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.283$) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.556$) กล่าวคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีอาชีพอะไรก็ตามไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 50.9 แต่พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสไม่แตกต่างจากกลุ่มอาชีพอื่น โดยกลุ่มที่มีอาชีพค้าขายมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 98.0 และ อาชีพที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุดคือ อาชีพข้าราชการ ร้อยละ 88.9

ผลการศึกษาในภาพรวมสอดคล้องกับการศึกษาของ ไปรมาษฐ์ บิณฑิตต์ (2544) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีอาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน เช่น รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ งานบริษัท รับจ้าง หรือไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน เช่น งานบ้าน ค้าขาย หรือ ไม่มี

อาชีพ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานรับประทานยาสม่ำเสมอว่าผู้ป่วยที่มีการะงานต้องรับผิดชอบ ส่วนปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) พบว่า อาชีพรับจ้างมีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพ ว่างงาน และผู้ป่วยที่ประกอบกิจการส่วนตัวมีพฤติกรรมการกินยาที่ไม่ดีน้อยที่สุด ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพมีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ 2.6 เท่า

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.265$) และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.349$) กล่าวคือ ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้สูงหรือต่ำ มีความเพียงพอของรายได้หรือไม่ก็ตาม ไม่มีผลต่อทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม การศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 39.6 และเป็นกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 93.3

ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากกลุ่มที่มีรายได้ต่ำได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามแบบแผนได้ส่งผลให้ไม่เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ ไพรมายด์ บินทาจิตต์ (2544) ที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีรายได้สูงหรือต่ำก็ไม่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่การศึกษาของ Somchit Tulathong (2004) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์

อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=0.268$) และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.268$) กล่าวคือ ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีอาการเจ็บป่วย มี

อาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงก็ไม่มีผลต่อทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย จะเป็นกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด และกลุ่มที่อาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรงมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ไปรมาษฐ์ บินทจิตต์ (2544) ที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการมากน้อยเพียงใด หรืออยู่ในระยะการดำเนินของโรคในระยะใดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่าการแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงของโรคมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ

ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($p=0.164$ และ $p=0.416$) แต่ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์ได้รับอาการข้างเคียงจากยา ร้อยละ 95.9 และร้อยละ 79.5 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ คณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะ อาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลจากการศึกษาพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($r=0.027$ $p=0.690$) แต่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.193$ $p = 0.004$) นั่นก็คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้จะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มแต่จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ (2549) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อดีกว่าเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 13.5 มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.133$, $p = 0.049$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($r=-0.042$, $p = 0.55$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Raweewan Phongphuthachat (2005) ที่พบว่าการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้ดีขึ้น จากไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 72.2 เหลือ ร้อยละ 11.1

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรม รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงการบริการชมรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

5.1 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม

ผลจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรมความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($r=0.197$, $p = 0.003$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ($r= -0.002$, $p = 0.975$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรมจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของมารยาท วงษาบุตร(2539) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับ การศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติ/ผู้ดูแล เช่นเดียวกับ Somchit Tulathong (2004) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอชไอวี โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอชไอวีในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจมาจากทั้งผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และ บุคลากรทางการแพทย์

ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกชมรมเนื่องจาก มีผู้แนะนำ ร้อยละ 71.2 ซึ่งผู้แนะนำส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 55.1 และเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเข้าชมรมส่วนใหญ่คือ สามารถรับยาต้านไวรัสได้สะดวกและมีเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกันคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ร้อยละ 46.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นสมาชิกของชมรมแล้ว ผลที่ได้ คือ ได้รู้จัก พูดคุยกับเพื่อนผู้ติดเชื้อด้วยกันทำให้มีกำลังใจมากขึ้น มีการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการเปิดเผยผลเลือดของตนเองต่อผู้อื่นมากขึ้น และในที่สุดมี ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 69.8

5.2 ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม

พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.008$, $p = 0.991$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.146$, $p = 0.030$) กล่าวคือ ความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรมจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ(2547) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวีรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้อาจเนื่องจากสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอชไอวีจะได้รับบริการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาและคำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลตนเองจากแกนนำอยู่แล้ว แต่การรับบริการของชมรมจะมีอุปสรรคที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดิฉันจะรายงานรวมถึงกลัวพบคนรู้จักหรือมีคนสงสัย

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

1. ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ส่วนปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม
2. ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม
3. การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสแต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการรับเชื้อเพิ่ม
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการรับเชื้อเพิ่ม
5. ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรมของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ไม่มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงมาจากคู่สมรสของตนเอง ดังนั้นควรมีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในกลุ่มหญิงที่มีคู่สมรสแล้วให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่มที่ถูกต้องด้วย

2. จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้น หากสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการของชมรมได้อย่างสะดวก เช่น มีระบบบริการแบบครบวงจร เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอย มีแพทย์ประจำชมรมที่จะคอยให้การตรวจรักษา มีสถานที่แยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น รวมถึงมีเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายและทั่วถึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

3. จากการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรสและความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และยังพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด ดังนั้นควรส่งเสริมการให้สุศึกษาในรูปแบบต่างๆ ให้แก่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น

4. จากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เกือบครึ่งที่กินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ดังนั้นควรมีแนวทางพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงเวลามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษา ด้านพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่กินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา และมีบางส่วนที่ลืมกินยาและกินยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ดังนั้นควรมีการศึกษาหรือหาแนวทางเพื่อพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงเวลามากขึ้น มีความต่อเนื่องและไม่ลืมกินยา เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างแท้จริง

2. ควรมีศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอื่นบริบทอื่นๆเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีภาวะสุขภาพที่ดีและต้องการมีบุตร กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการยอมรับจากสังคมแล้ว เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึนึกคิด วิถีชีวิต และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อรายอื่นๆต่อไป

3. จากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนมากที่ไม่มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นควรมีการศึกษาสาเหตุของการไม่มีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในด้านความรู้สึนึกคิด ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อฉวยโอกาสต่อไป

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี
SELF-CARE BEHAVIORS OF HIV CLUB MEMBERS, PETCHABURI PROVINCE

ถวณันท์ สัจจเจริญพงษ์ 5037574 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิรัตน์ อิมามี Ph.D. , มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D. ,
มันทนา ประทีปะเสน Dr.P.H.

บทสรุปสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตั้งแต่มีการรายงานพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทยเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ได้เพิ่มขึ้น และแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มชายรักร่วมเพศ หญิงทั่วไป และทารกที่ติดเชื้อจากแม่ จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยเอดส์สะสมจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ถึงปี พ.ศ. 2552 จำนวน 346,107 ราย เสียชีวิต 93,138 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 26.91 พบผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.46 และอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ รับจ้าง/กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 44.89 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด คือ โรคฉี่หนู ร้อยละ 30.03

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาโรคเอดส์ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2528 ถึงเดือนเมษายน 2552 พบผู้ป่วย 5,529 ราย เสียชีวิต 1,191 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 22.26 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จึงได้นำเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การให้คำปรึกษา การติดตาม การให้ความช่วยเหลือสมาชิก ทำให้ชุมชนเริ่มคุ้นเคยกับปัญหาเอดส์ และให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น จนกลายเป็นเรื่องปกติของชุมชน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เองมีการเปิดเผยตัวและรวมกลุ่มมากขึ้น ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนช่วยเหลือมาก

ขึ้น ปัจจุบันจังหวัดเพชรบุรีสามารถดำเนินการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จัดตั้งเป็นกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อในทุกอำเภอ โดยมีสมาชิก 1,901 ราย เป็นสมาชิกที่เป็นเด็ก 111 ราย มีสมาชิกรับยาด้านไวรัส 710 ราย ให้บริการในลักษณะศูนย์บริการแบบองค์รวม 4 แห่ง ได้แก่ ชมรมพัฒนาชีวิตโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมเฟื่องฟ้าโรงพยาบาลเขาย้อย ชมรมรุ่งอรุณโรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มชมพู่หวานโรงพยาบาลบ้านลาด และดำเนินการในลักษณะกลุ่ม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ ชมรมตาลโตนดโรงพยาบาลบ้านแหลม กลุ่มทานตะวันโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง และกลุ่มนกเงือกโรงพยาบาลแก่งกระจาน

จากการที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์อย่างจริงจัง ทำให้ในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดเพชรบุรีมีผลการประเมินความครอบคลุมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อ โดยเฉพาะอัตราการรับยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ สูงถึงร้อยละ 99.6 แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้โดยตนเอง มีแนวโน้มในการพึ่งพาตนเองสูง และที่สำคัญมีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการรวมกลุ่มอย่างพอเพียง ทั้งด้านแกนนำ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งมีกระบวนการในการบริหารจัดการที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ทั้งชายและหญิง ไม่ว่าจะมียาซีพีได ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างไร อยู่ในกลุ่มอายุใด และไม่ว่าจะมีอาการมากน้อยเพียง จากการศึกษาพบว่า จะต้องใช้เวลาในการปรับตัว ทำใจยอมรับสภาพ และต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการของโรค ให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดความวิตกกังวล เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง และให้มีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข เพื่อชะลออาการและมีชีวิตยืนยาว ที่สำคัญคือการป้องกันการแพร่กระจายของโรค⁵ แม้ว่าในปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะลดลง แต่ยังมีผู้ป่วยเอดส์อีกเป็นจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรค และยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกัน มีการรับประทานยาด้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการดื้อยามากขึ้น มีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น

ด้วยเหตุนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาและทำความเข้าใจพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยสำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสถานะของโรค ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรม

ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เพื่อยกระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้น สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรสังคมและการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรสังคมและการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชมรม การเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือ การใช้ยาต้านไวรัสในอดีต
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้แก่ ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
 - 1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรมของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ตรงเวลา ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจศึกษาแบบตัดขวาง (Cross – Sectional Survey Research) รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

ประชากรและขนาดตัวอย่าง

ได้แก่ สมาชิกของกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่ตั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 แห่ง คือชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมเฟื่องฟ้าโรงพยาบาลเขาย้อย ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มผู้เพื่อชีวิตโรงพยาบาลชะอำ ชมรมตาลโตนดโรงพยาบาลบ้านแหลม กลุ่มชมพู่หวานโรงพยาบาลบ้านลาด กลุ่มทานตะวัน โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง และกลุ่มนกเงือกโรงพยาบาลแก่งกระจาน ซึ่งมีสมาชิกทั้งหมด 1,793 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากชมรมที่ให้บริการในลักษณะศูนย์บริการแบบองค์รวม 2 ชมรม จาก 4 ชมรมที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงสุด 2 อันดับแรก คือ ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า และ ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ให้บริการในลักษณะกลุ่ม อีก 1 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เพื่อชีวิตโรงพยาบาลชะอำ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างเมื่อต้องการการประมาณค่าสัดส่วนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน สำหรับการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 222 คน เป็นสมาชิกจากศูนย์บริการแบบองค์รวม 188 คน และและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน คือ

1. คุณลักษณะทางประชากรสังคมและการเจ็บป่วย
2. ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม กรรมการชมรม
5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 ด้าน คือ การรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและรับเชื้อเพิ่ม

ในการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปรวบรวมข้อมูลกับสมาชิกชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จำนวน 20 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และผลการวิเคราะห์ได้ผล ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและรับเชื้อเพิ่ม มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีค่าความเที่ยง 0.87

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรม มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.61

การดำเนินการวิจัย

1. ส่งโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH2012-108 รหัสโครงการ 37/2553

2. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นที่ตั้งของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้แก่

- ชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า อำเภอมืองเพชรบุรี
- ชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม
- กลุ่มผู้เพื่อชีวิต โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ
- ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง อำเภوتاยาง

3. ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงาน โครงการวิจัยให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแกนนำชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากชมรมตาลโตนด โรงพยาบาลบ้านแหลมได้ เนื่องจากคณะกรรมการชมรม ไม่สนใจให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชมรมพัฒนาชีวิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ชมรมรุ่งอรุณ โรงพยาบาลท่ายาง และกลุ่มผู้ชีวิต โรงพยาบาลชะอำ เพิ่มเติมให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่สถานที่ตั้งของชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยเข้าพบผู้ติดเชื้อ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการ

ปกปิดข้อมูลให้เป็นความลับและขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้จัดเตรียมไว้

5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติเพียร์สันไค- สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร
2. กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และมีสิทธิหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆต่อผู้ยินยอมตน
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล การเผยแพร่ข้อมูลในระดับหน่วยงาน จะเป็นการเผยแพร่เป็นข้อสรุปทางวิชาการและได้รับความยินยอมจากผู้บริหารหน่วยงานนั้นๆ
4. ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเป็นภาษาไทยและได้ระบุชื่อ สถานที่ติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถติดต่อผู้วิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ต้องการข้อมูลหรือคำอธิบายเพิ่มเติม

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรสังคมและการเจ็บป่วย

คุณลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.4 มีอายุตั้งแต่ 25-61 ปี อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี ร้อยละ 39.6 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 54.1 ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 50.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 39.6 แต่มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.2 มีสถานภาพสมรส หม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 39.7 แต่งงานและร้อยละ 17.1 เป็นโสด กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการเปิดเผยผลเลือดให้คนในครอบครัวทราบ มีเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้นที่ยังไม่เปิดเผยผลเลือดให้บุคคลในครอบครัวได้ทราบ

ด้านบทบาทหน้าที่ในชมรมนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.5 เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 4.5 เป็นกรรมการชมรม แต่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการติดเชื้อมาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 19 ปี เฉลี่ย 6.4

ปี ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.2 ไม่มีอาการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 37.8 มีอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมา 1-2 ปีร้อยละ 21.2 และมีผู้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 5 ปีร้อยละ 16.2 กลุ่มตัวอย่างมีการแพ้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 32.9 ไม่เคยแพ้ยา ร้อยละ 67.1

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไปขอรับการตรวจเลือดเอง เนื่องจากสาคิดเชื่อหรือมีอาการสงสัยว่าจะติดเชื้อ ร้อยละ 7.6 ไปตรวจเองโดยไม่มีอาการเจ็บป่วย ที่เหลือเจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจเนื่องจากมีอาการ อ่อนเพลีย มีไข้เรื้อรัง สามีเสียชีวิต ตั้งครรภ์ และถูกเข็มตำและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมากถึงร้อยละ 72.5 และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด คือ ไขเรื้อรัง ร้อยละ 31.5 รองลงมาคือ ผิวหนังอักเสบ ร้อยละ 31.1 เชื้อราในปาก ร้อยละ 30.6 วัณโรค ร้อยละ 23.9 ปอดอักเสบ ร้อยละ 22.1 ถ่ายอุจจาระเรื้อรัง ร้อยละ 19.8 เชื้อราในสมอง ร้อยละ 3.2 และชาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 1.8

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.5 มีความรู้รวมเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับพอใช้ รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 34.7 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.8 เมื่อจำแนกตามหมวดความรู้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับพอใช้ทั้งในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ร้อยละ 64.9 และ ร้อยละ 70.7 ตามลำดับ

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนเข้าชมรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.9 หลังจากเข้าชมรมแล้วการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มไปเป็นระดับดีมากถึงร้อยละ 78.8

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 35.1 ปานกลาง ร้อยละ 5.0 และน้อย ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ด้านอุปสรรคที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 16.7 มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของชมรม อุปสรรคสำคัญได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 32.4 ติดธุระเรื่องงาน ร้อยละ 29.7 กลัวคนสงสัย ร้อยละ 18.7 รอนาน ร้อยละ 10.8 และเจ็บป่วยไม่สามารถมาได้ ร้อยละ 8.2

พฤติกรรม การดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

พฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัส

จากการศึกษาพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสครบเม็ด ร้อยละ 98.6 ไม่หยุดกินยาเอง ร้อยละ 97.7 รับประทานยาทุกมื้อ ร้อยละ 96.6 รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.2 ไม่ลืมกินยา ร้อยละ 85.1 ถึงแม้พฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในระดับดีแต่ยังมีพฤติกรรม การรับประทานยาที่ยังเป็นปัญหาคือ มีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 49.1 ที่รับประทานยาไม่ตรงเวลา ในกลุ่มผู้ลืมกินยา 32 คนมีเพียงส่วนน้อยที่เมื่อลืมกินยาแล้วจะรีบกินทันทีที่นึกได้หรือกินในวันถัดไป สำหรับผู้ที่หยุดกินยาเอง 5 คน พบว่ามี 2 คนที่หยุดกินยาเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว มี 1 คนที่มีอาการแพ้ยามากจนทนไม่ไหวจึงหยุดกินยาเอง และมี 2 คนย้ายที่ทำงานไปอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถมารับยาต่อเนื่องได้จึงต้องหยุดยา

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันโรคเอดส์ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ต้องเสียชีวิตทุกรายก็ตาม แต่หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองเป็นอย่างดีก็จะสามารถชะลอการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตลงได้ จากการศึกษานี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนหนึ่งที่ยังมีปัญหาในเรื่องการกินยาไม่ครบเม็ด ลืมกินยาและหยุดกินยาเอง นอกเหนือจากการกินยาต้านไวรัส แล้ว ร้อยละ 83.8 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีวิธีการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย ร้อยละ 73.9 ไม่ว่าจะเป็นการวิ่ง เดิน ทำงานบ้าน เดินแอโรบิก ปั่นจักรยานหรือว่ายน้ำ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทุก 5 หมู่ เพื่อบำรุงร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อตนเอง ร้อยละ 60.8 การทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียด ร้อยละ 59.0 เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

พฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 มีเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้นที่ต้องปรับปรุง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นและป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่มเพียงร้อยละ 76.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกวิธีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันผู้อื่นสัมผัสบาดแผลตนเองหรือป้องกันตนเองสัมผัสบาดแผลผู้อื่น และการไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.9 ไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และ

การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.5 ไม่มีประสบการณ์การติดเชื้อโรค
ฉวยโอกาส จึงคิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีจึงเลยในการป้องกันตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุน ทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรมกับพฤติกรรมการดูแล ตนเอง

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรสังคมและการเจ็บป่วย
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ชมรม การเจ็บป่วย
ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส

ผลการวิจัยพบว่า มีเฉพาะสถานภาพสมรส และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$, 0.047 และ 0.009 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆ ไม่มี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

การที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติและการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมีความสัมพันธ์ทั้งกับพฤติกรรมการรับประทาน
ยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม ทั้งนี้เนื่องจาก
สมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 เคยติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมาก่อน โดยเฉพาะการมีไข้
เรื้อรัง ผื่นหนังอักเสบ มีเชื้อราในปากและติดเชื้อวัณโรค ทำให้มีความตระหนักในการดูแลตนเอง
ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสและการป้องกันการติด
เชื้อโรคฉวยโอกาส จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโรคฉวยโอกาส

และการที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มี
พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆอาจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มี
จำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆและมากกว่าร้อยละ 80.0 ของกลุ่มนี้มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยและมากกว่าร้อยละ
90.0 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรมและกรรมการชมรมใน
ระดับมากถึงมากที่สุด

ส่วนปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสและ
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80.0 ไม่มีปัญหาในด้านการรับบริการจากชมรมในเรื่อง การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการบริการด้านสวัสดิการ ทำให้มีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของทิตยทยา หอมทรัพย์ พบว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ตามไม่มีผลต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพศหญิงจะรับประทานยาสม่ำเสมอกว่าเพศชาย

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ ที่พบว่าอายุไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์

นอกจากนี้การศึกษาของ ไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ ยังพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังพบอีกว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอว่าผู้ป่วยที่มีภาระงานต้องรับผิดชอบ

และสอดคล้องกับการศึกษาของทิตยทยา หอมทรัพย์ พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อความพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากกลุ่มที่มีรายได้น้อยก็จะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามแบบแผนได้ส่งผลให้ไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือนมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด ร้อยละ 96.6 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 93.3 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Somjit Tulathong ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์

รวมถึงการศึกษาของ ไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ ที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการมากน้อยเพียงใด หรืออยู่ในระยะการดำเนินของโรคในระยะใดไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง พบว่าการแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษา

ของทิตยทยา หอมทรัพย์ ที่พบว่าการแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงของโรคมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.027$, $p=0.690$) แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.193$, $p=0.004$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีความรู้จะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อมากกว่า แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ชัยสวัสดิ์ ที่ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อดีกว่าเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 13.5 มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.133$, $p=0.049$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อ ($r=0.037$, $p=0.581$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่า แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Raweewan Phongphuthachat พบว่าการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้ดีขึ้น จากไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 72.2 เหลือ ร้อยละ 11.1

ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และสมาชิกชมรมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และสมาชิกชมรม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ($r=0.197$, $p = 0.003$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อ ($r= -0.002$, $p= 0.975$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และสมาชิกชมรม จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่า แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของมารยาท วงษาบุตร ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่นเดียวกับ การศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติหรือผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเข้าถึงการบริการของชมรมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.008$, $p= 0.991$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.146$, $p=0.030$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสามารถในการเข้าถึงการบริการของชมรมจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่มมากกว่า แต่ไม่มีผลกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ คณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกชมรมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จะได้รับบริการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาจากแกนนำอยู่แล้ว แต่การรับบริการของชมรมจะมีอุปสรรคที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ติดธุระเรื่องงานรวมถึงกลัวพบคนรู้จักหรือมีคนสงสัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.จากการศึกษาพบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ไม่มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงมาจากคู่สมรสของตนเอง ดังนั้นควรมีการณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในกลุ่มหญิงที่มีคู่

สมรสแล้วให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่มที่ถูกต้องด้วย

2. จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเข้าถึงบริการของชมรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้น หากสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการของชมรมได้อย่างสะดวก เช่น มีระบบบริการแบบครบวงจร เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอย มีแพทย์ประจำชมรมที่จะคอยให้การตรวจรักษา มีสถานที่แยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น รวมถึงมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายและทั่วถึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

3. จากการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรสและความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และยังพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรม自我ดูแลสุขภาพน้อยที่สุด ดังนั้นควรส่งเสริมการให้สุขศึกษาในรูปแบบต่างๆ ให้แก่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการ自我ดูแลตนเองมากขึ้น

4. จากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เกือบครึ่งที่กินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ดังนั้นควรมีแนวทางพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงเวลามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษา ด้านพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่กินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา และมีบางส่วนที่ลืมกินยาและกินยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ดังนั้นควรมีการศึกษาหรือหาแนวทางเพื่อพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงเวลามากขึ้น มีความต่อเนื่องและไม่ลืมกินยา เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างแท้จริง

2. ควรมีศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอื่นบริบทอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีภาวะสุขภาพที่ดีและต้องการมีบุตร กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการยอมรับจากสังคมแล้ว เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด วิถีชีวิต และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อรายอื่นๆต่อไป

3. จากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอช ไอวี จำนวนมากที่ไม่มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นควรมีการศึกษาสาเหตุของการไม่มีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในด้านความรู้สึกรู้สึกคิด ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปหาแนวทางในการแก้ไขปัญหการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อฉวยโอกาสต่อไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	39.6
หญิง	134	60.4
อายุ		
< 35 ปี	59	26.6
36-40 ปี	88	39.6
41-45 ปี	51	23.0
46-50 ปี	13	5.8
> 50 ปี	11	5.0
x=38.8 ปี Min = 25 ปี Max = 61 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	38	17.1
แต่งงาน	88	39.7
- มีลูก	61	69.3
- ไม่มีลูก	27	30.7
หม้าย/หย่า/แยก	96	43.2
- มีลูก	80	83.3
- ไม่มีลูก	16	16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	120	54.1
มัธยมศึกษา	86	38.7
สูงกว่ามัธยมศึกษา	16	7.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	7.7
รับจ้าง	113	50.9
เกษตรกร	32	14.4
ค้าขาย	51	23.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	4.1
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
< 5,000 บาท	88	39.6
5,001-10,000 บาท	73	32.9
10,001-15,000 บาท	14	6.3
> 15,000 บาท	15	6.8
ไม่แน่นอน	32	14.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการไปขอรับการตรวจเชื้อเอชไอวี

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
การไปตรวจเชื้อเอชไอวี		
ไปขอรับการตรวจเอง	132	59.5
เจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจ	90	40.5
เหตุผลที่ไปขอรับการตรวจเอง (n=132)		
สามีติดเชื้อ	25	18.9
ไปฝากครรภ์	20	15.1
มีอาการท้องเสียเรื้อรัง	20	15.1
มีไข้เรื้อรัง	17	12.9
น้ำหนักลด	12	9.1
มีอาการผอม.ผมร่วง	12	9.1
มีตุ่มคัน, ผิวหนังอักเสบ	11	8.4
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	10	7.6
มีเชื้อราในปาก	5	3.8
เหตุผลที่เจ้าหน้าที่ให้ไปตรวจ (n=90)		
มีไข้เรื้อรัง, อ่อนเพลีย	43	47.8
สามีเสียชีวิต	27	30.0
ตั้งครรภ์	19	21.1
เจ็บตา	1	1.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ		
<1 ปี	20	9.0
1.1-2 ปี	31	13.9
2.1-3 ปี	24	10.8
3.1-4 ปี	23	10.3
4.1-5 ปี	25	11.2
>5 ปี	99	44.6
X= 6.4ปี Min=1 เดือน Max=19 ปี		
การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว		
เปิดเผย	210	94.6
ไม่เปิดเผย	12	5.4
อาการเจ็บป่วยก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	107	48.2
มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	84	37.8
มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง	31	14.0
ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส		
< 1 ปี	43	19.4
1.1-2 ปี	47	21.2
2.1-3 ปี	36	16.2
3.1-4 ปี	24	10.8
4.1-5 ปี	36	16.2
> 5 ปี	36	16.2
X= 3.6 ปี Min=1 เดือน Max=11 ปี		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว อาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (ต่อ)

	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส		
ไม่เคย	149	67.1
เคย	73	32.9
- ปวดท้อง	63	86.3
- ซึม	6	8.2
- ผื่นคัน	4	5.5
การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส		
ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย	61	27.5
มีประสบการณ์เจ็บป่วย *	161	72.5
- ไข้	70	31.5
- ผื่น	69	31.1
- เชื้อราในปาก	68	30.6
- วัณโรค	53	23.9
- ปอดอักเสบ	49	22.1
- ถ่ายอุจจาระร่วง	44	19.8
- เชื้อราในสมอง	7	3.2
- ชาปลายมือ/ปลายเท้า	4	1.8

* ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สมาชิกและชมรม

	จำนวน (n = 222)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องการรับประทายต้านไวรัส		
- ดี	48	21.6
- พอใช้	144	64.9
- ต้องปรับปรุง	30	13.5
ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและรับเชื้อเพิ่ม		
- ดี	52	23.5
- พอใช้	157	70.7
- ต้องปรับปรุง	13	5.8
การรับรู้ความสามารถของตนเอง		
- สูงมาก	175	78.8
- สูง	43	19.4
- ปานกลาง	2	0.9
- ต่ำ	2	0.9
- ต่ำที่สุด	0	0.0
การสนับสนุนทางสังคม		
- มากที่สุด	132	59.5
- มาก	78	35.1
- ปานกลาง	11	5.0
- น้อย	1	0.5
- น้อยที่สุด	0	0.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

การกินยา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	หลายครั้ง
กินยาไม่ตรงเวลา	113 (50.90)	104 (46.80)	5 (2.30)
กินยาไม่ต่อเนื่อง	207 (93.2)	13 (5.9)	2 (0.9)
กินยาไม่ครบมือ	214 (96.4)	7 (3.2)	1 (0.4)
กินยาไม่ครบเม็ด	219 (98.6)	3 (1.4)	0.0
ลืมกินยา	189 (85.1)	31 (14)	2 (0.9)
หยุดกินยาเอง	217 (97.7)	4 (1.8)	1 (0.5)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม

วิธีการ	จำนวน (n=222)	ร้อยละ
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม		
ไม่มี	53	23.9
มีวิธีการป้องกัน *	169	76.1
- ใช้ถุงยางอนามัย	157	92.9
- ไม่มีเพศสัมพันธ์	56	23.1
- ป้องกันการสัมผัสบาดแผล	29	17.2
- ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	26	15.4

* ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการได้รับเชื้อเพิ่ม

ปัจจัย	พฤติกรรมการ รับประทานยาต้านไวรัส		พฤติกรรมป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อเอชไอ วีและการได้รับเชื้อเพิ่ม	
	χ^2	p	χ^2	p
เพศ	1.361	0.304	0.932	0.333
อายุ	2.902	0.574	7.116	0.212
ระดับการศึกษา	1.021	0.600	3.002	0.223
อาชีพ	5.040	0.283	3.009	0.556
รายได้	3.967	0.265	4.445	0.349
สถานภาพสมรส	13.519	0.002	1.960	0.375
บทบาทหน้าที่ในชมรม	0.868	0.351	3.284	0.070
การเจ็บป่วยก่อนรักษาด้วยยาต้านไวรัส	2.637	0.268	2.632	0.268
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส	1.936	0.164	0.662	0.416
ประสบการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส	3.943	0.047	6.879	0.009

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและ
ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส
พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการได้รับเชื้อเพิ่ม

ปัจจัย	พฤติกรรมการ รับประทานยาต้านไวรัส		พฤติกรรมป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อเอช ไอวีและการได้รับเชื้อเพิ่ม	
	r^*	p	r^*	P
ความรู้	0.027	0.690	0.193	0.004
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.133	0.049	0.037	0.581
การสนับสนุนทางสังคม	0.197	0.003	-0.002	0.975
ความสามารถในการเข้าถึงบริการชมรม	0.008	0.911	0.137	0.041

* ค่า Pearson's Productmoment Correlation Coefficient

SELF-CARE BEHAVIORS OF HIV CLUB MEMBERS, PETCHABURI PROVINCE

THAWANAN SUJJARENGPONG 5037574 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NIRAT IMAMEE, Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., MONDHANA PRADIPASEN, Dr., P.H.

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Problem**

Since the first case of AIDS was reported in Thailand in September 1984, the number of AIDS patients has increased and AIDS epidemic was found among intravenous drug users, homosexuals men, general females, and babies form to mothers with HIV. According to the Report of the Epidemiology Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, the accumulated number of AIDS patients from all public health service centers, both government and private, during 1984 to 2009 was 346, 107, of whom, 93,138 had died in which the death rate accounted for 26.9 percent. The highest number of AIDS cases were found most in the population aged 30-34 years (25.46%) while 44.89 percent of AIDS cases were laborers / low-skilled workers, and the opportunistic disease found most among AIDS patients was tuberculosis (30.03%).

Petchaburi is one province that has the problem about AIDS. The report of AIDS situation showed that during September 1985 to April 2009, There were 5,529 AIDS cases, of whom, 1,191 cases had died in which the death rate accounted for 22.26 percent . The Ministry of Public Health has a policy on promoting people living with HIV/AIDS access to the antiretroviral treatment system. The Provincial Public

Health Office, Petchaburi Province, has brought the HIV infected people/AIDS patients to participate in the antiretroviral treatment, counselling, following-up, and other assistant activities. These activities made community people be familiar with AIDS problem and accept HIV-infected / AIDS people more, in which HIV/AIDS cases were recognized as a normal situation of the community. HIV/AIDS patients themselves were also showed up and tried to be together as a group whereas the community and networks had played a major role in helping them to form a group. At present, Petchaburi Province could be able to establish the groups / clubs of HIV / AIDS patients in all districts of the province with the total of 1,901 members, of whom, 111 members were children and 710 members were being on antiretroviral treatment. The services provided for these club/group members were in the forms of wholistic service centers. Totally, there were 4 wholistic service centers which were: Life Development Club, Prajomklao Hospital; Fuengja Club, Khaoyoy Hospital; Rung-aroon Club, Tayang Hospital; and Sweet Rose-Apple Group, Barnlard Hospital. Besides, there were 4 groups which were run by group management. Fight for Life Group, Cha-um Hospital; Tarn-tanode (Palmira Palm Club, Barnlaem Hospital; Tarn-tawan (Sunflower) Group, Nong-yaplong Hospital; and Hornbill Group, Gaeng Krajarn Hospital.

As the HIV/AIDS groups have participated in AIDS activities seriously, in 2008 Petchaburi Province has been evaluated as the province that has performed all activities required for caring HIV/AIDS patients in accordance with the standards set, especially the rate of getting antiretroviral drugs regularly was found to be 99.6 percent . This finding indicated the strength of HIV/AIDS groups whereas the group members can cope with their own problems by themselves and tendency to reach self-reliance is higher and the important thing is the adequacy of necessary resources for forming a group as regard to core group, budget, and materials including the management process that were used to solve the problems by themselves.

The persons with HIV infection or AIDS patients, both males and females, regardless of occupation, socio-economic status, age groups, high or low severity, have to take times to adjust themselves, try to accept the situation, and have to get support to take care themselves in order to lessen anxiety, increase self-esteem and can live a happy life which will delay the symptoms and to prolong their life and the

most important thing is to prevent the spread of HIV . Even though, at present, the new case of HIV infected person has decreased but a large number of AIDS patients still suffer with their illness and have improper behaviors, for example, unsafe, not-taking antiretroviral drug regularly and continuously which will produce more drug resistance as well as getting more opportunistic diseases. Therefore, promoting HIV/AIDS patients to be able to practice appropriate self-care is necessary that can help patients live their lives in society without being burdens to others .

Thus, it was important and necessary to study and to understand self-care behaviors of the persons with HIV infection or AIDS patients including the factors affecting those self-care behaviors. The findings of this study will be beneficial for develop desirable self-care behaviors among HIV/AIDS patients and enable them to change their lifestyles appropriately with their illness situation including finding the effective way to change patients undesirable self-care behaviors so they could have a well being state, physically and mentally.

Research Objectives

1. To assess self-care behaviors of the sampled members of HIV/AIDS club in Petchaburi Province.
2. to study the relationship between the factors as regard to personal, social and environment, and self-care behaviors of the sampled members of HIV/AIDS club in Petchaburi Province.

Research Variables

Independent Variables

1. Personal Factors: Socio-demographic characteristics and illness, knowledge about AIDS, perceived self-efficacy to perform self-care behaviors.

1.1 Socio-demographic Characteristics: sex, age, educational level, occupation, income, marital status, roles in the AIDS Club, illness before being on an antiretroviral treatment, experience of the illness with opportunistic infections or taking antiretroviral drugs in the past.

1.2 Knowledge about AIDS: Knowledge about antiretroviral drugs, opportunistic infections, prevention of the spread of HIV and getting additional HIV.

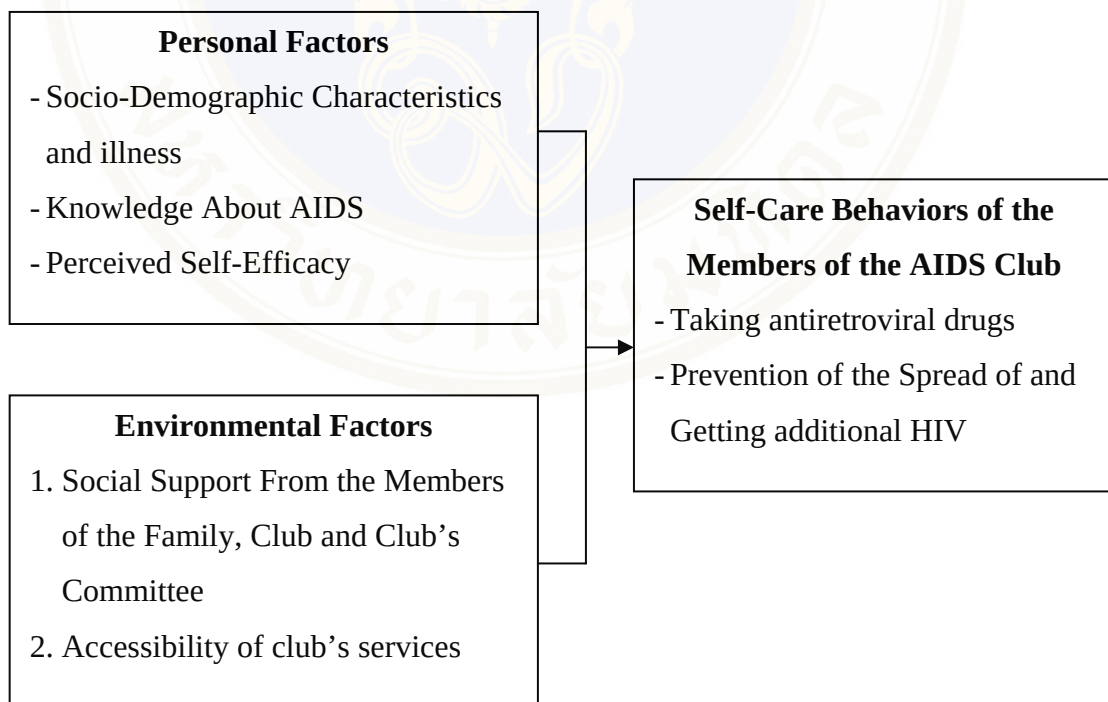
1.3 Perceived self-efficacy: The people's perception about their own ability to perform self-care behaviors of HIV/AIDS patients.

2. Socio-Environmental Factors: Social supports from family members, Club members, and Club's committee members including accessibility of the services provided by the AIDS Clubs.

Dependent Variable

Self-care Behaviors of HIV/AIDS patients in regard to taking antiretroviral drugs regularly, continuously, punctually, every tablet, and every time, and behaviors for preventing the spread of HIV and getting additional HIV

Research Conceptual Framework



Research Methodology

The study was a cross-sectional survey research and the data were collected through interview.

Population and Sample Size

The population of the study were the members of 8 HIV Groups/Clubs located in the General Hospitals and community hospitals under the Ministry of Public Health, in Petchaburi Province. Those Groups/Clubs were Life Development Club; Prajomklao Hospital; Fuengfa Club, Khaoyoy Hospital; Rung-aroom Club, Tayang Hospital; Fight for Life Group, Cha-um Hospital; Tarn-tanode (Palmira Palm) Club, Barnlaem Hospital; Sweet Rose-Apple Group, Barnlard Hospital; Tarn-tawan (Sunflower) Group, Nong-yaplong Hospital; and Hornbill Group, Gaengkrajarn Hospital, with the total of 1,793 members. The samples were collected from the two types of management, wholistic service center and group management. Two clubs were selected from 4 clubs that have the two highest numbers of AIDS patients, which were Life Development Club, Prajomklas Hospital and Roong-aroon Club, Yayarng Hospital. One group was selected from the AIDS clubs with group management which was Fight for Life Group, Cha-um Hospital. The sample size was computed by using the sample size formula for estimation of population proportion, and the sample size was 210. For this research project the sample size used was 222 composing of 188 members from the wholistic service centers and 34 members of HIV infected and AIDS patients.

Research Instrument Used

The instrument used was the structured interviewing schedule, with 5 parts of the components as follows:

1. Socio-demographic characteristics and illness
2. Knowledge about taking antiretroviral drugs, opportunistic infections prevention of the spread of HIV and getting more HIV
3. Perceived self-efficacy to perform self-care behaviors
4. Social supports from members of the family, club and club's committee

5. Self-care behaviors: taking antiretroviral drugs and prevention of the spread of HIV and getting additional HIV

In analyzing the reliability of the interviewing schedule, the researcher had tried the interviewing schedule with 20 members of Life Development Club, Prajomklao Hospital. The data, then, were analyzed by applying Cronbach's coefficient Alpha. The reliability values of the pats on "Knowledge about taking antiretroviral drugs and the prevention of the spread of and getting more HIV", "Perceived self-efficacy to perform self-care behaviors", and "Social supports from the members of family, club, and club's committee" were 0.83, 0.87, and 0.61 respectively.

Research Procedures

1. Submitting the research proposal for getting approval from the Ethical Committee on Research in Human Subjects, Faculty of Public Health, Mahidol University. The approval was granted as the Official Approval Document No. MUPH 2012-108, Project No. 37/2553.

2. Submitting the official letter from the School of Graduate Studies, Mahidol University, to the Directors of the 4 hospitals where the selected HIV/AIDS clubs or groups located, in order to ask for the permission to collect data. Those clubs/groups were:

- Life Development Club, Projomklao Hospital, Muang Petchaburi District
- Tarn-Tanode (Palmira Paln) Club, Barn-Laem Hospital, Barn-Laem District
- Fight for Life Group, Cha-um Hospital, Tayang District

3. Explaining the staff who were responsible for HIV/AIDS Clubs and the core leaders of the 4 selected clubs/groups about the objectives, procedures, time duration, and action plans of the research project in order to ask for cooperation and convenience in interviewing the samples. Unfortunately, the data could not be collected from Tarn-Tanode (Palmira Paln) Culb, Ban-Laem Hospital, because the committee members of club were not willing to participate in the research project.

Therefore, the researcher had interviewed the additional numbers of the members from Life Development Club, Prajomklao Hospital, Roongaroon Club, Tayang Hospital, and Fight for Life Group, Cha-um Hospital, in order to get the total number of 222 samples as designed.

4. The researcher collected data from the AIDS clubs located at 3 hospital. The researcher met with the sampled HIV infected person/AIDS patients and explained the samples about the research objectives including keeping the data collected confidentially and having the samples signed the informed consent forms. Then, the researcher interviewed the samples by using the interviewing schedule developed.

5. Analyzing the data collected by computing statistics in regard to frequency, percentage, and the relationship analysis of the variables was done by using Pearson's Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Protection of the Samples' Right

The researcher has performed the following activities to protect the right of the respondents:

1. The samples participated in the research project with their willingness to join the project. All of them agreed by signing the informed consent forms.

2. The samples were informed that they can stop participating in the project whenever they want to without any reasons. They also have a right not to answer any questions with no impact on them.

3. The information collected from the interview will be present in the general not case by case. In regard to dissemination of the research results at the organizational level, the dissemination will be done in the form of academic summary and must be allowed by the administrator of that organization.

4. Thai written document explaining about the research project was prepared by the researcher and distributed to all respondents. The document also contained names, contact addresses, and telephone numbers of the researcher and the involved persons whom the samples can get in touch with anytime in case that they need additional information or explanation.

Research Results

Socio-Demographic Characteristics and Illness

The findings were: 60.4 percent were females; the samples aged between 25-61 years with the average age of 38.8 years and 9.6 percent aged 36-40 years 54.1 percent finished primary school or lower; 50.9 percent earned their income as laborers; 39.6 percent had an average income less than 5,000 Baht; 50 percent mentioned that their income was adequate; 43.2 percent were widowed / divorced / separated; 39.7 percent were married and 1.7 percent were single 42.3 percent mentioned; almost all of them have informed their families about the result of their blood test only 5.4 percent have not.

In regard to their roles within the AIDS club, 95.5 percent were the club members; 4.5 percent were committee members. The time duration of having HIV of the samples was from 1 month to 19 year with the average of 6.4 years. Before getting antiretroviral treatment, 48.2 percent did not have any illness symptoms while 37.8 percent had. The highest percentage of the samples have been in the antiretroviral treatment for 1-2 years (21.2%) while 16.2 percent have used antiretroviral drugs for longer than 5 year. It was found that 32.9 percent had an allergy to antiretroviral drugs while 67.1 percent did not have.

Higher than half of the samples got the blood test by themselves due to their HIV infected husbands or having suspicious symptoms while 7.6 percent got the blood test by themselves without any symptoms and the rest, the organization's staff asked them to get the blood test because of their symptoms as fatigue, chronic fever, their husbands died of AIDS; they were pregnant; and having been punctured by needles. In regard to opportunistic diseases, 72.5 percent of the samples had experience of having opportunistic diseases. The opportunistic infections that mostly found were chronic fever (31.5%), dermatitis (31.1%); oral candidiasis (30.6%); tuberculosis (23.9%); pneumonia (22.1%); chronic diarrhea (19.8%); fungal meningitis (3.2%); and numbness at the ends of extremities (1.8%).

Knowledge About AIDS and Perceived Self-Efficacy

There were 59.5 percent of the respondents had a “moderate” level of knowledge about AIDS while 34.7 percent and 5.8 percent had the knowledge at a “good” level and a “needed to be improved” level respectively. When the analysis was made by categories, most of the respondents had a “moderate” level in regard to “taking antiretroviral drugs” and “prevention of opportunistic infections”, 64.9 percent and 70.7 percent respectively.

In regard to perceived self-efficacy, 45.9 percent were found to have a “good” level of self-efficacy and after the respondents have participated in the club’s activities 78.8 percent of the respondents had increased to be a “very good” level.

Social Support from Members of Family, Club and Club’s Committee

There were 59.5 percent of the respondents who received social support from the members of family, club, and club’s committee at a “highest” level, 35.1 percent and 0.5 percent had received social support at a “high” and a “moderate” level respectively.

In regard to the obstacles that affected the ability to access to the club’s services, only 16.7 percent mentioned that they had obstacles to access to the club’s services in which the important obstacles mentioned were: transportation cost (32.4%), work (29.7%), being afraid that other persons may be suspicious about their illness (18.7%); long waiting time (10.8%), and could not come due to severe illness (8.2%).

Self-Care Behaviors of AIDS Club’s Members

Taking Antiretroviral Drugs

The study showed that 98.6 percent of the samples had taken antiretroviral drugs as prescribed by the physician while 97.7 percent never stopped taking antiretroviral drugs by themselves, 96.9 percent had taken the drugs every time, 93.2 percent had taken the drugs regularly, and 85.1 percent never forgot to take the drugs. Even though the samples’ behaviors about taking antiretroviral drugs were found to be at a “good” level but the samples still had one problem in regard to “did not take antiretroviral drugs punctually” (49.1%). Among 32 samples who forgot to take antiretroviral drugs there were a small number of them mentioned that they took the drugs immediately after they had thought about it or in the next day. For those who

stopped using antiretroviral drugs (5 cases), 2 cases stopped using because they thought that their illness had been cured completely while 1 case had a severe allergy of the drugs used that sample had stopped using the drugs. Besides, it was found that 2 cases had moved to another provinces and could not come to get the drugs continuously so they stopped using the drugs.

Even though, at present, there is no medicine or vaccine that can cure and prevent AIDS effectively but if the people with HIV infection or AIDS patients could take a good care of themselves they will be able to delay the onset of opportunistic infections and deaths. The results of this study showed that there were some of them still had a problem regarding taking antiretroviral drugs as “not taking a complete dose as prescribed”, “forgot to take” and “stopped taking” the prescribed drugs. Besides taking antiretroviral drugs, 83.8 percent of the samples were using “self-care methods” which were physical exercise (7.39%), for example, running, walking, doing house-work, aerobic dance, cycling, swimming, etc. Consuming 5 types of foods and avoiding ten healthy foods was practiced by 60.8 percent of the samples while 59.0 percent had tried to keep their mind peacefully and not stressfully, in order to make them be able to live happily with their illness as well as having a longer life.

Behavior Regarding the Prevention of the Spread of HIV and Getting Additional HIV

Even though, the study found that 23.5 percent of the samples had a “good” level of knowledge regarding opportunistic diseases, while 70.7 percent had a “moderate” level and only 5.8 percent had the knowledge at the level that needed to be improved, but 76.1 percent practiced the behaviors that could help to spread the infection and prevent receiving the additional HIV. Most of the samples mentioned that: they used condom everytime if they had sexual intercourse, did not have sexual relationship with other partners, prevented other persons contact their wound or prevented themselves contact other persons’ wound, did not use needles or syringes used by someones else for injections in order to prevent the spread of HIV and getting additional HIV. As it was found that 23.9 percent of the samples did not prevent the spread of HIV and getting additional HIV, this finding should be due to the fact that 27.5 percent of the samples did not have experience about getting opportunistic

infections so they might think that they have a good health status so they ignored the practices for preventing themselves.

Relationship Between Personal Factor, Knowledge, Perceived Self-Efficacy, Social Support form the Members of Family, Club, and Club's Committee, and Self-Care Behaviors

Personal Factors: Factors regarding socio-demographic characteristics and illness which composed of sex, age, educational level, occupation, income, marital status, roles as the member of the club, illness before getting antiretroviral treatment, side-effects of taking antiretroviral drugs, and getting opportunistic diseases.

The findings showed that only marital status and getting opportunistic infections had a significant relationship with regular taking of antiretroviral drugs and getting opportunistic infections was found to relate significantly with the behaviors for preventing the spread of HIV and getting additional HIV ($p = 0.002, 0.047$ and 0.009 respectively). For other personal factors, there was no significant relationship between those factors and behaviors regarding taking antiretroviral drugs and prevention of the spread of HIV and getting additional HIV.

As it was found that marital status related significantly with taking antiretroviral drugs and getting opportunistic infections was also found to relate significantly with the behaviors regarding taking antiretroviral drugs and behaviors for preventing the spread of HIV and getting additional HIV, these findings should be due to the finding that 72.5 percent of the sampled members had ever had opportunistic infections especially chronic fever, dermatitis, oral candidiasis, and tuberculosis, so they were aware of the importance of self-care coupled with the high percentage of the samples had a high level of knowledge regarding taking antiretroviral drugs and the prevention of getting opportunistic infections, therefore, their behaviors regarding taking antiretroviral drugs and the pension of the spread of HIV and getting additional HIV were better than those who never had opportunistic infections.

As it was found that the samples who were widowed / divorced / separated had better behavior of taking antiretroviral dugs than the other groups of marital status, this finding may be due to the number of this group was bigger than the other

groups and higher than 80 percent of this group have their children stayed with them and higher than 90 percent had received social supports from the members of their families, clubs, and clubs' committees at the "high-highest" level.

For other personal factors, as the finding showed that there was no significant relationship between those factors and the behaviors regarding taking antiretroviral drugs and the prevention of the spread of HIV and the getting of additional HIV, this finding may be due to the finding that higher than 80.0 percent of the samples did not have obstacles of accessing to the club's services in regard to disseminating knowledge and suggestions about AIDS, counseling, home-visit, and welfare services. Therefore, there was no difference between behaviors regarding taking antiretroviral drugs and the prevention of the spreading of HIV and getting of additional HIV. This finding was agreed with the study of Tittaya Homsupya et al.⁶ which found that no matter the gender of the person with HIV infection / AIDS is, did not affect the difference of the deficit self-care behaviors. However, this finding did not agree with the study of Wantana Maneesriwongskul et al. which found that higher number of female AIDS patients took antiretroviral drugs regularly than males.

The similar finding of Pairamas Bintajitt was found that age did not relate significantly with health promoting behaviors of persons with HIV infection. And the study by Piyanuch Chaiswat which was found that there was no significant relationship between age and the behaviors regarding taking antiretroviral drugs of AIDS patients.

Besides, the study of Pairamas Bintajitt was also found that there was no relationship between educational level and health promoting behaviors of the persons with HIV infection. It was also found that occupation did not relate significantly with health promoting behaviors. However, this finding disagreed with the study of Wantana Maneesriwongskul et al. which was found that the higher number of the patients who did not work took antiretroviral drug regularly than those who had responsible duties.

The finding of this research project was similar to the study of Tittaya Homsupya, who found that income of the samples did not relate to the self-care deficit behaviors. This finding should be due to the fact that the samples who got a low income received financial assistance from the social welfare unit. Therefore, most

of the samples received free treatment and they could be able to respond to their self-care demand. This situation led to no self-care deficit. The similar finding was found in the study of Kanoklekha Kaewsawarng which was found that family income did not affect health promoting behaviors of persons with HIV infecting whereas this study found that the highest percentage of the respondents whose monthly income less than 5,000 Baht had mostly taken antiretroviral drugs regularly (96.6%). But those whose monthly income of higher than 15,000 Baht had mostly practiced methods for preventing the spread of HIV and the receiving of additional HIV (93.3%). This finding disagreed with the study of Somjit Tulathong who found that there was a relationship between income and regular taking of antiretroviral drugs.

Including the study of Pairamas Bintajitt, who found that no matter what the severity of the illness of the person with HIV infection will be or which stage of the disease progress will be, they did not affect health promoting behaviors of the HIV infected person. Similar finding was found in the study of Kanoklekha Kaewsawang who found that manifestation of AIDS did not relate to health promoting behaviors of HIV infected persons. However, this finding disagreed with the study of Tittaya Homsupya⁶ that was found that manifestation of the disease had a positive relationship with self-care deficit of HIV infected persons whereas the HIV infected persons who had disease manifestation had a higher level of self-care deficit but those who did not have disease manifestation had less self-care deficit.

Relationship Between Knowledge and Self-Care Behaviors of Club Members with HIV Infection or AIDS Patients. The study showed not significant relationship between knowledge and behavior regarding taking antiretroviral drugs ($r = 0.027$, $p = 0.690$). But knowledge and behavior regarding the prevention of the spread of HIV and the receiving of additional HIV was found to relate significantly ($r = 0.193$, $p = 0.04$), whereas the respondents who had a “high” level of knowledge about AIDS were found to practice a “high” level of behavior regarding the prevention of HIV spreading and receiving additional HIV. This finding was not congruent with the study of Piyanuch Chaiswat who found that there was a positive relationship between knowledge about antiretroviral drugs and behavior regarding taking antiretroviral drugs of AIDS patients. This finding should be due to the finding

that most of the respondents had higher level of knowledge about the prevention of HIV spreading and getting additional HIV than the knowledge about taking antiretroviral drugs. It was found that there were 13.5 percent of the respondents who had knowledge about taking antiretroviral drugs at the level that needed to be improved.

Relationship Between Perceived Self-Efficacy and Self-Care Behaviors of Club's Members With HIV Infection or AIDS Patient. It was found that perceived self-efficacy related significantly with behavior regarding taking antiretroviral drugs, ($r = 0.133$, $p = 0.049$) but did not relate significantly with the behavior regarding the prevention of HIV spreading and receiving additional HIV ($r = 0.037$, $p = 0.581$). The respondents who hold a “high” level of self-efficacy had a “higher” level of behavior regarding taking antiretroviral drugs regularly. This find was similar to the study by Raweewan Phongphuthachat who found that enhancing HIV infected persons or AIDS patients perceived self-efficacy could help patients had higher level of perceived self-efficacy as well as the better behavior regarding taking antiretroviral drugs regularly comparing to the irregular behavior measured prior to the program (72.2% of irregular behavior had decreased to 11.1%).

Relationship Between Social Support Received from the Members of Family and Club and Self-Care Behaviors of HIV Infected Persons or AIDS Patients. Positively significant relationship was found between social support received from the members from family and club and behavior regarding taking antiretroviral drugs ($r = 0.197$, $p = 0.003$) but social support received did not relate significantly with the behavior regarding the prevention of HIV spreading and receiving additional HIV ($r = -0.002$, $p = 0.975$). The respondents who received social support from the members of family and club had a “higher” level of behavior regarding regular taking of antiretroviral drugs but receiving social support did not affect the behavior regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV. This finding was similar to the study of Marayart Wongsarbutr who found that there was a relationship between social support and self-care behaviors of AIDS patients, as well as the study of Wantana Maneewongkul et al. who found that social

support related positively with the regularity of taking antiretroviral drugs of AIDS patients especially the supports in regard to providing information and reminding the patients about taking drugs by relatives or care providers.

Relationship Between Accessibility to Services Provided by the AIDS Club and Self-Care Behaviors of Club Members With HIV Infection or AIDS Patients. It was found that accessibility to services of the AIDS Club did not relate significantly with the behavior regarding taking antiretroviral drugs ($r = 0.008$, $p = 0.991$) but was found to relate significantly with the behavior regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV ($r = 0.146$, $p = 0.030$). The persons with HIV infection or AIDS patients who could access to the club's services practiced higher level of behavior regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV but the respondents with accessibility to services of the club did not affect their behavior regarding taking antiretroviral drugs. This finding was not congruent with the study of Wantana Maneesriwongskul et al. who found that the patients who were being on antiretroviral treatment program took antiretroviral drugs continuously and regularly higher than those who did not participate in the antiretroviral treatment program but having used antiretroviral drugs. This finding should be due to the fact that the club members or the group who had HIV infection or AIDS patients had received home-visit and counseling from the care leaders but the important obstacles of receiving the services from the club were transportation cost, being busy with work, or being afraid of meeting someone they know or someone may be suspicious about their illness, etc.

Recommendations

1. As it was found that some of the samples did not practice methods for preventing the spread of HIV and getting additional HIV, this finding was congruent with the cause of HIV infection among the samples whereas most of them were females who got HIV infection from their husbands. Therefore, campaigns and health education activities aiming to educate married females about the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases should be organized in order to

prevent the increase of new HIV infected cases, including education HIV infected persons about the correct methods for preventing HIV spreading and getting additional HIV.

2. As it was found that perceived self-efficacy, social support and accessibility to the club's services were the factors related to self-care behaviors of HIV infected persons / AIDS patients, therefore HIV infected / AIDS patients should be supported to get services of the clubs easily, for example, organizing a one-stop service in order to shorten the waiting time, having a full-time clinic physician, setting a special clinic separated from other patients, availability of adequate personnel for the convenience of the patients, etc. These supportive activities will help patients be able to access to the service system easily and coveragely which will lead to better self-care behaviors of patients.

3. As the study showed that marital status and knowledge were found to relate with self-care behaviors of HIV infected persons / AIDS patients and the HIV infected persons who were single practiced self-care behaviors at the lowest level, therefore, different models of health education programs should be organized for this HIV infected group in order to help them be aware and realize the significance of practicing self-care behaviors.

4. As the study showed that there were almost half of the HIV infected persons / AIDS patients who did not take antiretroviral drugs punctually which may affect the efficiency of the treatment and side effects of the HIV infected / AIDS patients, therefore the effective method should be developed in order to help HIV infected persons take antiretroviral drugs punctually.

Recommendations for Furthering Researches

1. In regard to behaviors regarding taking antiretroviral drugs, it was found that there were a large number of the samples who did not take antiretroviral drugs punctually, some of them forgot to take drugs and did not take them regularly which may affect the treatment's efficiency as well as causing side effects for HIV infected persons, therefore the study should be done in order to find the effective method that can help HIV infected persons take antiretroviral drugs punctually and

continuously including not forget to take antiretroviral drugs.

2. A study should be carry on in regard to self-care behaviors of HIV infected persons of other contexts, for example, the HIV infected group who did not take antiretroviral treatment, the HIV infected group who were healthy and wanted to have a baby, the HIV infected group who were not accepted by the society and those who were accepted by the society, in order to understand their thoughts, lifestyles, etc. and to utilize the data for developing self-care behaviors of other HIV infected groups.

3. As it was found that there were a large number of HIV infected persons who did not practice methods for preventing HIV spreading and opportunistic infections, especially among the group who have not had experiences in getting opportunistic infections, therefore, the study should be done in regard to the causes of non-practices for preventing opportunistic infections and the spreading of HIV among HIV-infected persons including their feelings, opinions, attitudes, beliefs, problems and obstacles in order to find an effective way the solve the problem of the increasing number of HIV-infected person and getting opportunistic infections.

Table 1 Distribution of number and percentage of the samples by socio-demographic characteristics

Socio-demographic Characteristics	Number (222)	Percent
Sex		
Male	88	39.6
Female	134	60.4
Age (years)		
< 35	59	26.6
36 – 40	88	39.6
41 – 45	51	23.0
46 – 50	13	5.8
> 50	11	5.0
$\bar{x} = 38.8$ Min = 5 Max = 6		
Marital Status		
Single	38	17.1
Married	88	39.7
- Have children	61	69.3
- No children	27	30.7
Widowed / Divorced / Separated	96	43.2
- Have children	80	83.3
- No Children	16	16.7

Table 1 Distribution of number and percentage of the samples by socio-demographic characteristics (continued)

Socio-demographic Characteristics	Number (222)	Percent
Education Level		
Primary School or Lower	120	54.1
Secondary School	86	38.7
Higher than Secondary School	16	7.2
Occupation		
Unemployed	17	7.7
Laborer	113	50.9
Agriculture	32	14.4
Trader	51	23.0
Governmental / Semi-governmental Officer	9	4.1
Family Income / Month (Baht)		
< 5,000	88	39.6
5,001 – 10,000	73	32.9
10,001 – 15,000	14	6.3
> 15,001	15	6.8
Uncertain	32	14.4

Table 2 Distribution of number and percentage of the samples by HIV antibody test

Variables	Number (222)	Percent
Getting HIV antibody test		
- Getting the test by themselves	132	59.5
- An officer told them to get the test	90	40.5
Reasons for getting the test by themselves		
- Husband has HIV infection	25	18.9
- Visit a maternal clinic	20	15.1
- Have chronic diarrhea	20	15.1

Table 2 Distribution of number and percentage of the samples by HIV antibody test (continued)

Variables	Number (222)	Percent
- Have chronic fever	17	12.9
- Weight loss	12	9.1
- Being thin, have falling hair	12	9.1
- Have an itchy rash / dermatitis	11	8.4
- Have no illness symptom	10	7.6
- Have oral candidiasis	5	3.8
Reasons that the officer told them to get the test		
Chronic fever / fatigue	43	47.8
Husband had dead	27	30.0
Getting pregnant	19	21.1
Being Punctured by a needle	1	1.1

Table 3 Distribution of number and percentage of the samples by time duration of having HIV infection, informing family member about the result of their blood test, symptoms before taking antiretroviral treatment, time duration of taking antiretroviral drugs, Side effects from taking antiretroviral drugs, and getting opportunistic infections (continued)

Variables	Number (222)	Percent
Time Duration Having HIV Infection (years)		
< 1	20	9.0
1.1 - 2	31	13.9
2.1 - 3	24	10.8
3.1 - 4	23	10.3
4.1 - 5	25	11.2
> 5	99	44.6
$\bar{x}$ = 6.4 years Min = 1 month Max = 19 years		

Table 3 Distribution of number and percentage of the samples by time duration of having HIV infection, informing family member about the result of their blood test, symptoms before taking antiretroviral treatment, time duration of taking antiretroviral drugs, Side effects from taking antiretroviral drugs, and getting opportunistic infections (continued)

Variables	Number (222)	Percent
Informing Family Members About the Result of Their Blood Test		
Informed	210	94.6
Not inform	12	5.4
Symptoms Before Taking Antiretroviral Treatment		
No symptom	107	48.2
Severe symptom	84	37.8
Not severe symptom	31	14.0
Time Duration of Taking Antiretroviral Drugs (Years)		
< 1	43	19.4
1.1 – 2	47	21.2
2.1 – 3	36	16.2
3.1 – 4	24	10.8
4.1 – 5	36	16.2
> 5	36	16.2
$\bar{x}$ = 6.4 years Min = 1 month Max = 19 years		
Side-Effects From Taking Antiretroviral Drugs		
Never had	149	67.1
Ever had	73	32.9
- Consulted a physician	63	86.3
- Self-medication	6	8.2
- Continued taking the antiretroviral drugs until the side-effects disappeared	4	5.5

Table 3 Distribution of number and percentage of the samples by time duration of having HIV infection, informing family member about the result of their blood test, symptoms before taking antiretroviral treatment, time duration of taking antiretroviral drugs, Side effects from taking antiretroviral drugs, and getting opportunistic infections (continued)

Variables	Number (222)	Percent
Getting Opportunistic Infections		
No experience	61	27.5
Had experiences*	161	72.5
- Chronic fever	70	31.5
- Dermatitis	69	31.1
- Oral candidiasis	68	30.6
- Tuberculosis	53	23.9
- Pneumonia	49	22.1
- Chronic diarrhea	44	19.8
- Fungal meningitis	7	3.2
- Numbness at the ends of extremities	4	1.8

* Could answer more than 1 item

Table 4 Distribution of number and percentage of the samples by levels of knowledge about AIDS, perceived self-efficacy and social supports from members of family and club

Variables	Number (222)	Percent
Knowledge About Taking Antiretroviral drugs		
- Good	48	21.6
- Moderate	144	64.9
- Needed to be improved	30	13.5

Table 4 Distribution of number and percentage of the samples by levers of knowledge about AIDS, perceived self-efficacy and social supports from members of family and club (continued)

Variables	Number (222)	Percent
Knowledge About Prevention of HIV		
Spreading and Getting Additional HIV		
- Good	52	23.5
- Moderate	157	70.7
- Needed to be improved	13	5.8
Perceived Self-Efficacy		
Highest	175	78.8
High	43	19.4
Moderate	2	0.9
Low	2	0.9
Lowest	0	0.0
Social Supports Received		
Highest	132	59.5
High	78	35.1
Moderate	11	5.0
Low	1	0.5
Lowest	0	0.0

Table 5 Distribution of number and percentage of the samples by behaviors regarding taking antiretroviral drugs

Taking Antiretroviral Drugs	Never	Once in a while	Many times
Not punctually	113 (50.90)	104 (46.80)	5 (2.30)
Discontinuation	207 (93.2)	13 (5.9)	2 (0.9)
Not every time	214 (96.4)	7 (3.2)	1 (0.4)
Incomplete dose	219 (98.6)	3 (1.4)	0.0
Forgot to take	189 (85.1)	31 (14)	2 (0.9)
Stopped taking	217 (97.7)	4 (1.4)	1 (0.5)

Table 6 Distribution of number and percentage of the samples by behaviors regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV

Methods	Number (222)	Percent
Prevention of HIV Spreading and Getting Additional HIV		
Never used	53	23.9
Ever used*	169	76.1
- Using condom	157	92.9
- Abstinence	56	23.1
- Prevention the contact with a wound / skin lesion	29	17.2
- Not using the needles that were used	26	15.4

* Could answer more than 1 item

Table 7 Relationship between personal factors and behaviors regarding taking antiretroviral drugs and behaviors regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV

Factors	Behaviors Regarding Taking Antiretroviral Drugs		Behaviors Regarding the Prevention of HIV Spreading and Getting Additional HIV	
	χ^2	p	χ^2	p
Sex	1.361	0.304	0.932	0.333
Age	2.902	0.574	7.116	0.212
Educational Level	1.021	0.600	3.002	0.223
Occupation	5.040	0.283	3.009	0.556
Income	3.967	0.265	4.445	0.349
Marital Status	13.519	0.002	1.960	0.375
Roles in the AIDS Club	0.868	0.351	3.284	0.070

Table 7 Relationship between personal factors and behaviors regarding taking antiretroviral drugs and behaviors regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV (continued)

Factors	Behaviors Regarding Taking Antiretroviral Drugs		Behaviors Regarding the Prevention of HIV Spreading and Getting Additional HIV	
	χ^2	p	χ^2	p
Illness Before Taking the Antiretroviral Treatment	2.637	0.268	2.632	0.268
Side-Effects from Taking Antiretroviral Drugs	1.936	0.164	0.662	0.416
Experiences of Getting Opportunistic Infections	3.943	0.047	6.879	0.009

Table 8 Relationships between knowledge, perceived self-efficacy, social support, accessibility of club's services, behaviors regarding taking antiretroviral drugs and behaviors regarding the prevention of HIV spreading and getting additional HIV

Factors	Behaviors Regarding Taking Antiretroviral Drugs		Behaviors Regarding the Prevention of HIV Spreading and Getting Additional HIV	
	r^*	p	r^*	p
Knowledge	0.027	0.690	0.193	0.004
Perceived Self-Efficacy	0.133	0.049	0.037	0.581
Social Support	0.197	0.003	-0.002	0.975
Accessibility of Club's Services	0.008	0.911	0.137	0.041

* Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

บรรณานุกรม

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ไชยเจริญ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ศึกษากรณี : คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุดิวรรณ จันคามิ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับการพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญ จิตแสงชาติ และคณะ. (2538). พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล ,เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. หน้า 77-103 . กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที.ซี.เอเซีย (2000) จำกัด.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์. (2549). พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลตากสิน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบรมาษฐ์ บินทจิดต์. (2544). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พชรชัย เรือนสิทธิ์. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี ภาณุวัฒน์สุข. (2541). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อคงสถานะการตั้งครรภ์ต่อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทริดา เอกบรรณสิงห์. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกำลังพล กองทัพบก ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. (2550). ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์. ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 หน้า 141-154.
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2549). ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ. หน้า 45-67. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไมตรี สุทธจิตต์. (2544). โภชนาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การประมวลองค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. หน้า 3-5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. ใน พิระมณ นิงสานนท์, สันติชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, สุณีย์ ไหมสุวรรณ(บรรณาธิการ), สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. หน้า 9-17. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. (2541). ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของโรคเอดส์ ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ),

- องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. หน้า 177- 199.
กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์.
- โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ. (2550). สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก ปี 2550. [ออนไลน์].
Avirable:<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.ap>. (วันที่สืบค้น : 1 พฤษภาคม 2552).
- สำนักงานประสานและพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระบบสุขภาพ สำนักโรคเอดส์
วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547).
แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. หน้า
37-135. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคเอดส์ วันโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552).
สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
[www.aidssthai.org/3_Situation_on_HIV_AIDS_Update_Feb_2008\(1\)](http://www.aidssthai.org/3_Situation_on_HIV_AIDS_Update_Feb_2008(1)). (วันที่สืบค้น 1
พฤษภาคม 2552).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์
จังหวัดเพชรบุรี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pbro.moph.go.th/> (วันที่
สืบค้น: 19 กรกฎาคม 2552).
- สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์พัฒนาระบบบริการทางด้านไวรัส
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย. (2550). แนวทางการดูแล
รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. ใน สมนึก
สังฆานุภาพ กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ , อนุมศักดิ์ อเนกชนานนท์ , นรินทร์ หิรัญ
สุทธิกุล , ฤดีวิไล สามโกเศศ และ ธิดาพร จิระวัฒนไพศาล (บรรณาธิการ). หน้า 15-79.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข. สรุบบทเรียนเครือข่ายจังหวัดเพชรบุรี
วันที่ 12-13 มกราคม 2552 ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า . เอกสารอัดสำเนา.2552.
- สำนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2552). เชื้อเอชไอวี : ไวรัสวิทยา
และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุคนธา คงศีล และคณะ. (2547). รายงานผลการวิจัย โครงการศึกษาและวิเคราะห์นโยบายการจัดระบบ
บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบ

บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ภูมิศึกษาด้านผู้รับบริการของระบบบริการการดูแล
รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ .

สุรพล ศรีบุคคา. (2545). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์: ภูมิศึกษาจังหวัด
ขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพรรณิ ศฤงคศิริรักษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. การบูรณาการงานเอดส์ระดับ
จังหวัด. เอกสารการนำเสนอเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย
เอดส์. 2551. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.cqihiv.com/> (วันที่สืบค้น : 12
พฤษภาคม 2552).

สุปรียา ดันสกุล. (2548). ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory). ใน สุปรียา ดันสกุล
(บรรณาธิการ). ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 38-67. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). โรคเอดส์ มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
เรือนแก้วการพิมพ์.

องค์อร ประจันเขตต์. (2551). ผลการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความ
ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Phongphuthachat, R (2005). APPLICATION OF SELF-EFFICACY THEORY ON ANTIRETROVIRAL
DRUG ADHERENCE AMONG HIV-INFECTED /AIDS PATIENTS. Master
degree of Science (Public Health) Major in Public Health Nursing, Faculty of Graduate
studies, Mahidol University.

Tulathong, S (2004). AFFECTIVE FACTORS TO MEDICATION ADHERENCE AMONG
PATIENTS RECEIVING HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY
(HAART) Master degree of Nursing science (Community Health Nursing), Faculty
of Graduate studies ,Mahidol University.



ภาคผนวก ก



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-108

ชื่อโครงการ พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จังหวัด เพชรบุรี

รหัสโครงการ 37/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางถวณันท์ สัจจเจริญพงษ์

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เจตจำนง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลิ้มมัจจุลกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 14 มิถุนายน 2553

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 13 มิถุนายน 2554



**Documentary Proof of Ethical Clearance
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University**

Proof Number	MUPH2010-108
Project Title	Self-Care Behaviors of HIV Club Members, Petchaburi Province
Project Number	37/2553
Principal Investigator	Mrs. Thawanun Sajjarengpong
Official Address	Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Behavioral Sciences Faculty of Public Health, Mahidol University 420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

P. Luksamijarulkul

(Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

Phitaya Charupoonphol

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

Date of Approval : 14 June 2010

Date of Expiration : 13 June 2011

ภาคผนวก ข

เลขที่แบบสัมภาษณ์ [] [] []

แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง

ท่านเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการศึกษาครั้งนี้ จึงขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงหรือตามความเห็นของท่าน ซึ่งคำตอบที่ได้จะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นทราบ แต่จะรายงานผลในภาพรวม ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนพัฒนาสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของชมรมหรือของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ต่อไป

ถวรัตน์ สัจเจริญพงษ์

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จังหวัดเพชรบุรี
วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอทำหนังสือนี้
ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป
- ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ภาคผนวก ง

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
1.คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ	0	7(3.2)	9(4.1)	38(17.1)	168(75.7)
2.เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรค คนในครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหาได้	1(0.5)	4(1.8)	15(6.8)	51(23)	151(68)
3.นอกจากกำลังใจแล้ว ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของท่าน	4(1.8)	10(4.5)	20(9)	55(24.8)	133(59.9)
4.ท่านมีความรู้สึกลัวถูกทอดทิ้งจากญาติพี่น้อง	162(73)	13(5.9)	14(6.3)	14(6.3)	19(8.6)
5.ท่านได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนสมาชิกในชมรม	6(2.7)	5(2.3)	21(9.5)	55(24.8)	135(60.8)
6.สมาชิกชมรม คอยช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน	3(1.4)	2(0.9)	22(10)	53(23.9)	142(64)
7.เพื่อนสมาชิกชมรมคอยให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี	3(1.4)	6(2.7)	22(9.9)	53(23.9)	138(62.2)
8.ท่านมีความรู้สึกลัวถูกทอดทิ้งจากเพื่อนสมาชิก	159(71.7)	16(7.2)	18(6.8)	15(6.8)	14(6.3)
9.สมาชิกชมรม ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ	1(0.5)	3(1.4)	15(6.8)	58(26.1)	145(65.3)
10.ชมรมมีส่วนช่วยสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของสมาชิก	24(10.8)	14(6.3)	28(12.6)	48(21.6)	101(45.5)
11.กิจกรรมชมรมทำให้มีเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและรับฟังความทุกข์	1(0.5)	6(2.7)	26(11.7)	51(23)	138(62.2)
12.ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากแกนนำในชมรม	1(0.5)	5(6.8)	15(6.8)	54(24.3)	147(66.2)
13.ท่านได้รับการบริการจากแกนนำในการติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเป็นอย่างดี	2(0.9)	4(1.8)	17(7.7)	52(23.4)	147(66.2)
14. ในภาพรวม การเข้าเป็นสมาชิกชมรม ทำให้มีความสุขทั้งใจและกายมากขึ้น	1(0.5)	2(0.9)	14(6.3)	52(23.4)	153(68.9)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองรายข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
1. ถ้าแพทย์ให้ท่านกินยาต้านไวรัส ท่านสามารถกินยาตามที่แพทย์สั่งได้	0(0)	2(0.9)	2(0.9)	23(10.4)	195(87.6)	ปัจจุบัน
	11(5)	11(5)	69(31.1)	84(37.8)	41(21.2)	ก่อนเข้าชมรม
2. แม้จะมีอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส แต่ท่านสามารถจะกินยาต้านไวรัสต่อไปได้	1(0.5)	1(0.5)	9(4.1)	34(15.3)	177(79.7)	
	15(6.8)	9(4.1)	79(35.6)	69(31.1)	50(22.6)	
หลังทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวี ท่านเชื่อมั่นว่า						
3. จะทำงานได้ตามปกติ	1(0.5)	4(1.8)	12(5.5)	35(15.8)	170(76.6)	
	13(5.9)	19(8.6)	84(37.8)	69(31.1)	37(16.7)	
4. ท่านจะสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ	1(0.5)	1(0.5)	12(5.4)	40(18)	168(75.7)	
	9(4.1)	12(5.4)	85(38.3)	65(29.3)	51(23)	
5. ท่านจะสามารถดูแลรักษาสุขภาพได้เป็นอย่างดี	0(0)	1(0.5)	9(4.1)	42(18.9)	174(76.6)	
	7(3.2)	13(5.9)	84(37.8)	71(32)	47(21.2)	
6. ท่านจะสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและโรคเพิ่มมากขึ้น	0(0)	3(1.4)	11(5)	54(24.3)	152(68.5)	
	6(2.7)	17(7.7)	93(41.9)	61(27.5)	45(20.3)	
7. ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้	2(0.9)	3(1.4)	13(5.9)	54(24.3)	150(67.6)	
	10(4.5)	16(7.2)	97(43.7)	67(30.2)	32(14.4)	
8. ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้	0(0)	4(1.8)	6(2.7)	37(16.7)	175(78.8)	
	9(4.1)	20(9)	88(39.6)	68(30.6)	37(16.7)	
9. ท่านไม่เชื่อว่าจะสามารถกินยาต้านไวรัสตามที่แพทย์สั่งได้	63(28.4)	7(3.2)	7(3.2)	31(14)	114(51.4)	
	80(36)	15(6.8)	66(29.7)	42(18.9)	19(8.6)	
10. ท่านไม่เชื่อว่า เมื่อป่วยเป็นเอดส์แล้ว จะสามารถดูแลตนเองได้ โดยที่ไม่มีผู้อื่นคอยช่วยเหลือ	53(23.9)	7(3.2)	18(8.1)	25(11.3)	119(53.6)	
	60(27)	22(9.9)	77(34.7)	41(18.5)	22(9.9)	

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส รายข้อ

ข้อความ	คะแนน	
	จำนวนผู้ตอบ(n=222)	
	จำนวน	ร้อยละ
1.เมื่อใดหรือในกรณีใดที่คุณคิดว่าควรได้รับยาต้านไวรัส	219	98.7
1.1 ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดCD4น้อยกว่า200 เซลล์/ลบ.ซม.	174	78.4
1.2 มีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส	142	64
1.2.1 มีเชื้อราในปาก	91	41
1.2.2 มีตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุที่หน้า/ลำตัว	72	32.4
1.2.3 มีไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ	74	33.3
1.2.4 ท้องเสียนานกว่า 10 วัน โดยไม่ทราบสาเหตุ	53	23.9
1.2.5 น้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ ในช่วง 3 เดือน	83	37.4
1.2.6 มีแผลที่เยื่อต่างๆ เช่น ปากและอวัยวะเพศ	56	25.2
1.2.7 มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน	45	20.3
1.3 ไม่ทราบ	9	4.1
2. การรับประทานยาต้านไวรัสที่คุณควรรับประทานอย่างไร	218	98.2
2.1 ทานให้ถูกชนิด	86	38.7
2.2 ทานตามเวลาที่แพทย์กำหนด	148	66.7
2.3 ทานยาครบทุกเม็ด	126	56.8
2.4 ทานยาครบทุกมื้อ ไม่ขาดยา	155	69.9
2.5 ทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	146	65.8
2.6 ไม่ทราบ	7	3.2
3. จะทราบได้อย่างไรว่าการรับประทานยาต้านไวรัส ได้ผล	218	98.2
3.1 ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงเหลือน้อยกว่า 50 ก๊อปปี้/มล.ภายในเวลา 6 เดือน	98	44.1
	106	47.7
3.2 ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดCD4 มากกว่า200 เซลล์/ลบ.ซม.	83	37.4
3.3 ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดCD4 เพิ่มขึ้น 100-150 เซลล์/ลบ.ซม./ปี	116	52.3
3.4 ไม่ติดเชื้อโรคฉวยโอกาส	21	9.5
3.5 ไม่ทราบ		

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส รายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	คะแนน	
	จำนวนผู้ตอบ(n=222)	
	จำนวน	ร้อยละ
4. การหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอง จะมีผลเสียเรื่องใด หรือในด้าน	218	98.2
บ้าง	104	46.8
4.1 ทำให้การรักษาด้วยยาล้มเหลว	174	78.4
4.2 ทำให้เชื้อดื้อยา	109	49.1
4.3 คิดเชื่อนวโอกาสได้ง่าย	99	44.6
4.4 ทำให้ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรที่สูงขึ้นและราคา	16	7.2
แพงขึ้น		
4.5 ไม่ทราบ		
5. ในกรณีใดที่ควรหยุดรับประทานยาต้านไวรัส	219	98.6
5.1 ได้รับผลข้างเคียงจากยา	67	30.2
5.2 คิดเชื้อโรคฉวยโอกาสและต้องรับประทานยารักษา	33	14.9
5.3 คิดเชื้อโรคฉวยโอกาส แต่ไม่ต้องรับประทานยารักษา	11	5
5.4 แพทย์ให้หยุดยา	154	69.4
5.5 ไม่ทราบ	28	12.6
6. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาต้านไวรัส มี	216	97.3
อะไรบ้าง	101	45.5
6.1 คลื่นไส้ อาเจียน	70	63.5
6.2 แขนขาอ่อนแรง	119	53.6
6.3 ผื่นแพ้ยา	141	63.5
6.4 ไขมันย้ายที่	21	9.5
6.5 ไม่ทราบ		

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	คะแนน	
	จำนวนผู้ตอบ(n=222)	
	จำนวน	ร้อยละ
7.ระหว่างที่รับประทานยาต้านไวรัสท่านควรได้รับการตรวจพิเศษอะไรบ้าง	218	98.2
7.1 ไม่ต้องตรวจ	6	2.7
7.2 ตรวจระดับไขมันในเลือด	141	63.5
7.3 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	111	50
7.4 ตรวจการทำงานของตับ	131	59.1
7.5 ตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิดCD4	181	81.5
7.6 ตรวจปริมาณเชื้อไวรัส	171	77
7.7 ตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	76	34.2
7.8 ตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง	30	13.5
7.9 ไม่ทราบ	9	4.1

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม รายข้อ

ข้อความ	คะแนน	
	จำนวนผู้ตอบ(n=222)	
	จำนวน	ร้อยละ
8. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้แก่โรคใดบ้าง	220	99.8
8.1 เชื้อราในปาก	137	61.7
8.2 ผิวหนังอักเสบ	102	45.9
8.3 อูจากระร่วงเรื้อรัง	102	45.9
8.4 ปอดอักเสบ	136	61.3
8.5 เชื้อหุ้มสมองอักเสบ	114	51.4
8.6 วัณโรค	156	70.3
8.9 ไม่ทราบ	19	8.6
9. เพราะเหตุใด ผู้ติดเชื้อบางคนจึงมีโอกาสดูแลตัวเองได้ดีมากกว่าผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี อื่นๆ	218	98.2
9.1 มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดCD4 น้อยกว่า200 เซลล์/ลบ.ชม.	125	56.3
9.2 มีปริมาณเชื้อไวรัสมากกว่า 1,000 ก๊อปปี้/มล.	65	29.3
9.3 ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ	142	64
9.4 ไม่ทราบ	34	15.3
10. จะมีวิธีป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้อย่างไรบ้าง	222	100
10.1 ลดพฤติกรรมเสี่ยง	204	91.9
10.1.1 การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	194	87.4
10.1.2 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	155	69.8
10.1.3 ดื่มสุรา	122	55
10.2 ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ	86	38.7
10.3 รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	156	70.3

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเพิ่ม รายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	คะแนน	
	จำนวนผู้ตอบ(n=222)	
	จำนวน	ร้อยละ
10.4 ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง	178	80.2
10.4.1 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	165	74.3
10.4.2 ออกกำลังกาย	163	73.4
10.4.3 ทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด	160	72.1
10.5 ไม่ทราบ	7	3.2
11. ท่านสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เอช ไอ วี ได้ ด้วยวิธีใด	222	100
11.1 ระวังไม่สัมผัส เลือด สารคัดหลั่งต่างๆจากผู้อื่น	81	36.5
11.2 สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	205	92.3
11.3 ไม่ใช้เข็มฉีดยา/สารเสพติดร่วมกับผู้อื่น	119	53.6
11.4 ไม่ใช้กรรไกรตัดเล็บหรือใบมีดโกนร่วมกับผู้อื่น	78	35.1
11.5 รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	100	45
11.6 วางแผนป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก	71	32
11.7 ไม่ทราบ	6	2.7

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางถวณันท์ สัจเจริญพงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	18 กุมภาพันธ์ 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540 – 2545 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2550 – 2553 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วิชาเอกสุขศึกษาและพลศึกษา) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล พหลโยธิน กรุงเทพฯ พ.ศ. 2548 – 2552 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากเจตนิน กรุงเทพฯ พ.ศ. 2545 – 2548 ตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล พหลโยธิน 670/1 ถ.พหลโยธิน สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 089-755-0881