

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์
ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ของผู้ป่วยเอดส์จังหวัดอำนาจเจริญ



สมเจตน์ เพียรคุ้ม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2550
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT FACTORS
AND ANTIRETROVIRAL MEDICATION ADHERENCE IN AIDS
PATIENTS IN AMNATCHAROEN PROVINCE**

SOMJAIT PHEINKHUM

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANEE UNIVERSITY
YEAR 2007**

COPY RIGHT OF UBON RAJATHANEE UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์
อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ

ผู้วิจัย นายสมเจตน์ เพียรคุ้ม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ ชีระวัฒนสุข)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา)

..... กรรมการ
(นายแพทย์ชัยพร ทองประเสริฐ)

..... กรรมการ
(นางดวงเดือน พิมพ์ทรัพย์)

..... คณบดี
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ ชีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีรับรองแล้ว

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทิศ อินทร์ประสิทธิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2550

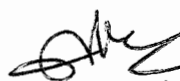
กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ วีระวัฒนสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งท่านนายแพทย์ชัยพร ทองประเสริฐ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ และคุณดวงเดือน พิมพ์ทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ท่านเหล่านี้ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนองค์ความรู้ และมุมมองในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์หญิงครองศิริ รุจิราวังศ์ อายุรแพทย์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ คุณกนกพร แก้วเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ และคุณนัทธมน จารุวัฒน์ นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการศึกษาข้อมูลด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง และขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญที่ได้อุดหนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย เพื่อนร่วมงาน และนักศึกษา เพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา พี่ชาย พี่สาว และญาติ ทุกท่าน ที่ส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจ และการศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลงมิได้ ถ้าขาดการสนับสนุนและช่วยเหลือจากภรรยา (คุณเรืองอุไร เพียรคุ้ม) และบุตรทุกคน(นายสุมาทิว เด็กชายจิรายุ และเด็กหญิงมุกกรินทร์ เพียรคุ้ม) ที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยดำเนินงานจนประสบความสำเร็จด้วยดี ความดีและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวข้างต้นด้วยความสำนึกในบุญคุณเป็นอย่างยิ่ง



(นายสมเจตน์ เพียรคุ้ม)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยา
ต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์
จังหวัดอำนาจเจริญ

โดย : สมเจตน์ เพ็ชรคุ้ม

ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ ธีระวัฒนสุข

ศัพท์สำคัญ : ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การกินยาด้านไวรัสเอดส์
อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เอดส์

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาในระยะเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกินยาด้านไวรัสเอดส์ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 198 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2550 ถึง 20 กันยายน 2550 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance : ANOVA) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant analysis) และการทดสอบค่าที (t – test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.0 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 36.4 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3-5 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์มาแล้วเป็นเวลา 3 – 5 ปี รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในสูตร d4T + 3TC + NVP มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) เมื่อเริ่มรับยาเฉลี่ย เท่ากับ 66.0 cells/ml ปัจจุบันมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) เฉลี่ยเท่ากับ 387 cells/ml ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่า ผู้ป่วยมีการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ประเมินโดยวิธีสัมภาษณ์ และโดยวิธีนับเม็ดยาคงเหลือ อยู่ในเกณฑ์

ดีมาก คือร้อยละ 98.5 และดี คือร้อยละ 80.3 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส และการเปิดเผยตัว มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่วนอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์

โดยสรุป ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านความรู้พื้นฐาน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และด้านการยอมรับจากสังคม มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์

ABSTRACT

TITLE : THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT FACTORS AND
ANTIRETROVIRAL MEDICATION ADHERENCE IN AIDS PATIENTS
IN AMNATCHAROEN PROVINCE

BY : SOMJAIT PHEINKHUM

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : HEALTH CARE MANAGEMENT

CHAIR : ASSOC. PROF. NONGNIT TEERAVATANASUK, Ph.D.

KEYWORDS : SOCIAL SUPPORT FACTORS / ANTIRETROVIRAL MEDICATION
ADHERENCE / AIDS

A study on the relationship between social support factors and antiretroviral medication adherence in AIDS patients was conducted as a descriptive cross – sectional design at Amnatcharoen province. Some 198 subjects enrolled in the study were AIDS patients who have received antiretroviral treatment. Data was collected by questionnaire and interview during August 15th to September 20th 2007, analyzed using one way ANOVA, Pearson's product moment coefficient correlation, t-test, and discriminant statistics.

The result showed that most participants were males (54%) with an average age of 36.4 years, and primary school educational background. Agriculture is the most common occupation among the participants. They have been diagnosed as HIV-infected for 3 to 5 years, and received antiretroviral (ARV) therapy (d4T+3TC+NVP) for 3 to 5 years. The average CD₄ count at the beginning of therapy was approximately 66 cells/ml. Currently, CD₄ count is approximately 387 cells/ml. According to the questionnaire, these participants had received moderate overall social supports. Nonetheless, the adherences to treatment, evaluated by interview and pill counts, were very good (98.5%), and good (80.3%) respectively. Some factors such as marital status and public clarification were significantly correlated with ARV adherence, whereas age, income, duration of being infected and treated showed no correlation.

In conclusion, this study showed that there is a significant correlation between overall social support factors and ARV adherence ($p < 0.05$), in particular, basic knowledge, essential information, and social affirmation ($p > 0.05$). In contrast, some other factors, i.e. emotional support and instrumental aid were apparently not correlated with ARV adherence.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
สารบัญ	ณ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.3 สมมุติฐานการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	7
2.2 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	15
2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรที่ศึกษา	41
3.2 กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง	41
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ	44
3.5 วิธีดำเนินการวิจัย	45
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	47
4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา	50
4.3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	53
4.4 พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์	60
4.5 การตรวจสอบ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย	60
4.6 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และการรักษา ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยา อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ	64
5 สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	69
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	70
5.3 ข้อเสนอแนะ	74
เอกสารอ้างอิง	77
ภาคผนวก	
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ	104
ประวัติผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	48
2	ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา	51
3	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์	53
4	ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายด้าน	54
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายข้อ	56
6	พฤติกรรมการกินยาด้านไวรัสเอดส์	60
7	ความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์จากการนับยาคงเหลือ	60
8	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยแยกเป็นรายข้อ	61
9	เปรียบเทียบระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่กินยาครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มที่กินยาไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	62
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD ₄) ก่อนกินยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	62
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD ₄) หลังกินยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	63
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD ₄) ระหว่างก่อนกินยาด้านไวรัสเอดส์ และหลังจากกินยาด้านไวรัสเอดส์ ซึ่งตรวจในครั้งล่าสุด ในกลุ่มตัวอย่างที่กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มที่กินยาไม่ครบถ้วน	63
13	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กับ จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD ₄)	64
14	ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา กับการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ	65

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
15	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอดส์ และ ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กับพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่่าเสมอ	65
16	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยา ต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ	66

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	16

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้กระจายไปอย่างรวดเร็ว จากกลุ่มชายรักร่วมเพศ และการระบาดเริ่มรุนแรงในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และได้แพร่ไปยังกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ชายนักเที่ยว หญิงทั่วไป และทารกที่ติดเชื้อจากมารดา โดยมีการระบาดมากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2535 (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2544) แม้จะมีการชะลอตัวของการระบาดที่เห็นได้จากการลดลงของอัตราผู้ติดเชื้อเอดส์ใหม่ในกลุ่มประชากรที่มีการเฝ้าระวังเกือบทุกกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด แต่ประเทศไทยก็ได้รับการยอมรับจากนานาชาติในความสำเร็จด้านการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ จนสามารถทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปีลดลงจาก 143,000 ราย ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 23,000 ราย ในปี พ.ศ. 2545 รวมทั้งประสบความสำเร็จในการป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โดยสามารถขยายบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ทำให้สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากร้อยละ 25 - 30 เหลือต่ำกว่าร้อยละ 10 (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2545) จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 309,653 ราย เสียชีวิต 85,870 ราย (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) และจากรายงานสถานการณ์เอดส์จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 1,631 ราย เสียชีวิต 245 ราย (ข้อมูลจากรายงาน รง. 506/1 และ 507/1 รายงานสถานการณ์เอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เดือน กุมภาพันธ์ 2550)

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ได้เริ่มโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดี่ยว (Mono therapy) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และ 2 ชนิด (Dual therapy) ในเวลาต่อมา และในปี พ.ศ. 2543 ได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มีการพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีผลข้างเคียงน้อยลง และมีความสะดวกในการกินยามากขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ได้เองหลายชนิด และผลักดันให้ราคายาต้านไวรัสเอดส์ต่ำลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

มากขึ้น การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในปัจจุบันใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) ซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด ช่วยฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น และลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ แต่เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ใช้อยู่ส่วนใหญ่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น (Half life) การรักษาที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพคือ มีปริมาณเชื้อไวรัส (HIV-RNA) ในเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ เพื่อให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาต่อเนื่องนานที่สุด จึงจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ และไม่เกิดการดื้อยาของเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ป่วยต้องกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และพบว่าผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ ได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องกินตามแผนการรักษา ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีจะลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ (Paterson et al., 2000) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าร้อยละ 95 ล้มเหลวในการรักษาจนสามารถตรวจพบปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ร้อยละ 22 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 80 – 94.9 มีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 (Paterson et al., 2000; Davidson et al., 2002) และการกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาว ทั้งในด้านการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี การเพิ่มระดับและคุณภาพของภูมิคุ้มกันในร่างกาย ตลอดจนความยาวนานของการรักษาที่ได้ผล (DHHS, 2004) ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องกินตามแผนการรักษา ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในการรักษาจะไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mannheimer, 2002) และการกินยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ และหรือไม่ต่อเนื่อง (Poor adherence) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว (Maher et al., 1999; และ Vanhove et al., 1996) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย และเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งจะรักษาด้วยยาสูตรอื่นๆ ไม่ได้ผล ทำให้ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรที่สูงขึ้น มีราคาแพง ตลอดจนมีความยุ่งยากในการกินยาและมีอาการข้างเคียงรุนแรงมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยสูตรยาในลำดับต่อไปลดลง (Little et al., 2002) และยังเป็นการเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาจากผู้ป่วยเอดส์ไปสู่ผู้อื่นได้

ดังนั้น การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และหรือไม่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วย และเป็นปัญหาของสังคมในภาพรวม ตลอดจนเป็นปัญหา

ทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economic) จากการที่ต้องเริ่มรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ชนิดที่ดื้อยาด้วยสูตรยาที่สูงและมีราคาแพงขึ้น ผู้ป่วยเอดส์ที่ดื้อยามีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมสูงขึ้นไปด้วย ในขณะที่การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บางชนิดก็มีปฏิกริยากับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั้นลดลงไปด้วย หากผู้ป่วยสามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ยาต้านไวรัสเอดส์ก็จะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีมากขึ้น ความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ (Medication adherence) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จังหวัดอำนาจเจริญได้เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สะสมถึงวันที่ 31 มกราคม 2550 จำนวน 458 ราย แยกเป็นผู้ใหญ่ 431 ราย และเด็ก 27 ราย ผู้ป่วยผู้ใหญ่คงเหลือรับยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 368 ราย ออกจากโครงการดังกล่าว 63 ราย (ร้อยละ 17.12) สาเหตุเนื่องจาก ไม่มาตามนัด 21 ราย (ร้อยละ 33.33) เสียชีวิต (เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 34 ราย สาเหตุอื่น 4 ราย) รวม 38 ราย (ร้อยละ 60.32) ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นหรือโครงการอื่น รวม 4 ราย (ร้อยละ 6.35) (ข้อมูลจากรายงานประจำเดือน โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เดือน มกราคม 2550) ซึ่งในการติดตามการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งครอบคลุมถึงการติดตามอาการและอาการแสดงทางคลินิก การติดตามระดับภูมิคุ้มกัน (การตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄) การติดตามปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (viral load) การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา การติดตามอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ และการติดตามความสม่ำเสมอ (Adherence) ในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งความสม่ำเสมอในการใช้ยามีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ตระหนักดีว่า การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

สมัครเพื่อส่งเสริม พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัครของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2.2 วัตถุประสงค์รอง

1.2.2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร และด้านการยอมรับ กับ การกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัครของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์

1.2.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเปิดเผยตัว ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ กับ การกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัครของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์

1.2.2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ก่อนและหลังการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ ในกลุ่มที่กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัคร และกลุ่มที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่องสมัคร

1.3 สมมติฐานการวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัคร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสมัครของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดอำนาจเจริญ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง)

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.5.1 ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่มีอาการ และระยะเป็นเอดส์ที่เข้าร่วมในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA)

1.5.2 ยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่มีอาการ และระยะเป็นเอดส์ ซึ่งมีคุณสมบัติในการทำลายหรือลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วย

1.5.3 ความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องในการใช้ยาตามสั่ง อย่างถูกต้อง ครบถ้วนทั้งชนิด ขนาด และเวลา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

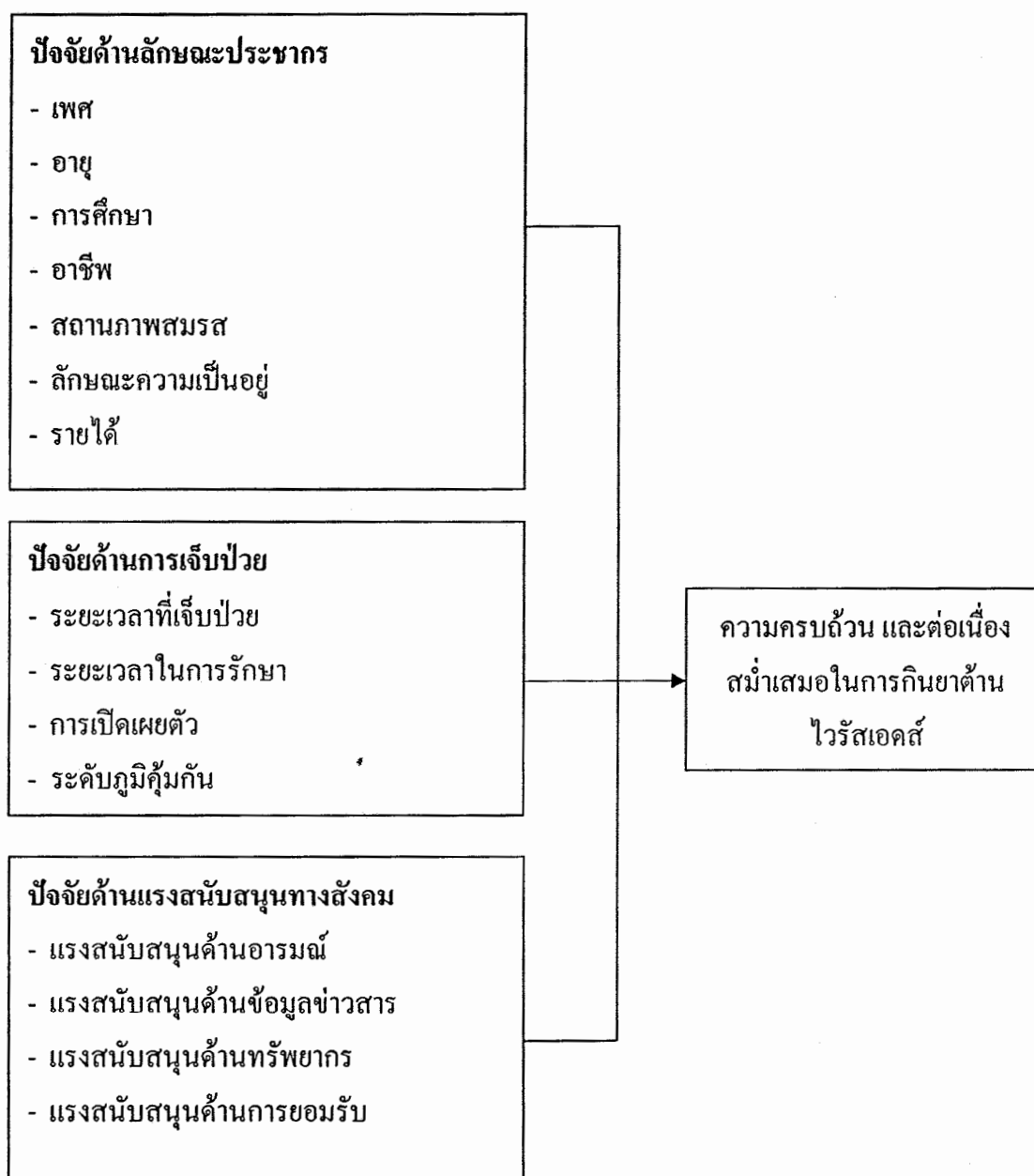
1.5.4 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แรงสนับสนุนที่ได้รับจากสังคมในด้าน อารมณ์ (Emotional support) ด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) ได้รับการช่วยเหลือด้าน ทรัพยากร (Instrumental aid) และ ได้รับการยอมรับจากสังคม (Affirmation)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การกินยาด้านไวรัสเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.6.2 ทราบปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์กินยา ด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.6.3 สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม และกินยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 โรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.2 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

2.1.1 โรคเอดส์

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ไอวี - 1 (Human immunodeficiency virus type 1) หรือเชื้อไวรัสเอดส์ไอวี - 2 (Human immunodeficiency virus type 2) ซึ่งสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือดที่ติดเชื้อ เช่น การถ่ายเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ และการติดต่อจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารกในครรภ์

เมื่อไวรัสเอดส์ไอวีเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ที่มี CD₄ receptor ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด Helper T-cell หรือเป็นชนิด T4 และเซลล์ระบบประสาท ไวรัสเอดส์ไอวีจะเปลี่ยนแปลงตัวเองและแฝงอยู่ในนิวเคลียสของเซลล์ที่ติดเชื้อ เมื่อเซลล์ที่ติดเชื้อถูกกระตุ้นจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ การได้สารหรือสิ่งกระตุ้นเข้าสู่ร่างกาย ไวรัสเอดส์ไอวีที่แฝงตัวอยู่จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว และออกจากเซลล์ที่อาศัยอยู่เข้าสู่เซลล์อื่น ๆ ต่อไป เซลล์ที่ไวรัสเอดส์ไอวีอาศัยอยู่จะถูกทำลายโดยกระบวนการที่ไวรัสเอดส์ไอวีออกจากเซลล์ และกระบวนการทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีต่อเซลล์ที่ติดเชื้อ เนื่องจากเซลล์ที่ไวรัสเอดส์ไอวีอาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นส่วนสำคัญของภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อถูกทำลายจนกระทั่งภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงถึงระดับหนึ่ง บุคคลนั้นจะติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) อาจเป็น

เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว พยาธิ ที่รุนแรงตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เชื้อราในปาก วัณโรค อูจจาระร่วงเรื้อรัง มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi sarcoma) ในรายที่เกิดพยาธิสภาพที่เซลล์ระบบประสาท ผู้ที่ได้รับเชื้อจะมีอาการทางประสาท คือ ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ แขนขาชา อัมพาต ชัก และมีอาการทางสมอง ซึ่งการติดเชื้อและกลุ่มอาการต่าง ๆ ดังกล่าว เป็นการแสดงอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535)

ระยะเวลาดังแต่นักคนได้รับเชื้อจนกระทั่งมีอาการโรคเอดส์เต็มขั้น อาจตั้งแต่ 1 – 14 ปี (Kelly and Lawrence, 1988) ซึ่งบุคคลที่ติดเชื้อแต่ละคนจะมีระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อแตกต่างกัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของไวรัสเอชไอวีที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน จำนวนไวรัสเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย และความอ่อนของพันธุกรรมของแต่ละบุคคล รวมทั้งปัจจัยดังกล่าวอาจเกิดร่วมกันโดยทั่วไปแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Pratt, 1991)

(1) ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute seroconversion illness) ภายหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี 2 - 6 สัปดาห์ บางคนอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต และมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเสีย บางคนมีอาการทางสมองและประสาท เช่น เยื่อสมองอักเสบ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายได้ตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีอย่างเฉียบพลัน และจะหายไปภายใน 2-3 สัปดาห์ ระยะนี้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี การตรวจเลือดหาแอนติบอดีจะให้ผลลบ ถ้าตรวจเลือดหาแอนติเจนอาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้

(2) ระยะการตรวจเลือดให้ผลบวก (Antibody positive phase) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

(2.1) ระยะติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV infection) บุคคลส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการทางคลินิก แต่การตรวจเลือดจะพบความผิดปกติ เช่น จำนวนของเม็ดเลือดขาวหลายชนิดลดลง บุคคลเหล่านี้ถึงแม้ไม่มีอาการแสดงแต่สามารถเป็นพาหะของเชื้อเอชไอวีได้ตลอดชีวิต

(2.2) ระยะต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent generalized lymphadenopathy หรือ PGL) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตกว่าปกติ 1 เซนติเมตร นานกว่า 3 เดือน โดยไม่มีอาการอื่น ๆ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตจะแสดงอาการของโรคเอดส์ภายในเวลา 5 ปี

(3) ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC) ผู้ติดเชื้อจะมีอาการเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งขั้นที่ 2 โดยมี

อาการตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน เช่น มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวปกติ เหงื่อออกมากในเวลากลางคืน เป็นต้น

(4) ภาวะป่วยเป็นโรคเอดส์ (Major opportunistic infection(s) or secondary cancers หรือ AIDS) มีระยะเวลาประมาณ 11 ปี หรือมากกว่านับตั้งแต่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ภาวะนี้ผู้ป่วยจะติดเชื้อและมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาส และ หรือ มะเร็งบางชนิดของหลอดเลือด และ หรือ มีกลุ่มอาการทางจิตประสาท

(5) ระยะสงบ (Periods of remission) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์เมื่อได้รับการรักษาจะมีอาการคงที่และคล้ายกับมีสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะหนึ่ง และเข้าสู่ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์อีกครั้ง

(6) ระยะสุดท้าย (Terminal phase of illness) เมื่อผู้ป่วยเอดส์ ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถึงระยะสุดท้ายจะถึงแก่ความตาย ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เริ่มป่วยมีอาการโรคเอดส์เพิ่มขึ้นถึงระยะสุดท้าย มีเวลาประมาณ 2 – 3 ปี

ในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณร้อยละ 20 – 30 จะติดเชื้อจากมารดา (Pinch et al., 1995; Williams et al., 1990) หรือประมาณ 1 ใน 3 (Alexander and Laresa, 1994) และแสดงอาการของโรคเอดส์ในเด็กภายในอายุ 2 ปี (Oleske, 1994) อาการที่พบบ่อยคือ เติบโตช้า มีการติดเชื้อบ่อย เช่น ปอดอักเสบ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต ตับและม้ามโต (จันทพงษ์ วะสี, 2537)

การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่นั้น วิธีที่นิยมทำในปัจจุบันคือ การตรวจเลือดเพื่อหาแอนติบอดีต่อเชื้อด้วยวิธี ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) ถ้าให้เลือดตรวจมากกว่า 2 ครั้ง ควรตรวจยืนยันผลด้วยวิธี Western blot หรือ Immunofluorescence แต่ถ้าผลการตรวจเลือดให้ผลลบในครั้งแรกในกลุ่มผู้มีความเสี่ยง ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นไม่ได้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เพราะอาจเพิ่งได้รับเชื้อและอยู่ในช่วงระยะก่อนที่ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อไวรัสเอชไอวี (Window periods) จึงควรตรวจซ้ำอีกครั้งในเวลา 3 - 6 เดือน หลังจากตรวจครั้งแรก เพื่อยืนยันผล (Flaskerud and Ungvarski, 1992)

ผลกระทบของโรคเอดส์ นอกจากจะเกิดโดยตรงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ รวมทั้งผลกระทบต่อรัฐบาลและการเมือง กล่าวโดยสรุปว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายในภาวะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการเจ็บป่วย มีอาการแสดงของโรคเด่นชัดได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น วัณโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากจุลินทรีย์ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรียและโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของผิวหนัง มะเร็งของหลอดเลือด โรคปอดบวมจากเชื้อโปรโตซัว ซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิต นอกจากนี้เชื้อเอชไอวียังสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของสมองโดยตรง ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรค ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะวิกฤต การตอบสนองทางอารมณ์มีตั้งแต่การรู้สึกละอายจนการแสดงออกต่าง ๆ หลายคนมีอาการซึมเศร้า ปฏิเสธและไม่รับรู้ข้อมูลใด ๆ กลัว วิตกกังวลอย่างมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกลัวชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งพบว่า ระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความคิดอยากตายบ่อย ๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy, 1991) ซึมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตัวเอง มักห่างเหินจากครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการประณามและรังเกียจของสังคม เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตอนาคต เมื่อถึงระยะที่ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ตนเองและครอบครัวขาดรายได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น เมื่ออาการของโรครุนแรงและชัดเจนยิ่งขึ้น ความทุกข์ทรมานก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ เช่น เกิดความกลัว โดยกลัวว่าผู้อื่นจะรู้ ผู้คนจะรังเกียจ และกลัวตาย

ด้านครอบครัว สมาชิกต้องเผชิญกับภาวะความเครียดหลายอย่าง โดยเฉพาะการปิดบังไม่ให้ผู้อื่นทราบว่าสมาชิกในครอบครัวป่วย และสุดท้ายก็ต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย (Kelly and Lawrence, 1988) นอกจากนี้อาจได้รับการถูกตราหน้าว่าสมาชิกของครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี และยังวิตกกังวล กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อเอชไอวีตามไปด้วย (Gorath et al., 1993) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้ ภาระทั้งหมดจะตกอยู่ที่ครอบครัว รวมทั้งภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลกระทบต่อสังคมในระยะแรกที่มีการระบาดแต่ข้อมูลข่าวสารยังไม่ชัดเจน และถูกต้อง ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก กลัวจะติดโรค มีการแสดงความรังเกียจ ต่อต้าน คุกคามเหยียดหยาม และประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเด่นชัด จนกลายเป็นตราบาป และทำลายอนาคตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่เคยอยู่อย่างปกติสุข (Kelly and Lawrence, 1988) เช่น ต้องออกจากงาน ถูกแยกครอบครัว ไม่มีเพื่อน ผู้คนหลีกเลี่ยง ต้องแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตนเอง เป็นต้น เมื่อสังคมบางส่วนเปิดรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น มีการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างเปิดเผย ทำให้พฤติกรรมของสังคมเปลี่ยนไป การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องธรรมดา การสำส่อนทางเพศของชายที่ชอบเที่ยวบริการอาจเปลี่ยนไปเป็นการ

มีภรรยาน้อย บุคคลจะแต่งงานกันอาจจะต้องมีการตรวจเลือดก่อน (สถาพร มานัสสฤทธิย์, 2534) เป็นต้น ด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนาของประเทศนั้น ถูกกระทบอย่างมาก เนื่องจากโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นในคนวัยหนุ่มสาว หรือผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่สำคัญ รัฐต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค ศึกษาวิจัย และเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการทดลองค้นคว้าเพื่อหาวัคซีนและยา นอกจากนี้ยังมีผลต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว และแรงงานไทยที่ต้องไปทำงานต่างประเทศด้วย (สถาพร มานัสสฤทธิย์, 2534)

2.1.2 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการป่วย ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดหาต้านไวรัสเอดส์จากกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ซึ่งต่อมางบประมาณด้านนี้ได้รับการสนับสนุนผ่านเครือข่ายการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้ก่อตั้งเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อการวิจัยและพัฒนาการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยยาสองชนิด โดยมุ่งเน้นถึงกระบวนการวิจัยและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการวิจัยดังกล่าว ซึ่งต่อมาได้ขยายเป้าหมายการให้บริการสู่โครงการในแบบนาร่อง เพื่อการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) โดยใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการการขยายโอกาสเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์” (Access to care) ซึ่งได้มีการจัดการเป้าหมายการให้บริการแก่หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ เพื่อดำเนินการดังกล่าว โดยการพัฒนาศูนย์การรักษาด้วยยา 8 ศูนย์ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ และสูตรการรักษาในเด็ก 12 สูตร ในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการขยายเป้าหมายการให้บริการแก่ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศ และได้ปรับสูตรการรักษาสำหรับผู้ใหญ่เป็น 3 สูตร ซึ่งมียาที่ผลิตได้โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นหลัก และมุ่งเน้นการให้บริการอย่างเต็มรูปแบบมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ให้มากขึ้น และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการการเข้าถึงระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) โดยมีประเด็นที่มุ่งเน้นเพิ่มเติมจากโครงการการขยายโอกาสเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ (Access to care) ได้แก่ การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต การพัฒนาโครงสร้างและรากฐานของการบริการ เพื่อนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีมาตรฐานเดียวกัน และการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการ

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางไว้ดังนี้

2.1.2.1 กลุ่มเป้าหมาย

- 1) กลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษามาก่อน
- 2) กลุ่มที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน

2.1.2.2 ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน (Naive) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Inclusion criteria)

1) สำหรับผู้ใหญ่

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS-defining illness) ตามนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506/1) ของสำนักโรคบาวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ร่วมกับมีผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD_4 (CD_4 cell count) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 250 cells/ml

(1) มีฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก

(2) ฝีผิวหนังเป็นมากกว่าหนึ่ง Dermatome

(3) ระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ

(4) ท้องร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

(5) ไข้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

(6) น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม

(7) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นานกว่า 1 เดือน

(8) ผิวน้ำเป็นผื่นอักเสบเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

(9) ซีด ร่วมกับ คอมน้ำเหลืองโต และมีเลือดออก

(10) ไอเรื้อรัง หรือปอดบวมนานกว่า 2 เดือน หรือเป็นวัณโรค

(11) คอมน้ำเหลืองโต ขนาดมากกว่า 1 เซนติเมตร อย่างน้อย

2 แห่งนานกว่า 1 เดือน

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD_4 (CD_4 cell count) น้อยกว่า 200 cells/ml

2) สำหรับเด็ก

- เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีอายุต่ำกว่า 12 เดือน
พิจารณาให้โดยไม่ต้องคำนึงถึงอาการทางคลินิกหรือภาวะภูมิคุ้มกัน

- เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีอายุ 12 เดือนขึ้นไป
จะพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อ

(1) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการหรือผู้ป่วยเอดส์ (Clinical staging B
หรือ C)

(2) ร้อยละของเม็ดเลือดขาว CD_4 มีระดับต่ำกว่า ร้อยละ 20

2.1.2.3 ข้อบ่งชี้ในการไม่คัดเลือกผู้ป่วย สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

(Exclusion criteria)

- 1) มีประวัติแพ้สารใดๆ ที่เป็นส่วนประกอบในสูตรยา
- 2) ไม่พร้อมที่จะรับการรักษอย่างต่อเนื่อง และไม่พร้อมที่จะให้ติดตาม

ผลการรักษา

3) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จากวัณโรคปอดที่มี
จำนวนเม็ดเลือดขาว CD_4 มากกว่า 250 cells/ml

2.1.2.4 สูตรยาสำหรับผู้ป่วย (Drug regimens)

1) กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

- สำหรับผู้ใหญ่

(1) สูตรที่ 1 d4T+3TC+NVP (GPO-VIR)

(2) สูตรที่ 2

(2.1) d4T+3TC+EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการข้างเคียง และ หรือ

แพ้ยา NVP

(2.2) AZT+3TC+NVP ใช้ในกรณีที่มีอาการข้างเคียง และ

หรือแพ้ยา d4T

(2.3) AZT+3TC+EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา NVP และ

d4T

(3) สูตรที่ 3. d4T+3TC+IDV/RTV หรือ AZT+3TC+IDV/RTV

- สำหรับเด็ก

(1) สูตรที่ 1. d4T+3TC (หรือ AZT+3TC) + NVP

(2) สูตรที่ 2 d4T+3TC (หรือ AZT+3TC) +EFV

(3) สูตรที่ 3 d4T+3TC+IDV/RTV หรือ AZT+3TC+IDV/RTV ใช้ในกรณีซึ่งแพ้ยา NVP และ EFV หรือไม่สามารถรับยาได้ และเป็นเด็กโตที่สามารถกินยาเม็ดได้

2) กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรับการรักษาด้วยยา GPO-VIR โดยที่อาการทางคลินิกและ ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄ บ่งชี้ว่าการรักษา ยังได้ผลดี

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสองชนิดพร้อมกัน (Dual therapy) มาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 copies/ml และไม่มีประวัติเคยดื้อยาในกลุ่ม NRTI หรือ NNRTI มาก่อน

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรแรกเพียงสูตรเดียวเป็นสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) มาก่อนและไม่เคยเปลี่ยนสูตรยามาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 copies/ml ให้ใช้ยา d4T+3TC+NVP (GPO-VIR) เป็นสูตรแรก

3) กรณีผู้ป่วยเดิมที่อยู่ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2544 (ผู้ใหญ่ 8 สูตร และ เด็ก 12 สูตร) และมีความสนใจที่จะเปลี่ยนมารับยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP หรือ GPO-VIR ให้ตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก่อน

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml ให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น GPO-VIR

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 1,000 copies/ml ให้ตรวจ Genotypic assay เพื่อหาการดื้อยาต้านไวรัส ถ้าไม่มีการดื้อยาในกลุ่ม NNRTI หรือ NRTI ให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น GPO-VIR

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 50-1,000 copies/ml ให้ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมร่วมกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

2.1.2.5 การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มให้ยาด้านไวรัสเอดส์ (Initial evaluation)

ก่อนที่จะเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ควรจะต้องซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด ข้อมูลบางอย่างที่ควรซักประวัติเพิ่มเติม มีดังนี้

- 1) ประวัติอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 2) ประวัติการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมา



- 3) อาการปัจจุบันที่อาจต้องการการรักษาก่อน
- 4) โรคที่เป็นอยู่เดิมที่อาจจะมีผลต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 5) ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ เพื่อประเมินระยะของโรค

และโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยอาจจะมีหลบซ่อนอยู่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำทุกรายก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ผลตรวจเลือด anti-HIV, CD4, CBC, SGPT, CXR

การตรวจอื่นๆ อาจจะทำในผู้ติดเชื้อบางราย ได้แก่ hepatitis profile, creatinine, lipid profile, viral load, resistance testing (ในกรณีที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน และตรวจพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 1,000 copies/ml)

2.1.2.6 การติดตามการดูแลรักษา

1) การดูแลรักษาหลังคลอด และครอบครัวยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄ มากกว่า 200 cells/ml และยังไม่ได้เริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ประกอบด้วย การติดตามการปฏิบัติตนของหญิงหลังคลอด และครอบครัวยที่ติดเชื้อเอชไอวีสม่ำเสมอ ด้านการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต การวางแผนครอบครัว และตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄ ทุก 6 เดือน

2) การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วย

- การติดตามความสม่ำเสมอ(Adherence)ในการกินยาต้านไวรัสเอดส์
- การติดตามประสิทธิภาพของการรักษา โดยประเมินอาการ และอาการแสดงทางคลินิก และตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄ ทุก 6 เดือน ในกรณีที่ทำได้ควรจะตรวจค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดร่วมด้วย
- การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดจาก Nevirapine ควรตรวจ SGPT ก่อนเริ่มยาและในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8 และทุก 2 เดือน ในปีแรก และทุก 3 เดือนในปีถัดไป
- การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

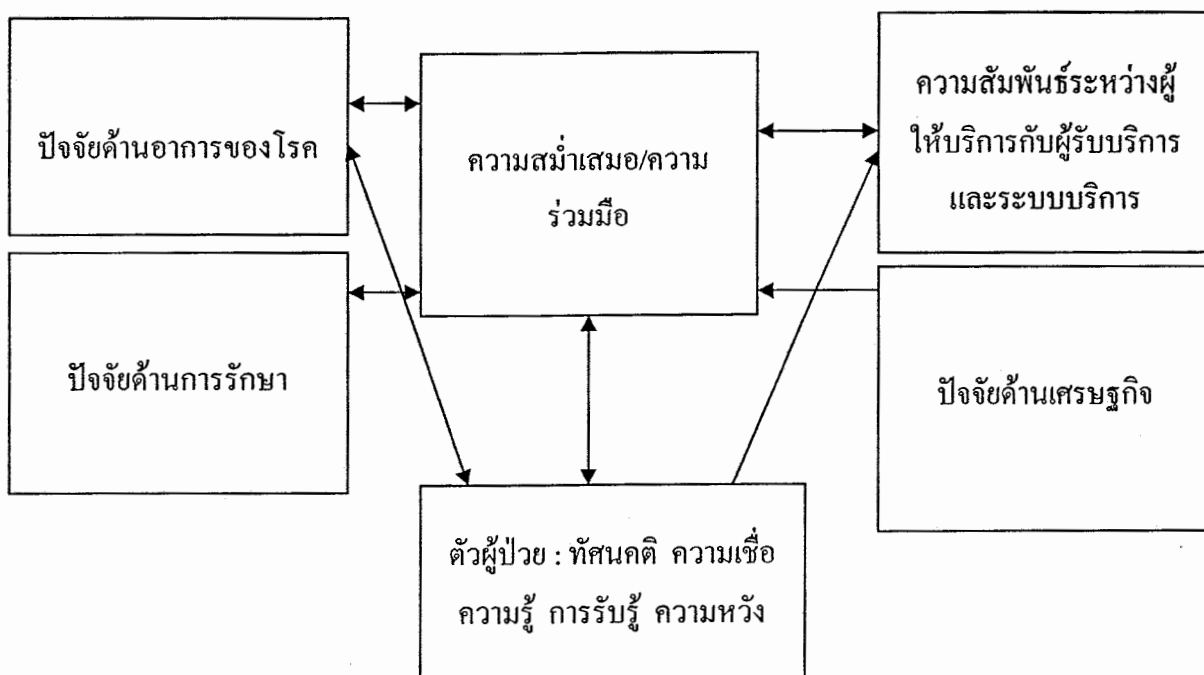
2.2 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

2.2.1 ความสม่ำเสมอในการใช้ยา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้นิยามความหมายของความสม่ำเสมอในการใช้ยา (Adherence) คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการของโรค ปัจจัยด้านการรักษา ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้ การรับรู้ ความหวัง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและระบบบริการ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ปัจจัยเสริมที่ช่วยให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต อ่างใน ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547)

- (1) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับประทานยา
- (2) สูตรยาไม่ยุ่งยากซับซ้อน
- (3) ยาไม่รบกวนชีวิตและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากนัก
- (4) ผู้ป่วยเข้าใจว่าการขาดยาบ่อย ๆ จะทำให้เชื้อมีชีวิตและนำไปสู่การรักษาที่

ล้มเหลว

- (5) คู่สมรส เพื่อน คนในครอบครัวสนับสนุน
- (6) ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างเปิดเผย

2.2.2 ความสำคัญของความสม่ำเสมอในการใช้ยา

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ นับจากเริ่มรักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)) ที่ประกอบด้วยยากลับ Protease inhibitor ซึ่งมีความซับซ้อน เนื่องจากยามีข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น เรื่องจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานครั้งละมาก ๆ ขนาดเม็ดยาที่ใหญ่ทำให้รับประทานลำบาก ข้อจำกัดเรื่องอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงระหว่างกินยา ความเข้มงวดของระยะห่างของเวลากินยาในแต่ละมื้อ (Haynes, 2003; Fielding and Duff, 1999) เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวล้วนทำให้ความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยลดลง ส่วนความสำคัญของความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) สำหรับการรักษาด้วยยาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวาน โรคดังกล่าวอาจต้องการความสม่ำเสมอในการกินยาเพียงร้อยละ 80 ก็ถือว่าการรักษานั้นประสบผลสำเร็จ (Cantwel-McNelis K, Mames, 2002) แต่สำหรับโรคติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีการศึกษาความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ชื่อว่า Medication Event Monitoring System (MEMS) พบความสัมพันธ์ในทางผกผันระหว่างระดับของปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ที่เพิ่มขึ้น กับร้อยละของความสม่ำเสมอ (Adherence) ที่ลดลง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าร้อยละ 95 ล้มเหลวในการรักษาจนสามารถตรวจพบปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ร้อยละ 22 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 80 – 94.9 มีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีควรมีระดับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าร้อยละ 95 (Paterson, 2002)

2.2.3 วิธีวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยา

การวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความแม่นยำ และข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้การประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยถูกต้องและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้ควรเลือกใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยยืนยันผลเพิ่มความถูกต้อง แม่นยำและเพิ่มความน่าเชื่อถือวิธีการวัดความสม่ำเสมอ ในการใช้ยาแบ่งออกได้ดังนี้

2.2.3.1 การนับหรือวัดปริมาณยาที่เหลือ (Pill counts) (Singh, 1999) วิธีนี้

สะดวก รวดเร็วและประหยัด และยังสามารถตรวจสอบได้ว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับไปมีการเก็บถูกต้องหรือไม่ ยาที่นำกลับมามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีข้อเสียหลายประการ เช่น ผลการวัดความสม่ำเสมอนั้นไม่อาจยืนยันว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างแท้จริง ผู้ป่วยบางคนอาจเตรียมการนับยามาก่อนพบบุคลากรทางการแพทย์ได้ วิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกจับผิดได้ นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยไม่นำยามาก็ไม่สามารถประเมินความสม่ำเสมอของผู้ป่วยได้

ในกรณีผู้ป่วยเด็ก ยาที่ได้รับนั้นเป็นยาน้ำ การวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการตวงเป็นสิ่งที่จะต้องระมัดระวังโดยการเลือกอุปกรณ์การตวงที่มีความแม่นยำ ควรประเมินอุปกรณ์ที่ใช้ตวงวัดยารับประทานว่าถูกต้องตรงกับอุปกรณ์ของผู้วัดหรือไม่ และมีการตรวจสอบปริมาณยาที่อยู่ในภาชนะที่บรรจุมาจากบริษัทมีความถูกต้องตรงกับปริมาณที่ระบุไว้ข้างขวดหรือไม่โดยเฉพาะยาที่เป็น Dry syrup

2.2.3.2 Patient self-report (Singh, 1999) เป็นการประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้วยการซักถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยาที่ผ่านมา วิธีนี้มีความสะดวกในการวัดความสม่ำเสมอของผู้ป่วย แต่มีข้อเสียที่ขาดความแม่นยำและผลการประเมิน ที่ได้นั้นสูงเกินความเป็นจริง การวัดด้วยวิธี Self-report นี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณควบคู่กับคำถามเชิงคุณภาพ การถามคำถามเชิงปริมาณ คือ การถามคำถามเพื่อวัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเลื่อนหรือขาดการรับประทานยา ตัวเลขที่ได้สามารถนำมาคำนวณหาร้อยละของความสม่ำเสมอการรับประทานยาได้ ส่วนการถามคำถามเชิงคุณภาพ คือ การถามเพื่อตรวจสอบหาสาเหตุหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา การตั้งคำถามลักษณะดังกล่าวสามารถ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

2) การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม วิธีนี้ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีเวลาว่างเพียงพอและผู้ป่วยสามารถอ่านหนังสือได้และมีสายตาที่ดี

3) การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการรับประทานยา โดยจัดทำตารางบันทึกเวลาใช้ยา (Medication reminder card) (Grymonpre, Sabiston, and Johns, 1991) เมื่อผู้ป่วยใช้ยาตัวใดก็ลงเวลาที่รับประทานในช่องที่กำหนดตามความจริง วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำเวลาที่รับประทานยาได้อย่างแม่นยำ และยังช่วยตรวจสอบว่าตอบข้อมูลเป็นจริงหรือไม่ โดยอาจพิจารณาจากการตอบของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยลงเวลาการรับประทานยาทุกวันเป็นเวลาเดียวกัน ก็พอจะสรุปเบื้องต้นว่าผู้ป่วยไม่ได้ตอบตามความจริง ข้อเสียของวิธีนี้คือผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกที่จะลงรายละเอียดทุกๆ วัน ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี ก็ไม่สามารถลงรายละเอียดได้ มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ไม่ดี วิธีนี้หากใช้กับผู้ป่วยเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการลงข้อมูลได้

2.2.3.3 การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการกินยาจริง แต่วิธีนี้มีข้อเสียเพราะหากผู้ป่วยได้รับยาสูตรที่มีการรับประทานวันละหลายครั้ง ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับประทานที่สถานที่ที่รับประทาน นอกจากนี้ยังต้องสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องมาทำหน้าที่ให้ยาผู้ป่วย หรือต้องออกไปตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วย

ไม่มากินยาบุคลากรทางการแพทย์อาจกำหนดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดกระบวนการตรวจสอบการกินยาในลักษณะการกินยาต่อหน้า โดยให้ผู้ป่วยจัดยาตามที่แพทย์สั่ง จากนั้นให้ผู้ดูแล ตรวจสอบการจัดยาเมื่อตรวจสอบแล้วว่าถูกต้องจึงส่งยาให้ผู้ป่วยรับประทานพร้อมน้ำดื่ม 1 แก้ว เมื่อผู้ป่วยกินยาและดื่มน้ำแล้ว ผู้ป่วยต้องอ้าปากให้ผู้ดูแลตรวจสอบว่ากลืนยาแล้ว

2.2.3.4 การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมและเป็นหลักวิทยาศาสตร์มากที่สุด แต่ผลที่ได้ก็ยังไม่สามารถยืนยันถึงความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องได้ทั้งหมด เนื่องจากวิธีนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ เช่น ให้ผู้ป่วยกินยาทุก 12 ชั่วโมง แต่ความเป็นจริงผู้ป่วยอาจกินยาในช่วงห่าง 10 ชั่วโมงก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจหยุดใช้ยา 1-2 สัปดาห์ จากนั้นก็กลับมาใช้ยาต่ออีก 1-2 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือดก็จะได้ผลการตรวจวัดที่อยู่ในระดับการรักษาได้ วิธีนี้ยังมีความจำเพาะสำหรับการตรวจวัดสำหรับยาแต่ละตัวและมีค่าใช้จ่ายสูงในการตรวจวัด (Singh, 1999)

2.2.3.5 การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load assay) การวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยามีสมมติฐานว่าหากผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาดี การรักษาที่จะสัมฤทธิ์ผล ดังนั้นเมื่อวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก็จะวัดไม่พบ (Undetectable) แต่วิธีนี้มีราคาแพงในประเทศไทย ขณะที่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อค่า Viral load เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อที่ดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา ดังนั้นผลการรักษาอาจไม่ดีทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลดลงหรืออาจเกิดความผิดพลาดจากการวัดปริมาณไวรัสในเลือด เช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยในระหว่างตรวจวัด หรือตรวจวัดด้วยเครื่องมือต่างชนิดกัน (Singh et al., 1999; Aarnoutse, 2003; Farley, 2003) เป็นต้น

2.2.4 การหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยา

การหาค่าของความสม่ำเสมอในการใช้ยาออกมาเป็นร้อยละ มีสูตรที่ใช้คำนวณอยู่หลายวิธี การเลือกใช้สูตรในการคำนวณขึ้นอยู่กับวิธีวัดความสม่ำเสมอและความเหมาะสม เช่น

2.2.4.1 การคำนวณหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยา ซึ่งใช้วิธีวัดความสม่ำเสมอจากการนับเม็ดยาที่เหลือ โดยคำนวณหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยาแต่ละตัว แล้วนำค่าที่ได้มาเฉลี่ยเพื่อหาค่าความสม่ำเสมอในการใช้ยาสุทธิ โดยใช้สูตร

$$\text{ความสม่ำเสมอในการใช้ยา} = \frac{(\text{initial stock} + \text{refilled amount}) - \text{final stock} \times 100}{\text{number of pill/day} \times \text{number of days in follow up}}$$

initial stock

หมายถึง จำนวนยาคงเหลือยกมาจากครั้งก่อน

refilled amount	หมายถึง จำนวนยาที่ได้รับใหม่
final stock	หมายถึง จำนวนยาคงเหลือ
number of pill/day	หมายถึง จำนวนยาที่กินต่อวัน
number of days in follow up	หมายถึง จำนวนวันที่ให้ยาไปกิน

2.2.4.2 การคำนวณหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยา ซึ่งใช้วิธีวัดความสม่ำเสมอโดยการสัมภาษณ์พฤติกรรมการกินยา ทั้งในด้านจำนวนของยา และเวลาในการกินยา แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ความสม่ำเสมอในการใช้ยา} = \frac{\text{จำนวนครั้งที่กินยาถูกต้องทั้งจำนวนและเวลา} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาทั้งหมด}}$$

2.2.4.3 การหาค่าร้อยละของความสม่ำเสมอในการใช้ยา โดยการให้ผู้ป่วยประเมินการกินยาของตนเอง (Visual Analog Scale: VAS) ซึ่งอาจให้ผู้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายที่เส้น 0-100 หรือการให้ผู้ผู้ป่วยให้คะแนนเป็นร้อยละ

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม นักวิชาการในหลายสาขาได้ให้ความสนใจและให้แนวความคิดที่แตกต่างกัน ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงประกอบด้วยกลุ่มของแนวความคิด เช่น ผู้ดูแลสุขภาพมุ่งศึกษา และให้ความสนใจที่ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Diamond and John, 1983) พื้นฐานในแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้อิทธิพลของบุคคลที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเรา หรือสมาชิกในสังคมจะช่วยเสริมให้บุคคลเผชิญความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพ

2.3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด มีผู้ศึกษาค้นคว้าและให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเข้าใจว่ามีบุคคลให้ความรัก สนใจ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน และคณะ (Kaplan et al., 1977) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว คือ

(1) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมในแต่ละคน ซึ่งได้แก่ การได้รับความรัก การยกย่องว่ามีคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่ง และการได้รับความปลอดภัย โดยได้รับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

(2) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ หรือขาดหายไปจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

คาห์น (Kahn, 1979) ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกันทางด้านเงินทอง หรือสิ่งของอื่น ๆ

ปิลิสุก (Pilisuk, 1982) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่การช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางด้านอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

เฮาส์ (House, 1982) ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ทอยท์ส (Thoits, 1982) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

บุญเยี่ยม กระจุกวงษ์ (2528) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้าน

จิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน อาจมาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่เป็นผลให้ปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือประทับ ประคองจากบุคคลอื่นทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัตถุสิ่งของ การเงิน ข้อมูล จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะมีผลต่อการลดระดับความเครียดและวิกฤตการณ์ในชีวิตได้ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

2.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จาคอกซ์ อ้างใน ทิลเดน (Jacox cited by Tilden, 1987)

2.3.2.1 ทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) ซึ่งกล่าวว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความต้องการที่จะติดต่อกับเพื่อน อันเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพัน ระหว่างมารดาและบุตร ซึ่งความผูกพันนี้ เป็นพื้นฐานของความผูกพันที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์

2.3.2.2 ทฤษฎีความเครียด พฤติกรรมเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Theories of stress, coping and adaptation) กล่าวว่าแรงงานสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดและปรับตัวได้ดี จากการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การประเมินข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของ การเงินและแรงงาน

2.3.2.3 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social exchange theory) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิกริยาระหว่างบุคคล ซึ่งส่งผลลัพธ์ต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยผลลัพธ์นั้น อาจเป็นการลงโทษหรือได้รับรางวัล ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล

2.3.2.4 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interactionist theory) เป็นการรวมกลุ่มของสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้ถูกนำมาเป็นจตุรรมของทางสังคมวิทยา ซึ่ง บาร์น (Brans) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมว่า เป็นการผสมกลมกลืนและมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อผู้ที่มีความสัมพันธ์นั้นๆ ซึ่งตามกรอบแนวคิดของการมีปฏิสัมพันธ์มิชเชล (Mitchell) กล่าวถึงความสัมพันธ์ภาพในสังคมว่า ประกอบด้วย เป้าหมายของสัมพันธ์ภาพ (Content) ความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Directedness) ระยะเวลาและความยาวนานในการติดต่อกัน (Durability) ความหนาแน่นและความแข็งแกร่งของสัมพันธ์ภาพ (Intensity) และความถี่และช่วงเวลาของการติดต่อสัมพันธ์ (Frequency)

2.3.2.5 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Theory of social support) มีพื้นฐานของการพัฒนามาจากปฏิสัมพันธ์ในส่วนของความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Directedness or reciprocity) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันที่มักจะเกิดขึ้นในรูปแบบของสัมพันธ์ภาพอย่างไม่เป็นทางการ (Informal relationship) เช่น ญาติ พี่

น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน มากกว่ารูปแบบที่จะเกิดขึ้นในสัมพันธภาพอย่างเป็นทางการ (Formal relationship)

2.3.3 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) กล่าวไว้ ดังนี้

2.3.3.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุนทางสังคม

2.3.3.2 ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

2.3.3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

2.3.3.4 จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

2.3.4 ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ในที่นี้จะขอกกล่าวเพียงบางส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ทอยท์ส (Thoits, 1982) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

(1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้นุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feed back)

(3) การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม เฮาส์ อ้างในอิสเรล (House cited by Israel, 1985) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

(2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

(4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน เวลา แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ อ้างใน ไคมอนด์และโจนส์ (Weiss cited by Diamond and Jones, 1983) ได้กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม และผลของการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมตามชนิดต่างๆ ดังนี้

(1) การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้จากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

(2) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และพึงพาอาศัยได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

(3) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม

(4) การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความเคารพ ยกย่อง และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่น หรือไร้ประโยชน์

(5) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of reliable alliance) การสนับสนุนจะได้จากครอบครัวหรือเครือข่าย ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

(6) การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่นในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ ถ้าหากการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

เฮาส์ อ้างใน ทิลเดน(House cited by Tilden, 1985) บราวน์ (Brown, 1986) อิสราเอลและแอนโทนัคซี (Israel and Antonucci, 1986) ได้แบ่งแรงสนับสนุน ทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

(2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเสนอนแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

(4) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพสิ่งแวดล้อม

คาห์น (Kahn, 1979) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น ดังนี้

(1) ความพอใจ (Affect) หมายถึง มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น

(2) การได้รับการยอมรับ (Affirmation) หมายถึง การเห็นพ้องด้วยพฤติกรรมของบุคคลหนึ่ง การรับรู้ หรือการได้แสดงความคิดเห็น

(3) การช่วยเหลือ (Aid) หมายถึง การให้สิ่งของ หรือให้การช่วยเหลือ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสถานะซึมเศร้า

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไรถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

(3) การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลลูก เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

(4) การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยเหลือให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

สมจิตร หนูเจริญกุล (2531) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล

(2) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถที่จะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ หรือความรัก

(3) การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของหรือการให้บริการ

2.3.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

(1) ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมในสังคม โดยดูจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตไม่เป็นทางการในชุมชน

(2) ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

(3) ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

2.3.6 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) แบ่งระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

(1) ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุด เพราะมีบทบาทตั้งแต่วัยเด็ก และเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

(2) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิต

(3) ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organization or denominations) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้มีการพบปะแลกเปลี่ยน ความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระนักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

(4) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

(5) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

อุบล นิวัติชัย (2527) ได้อ้างถึงแนวคิดของ Kaplan เกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

(1.1) ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวโดยตรง (kinth) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

(1.2) ประเภทที่ 2 ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คู่กันเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

(2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

(3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care worker) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

บราวน์ และ แบคแอลวีล อังโน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระดับเจ็บป่วยขั้นวิกฤติย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล ในระยะหลังคลอดคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด

2.3.7 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ไลเบอร์แมน (Leiberman, 1972) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทำให้สามารถปรับและแลกเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเครียด และสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด สามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะเครียด กับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคลสามารถส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกัน ก็สามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือสามารถดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง และความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมนี้มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความสุขในชีวิต ลดความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ มีการป้องกัน ยืนยันรับรอง หรือทำให้เกิดความมั่นใจ และคาดการณ์ การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกันชน หรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ และการตอบรับทางอารมณ์ของบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการ

ป้องกันโรค และ วอร์ทแมน (Wortman, 1984) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะความเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียด สามารถทำให้เผชิญความเครียดได้ดีขึ้น จากการให้ข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น ทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บาร์ริราและอินลีย์ (Barrera and Ainley, 1983) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในด้านเงิน วัสดุอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และการให้ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่

(1) ให้ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ ให้การประคับประคองและสนับสนุนด้านจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมมีความอบอุ่น รู้สึกมีคนอื่นห่วงใยและเอาใจใส่

(2) ให้คำแนะนำข้อมูล และข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์

(3) ให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ได้กระทำ เพื่อให้บุคคลได้ปรับปรุงแก้ไข หรือได้รับในสิ่งที่ได้ทำแล้ว และเสริมสร้างโอกาสให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

2.3.8 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งตามพฤติกรรมสุขภาพได้ 3 ด้าน คือ

2.3.8.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค

แลงลีย์ (Langlie, 1977) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมืองจำนวน 400 คน พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติในด้านการป้องกันโรค การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แคปแลนและคณะ (Kaplan et al., 1977) พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรคน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคม

คาห์น (Kahn, 1979) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่เลิกใช้บริการวางแผนครอบครัว คือ คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

2.3.8.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

แบคแลนด์และแลนด์วอลล์ (Backeland and Landwall, 1975) พบว่า อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับประทานบริการ และกินยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้หายจากโรคมามากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

เบอร์กลูเออร์ อ้างใน ปิลิสุก (Burglur cyted by Pilisuk, 1982) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้แรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย และพบว่าการสนับสนุนที่คนไข้ได้รับจากกลุ่มสมรสไม่เพียงแต่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น แต่กลุ่มสมรสจะช่วยให้ได้อย่างมากในการวางแผนและทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

2.3.8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด

แคปแลน (Caplan, 1974) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นตัวช่วยลดผลของความเครียดซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น จากการศึกษาถึงผลของความเครียดกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในกลุ่มคนงานที่ทำงานที่ต้องพบกับความเครียดมาก พบว่าคนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

โดยสรุปแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคม มีความหมาย และมีการแบ่งชนิดแตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์โดยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมก็คือ ช่วยให้ผู้คนมีชีวิต ความเป็นอยู่ และสุขภาพอนามัยที่ดี จึงอาจกล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ในด้านของจิตใจ อารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ และด้านการประเมินคุณค่าในตนเอง แล้วทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต

2.3.9 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

สจวต (Stewart, 1989) กล่าวว่า สามารถวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

(1) ด้านโครงสร้าง (Structure) ได้แก่ การวัดแหล่งสนับสนุน (Source of support) ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับแหล่งที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแหล่งที่ใช้ในการวัดที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และคู่ครอง นอกจากนี้อาจจะวัดขนาดของเครือข่ายทางสังคมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งเป็นแหล่งของการให้สนับสนุนทางสังคมนั่นเอง ส่วนการวัดทิศทางของแรงสนับสนุน (Disposition) แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะได้รับจากเครือข่ายทางสังคมเพียงอย่างเดียว หรืออาจจะวัดทั้งการให้และการรับร่วมด้วย และการวัดระยะเวลา (Duration) เป็นการวัดระยะเวลา ที่บุคคลให้หรือได้รับแรงสนับสนุนนั้นๆ

(2) ด้านลักษณะแรงสนับสนุน (Nature) ได้แก่

(2.1) การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมทางบวก หรือการวัดแรงสนับสนุนทางลบ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทางบวก (Positive support) หมายถึง แรงสนับสนุนที่ให้แล้วทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมีการปฏิบัติหรือมีสุขภาพอนามัยที่ดี แรงสนับสนุนทางลบ (Negative support) หมายถึง แรงสนับสนุนที่ให้แล้วไม่มีประโยชน์ต่อผู้รับและอาจทำให้เกิดความขัดแย้งหรือสับสนในการปฏิบัติหรืออาจจะทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมีสุขภาพอนามัยที่เลวลง

(2.2) การวัดทิศทาง (Direction) นั้นแบ่งออกเป็น 2 ทิศทาง คือการให้แรงสนับสนุน (Give support) คือเป็นการวัดการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลอื่น และการได้รับแรงสนับสนุน (Received support) คือ เป็นการวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น

(3) ด้านหน้าที่ของแรงสนับสนุน (Function) สามารถแบ่งตามประเภทของแรงสนับสนุน (Type of support) โดยการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกได้หลายประการด้วยกัน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือสิ่งของ

จะเห็นได้ว่า การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถที่จะวัดได้ 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านลักษณะของแรงสนับสนุน และด้านหน้าที่ของแรงสนับสนุน ผู้วิจัยได้เลือกการวัดด้านหน้าที่แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ ตามแนวคิดของ Pender ที่แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และด้านการยอมรับ ซึ่งตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เปิดเผยตัวและขาดการยอมรับของสังคม ตลอดจนเป็นการวัดที่สามารถวัดได้ง่าย เหมาะสมกับระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากรและความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยโดย อิกโควิกส์ และมีดส์ (Ickovics and Meads, 2002) สรุปได้ว่า ประกอบด้วยปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วย และด้านการดูแลรักษา ดังนี้

2.4.1.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1) ลักษณะส่วนบุคคล

- ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่พบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับความ

ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างแน่ชัด จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปว่า ลักษณะประชากรต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างไร

อายุ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Ammassari et al., 2001; Gorillo et al., 1999; Howard et al., 2002; และ Spire et al., 2002) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ากินยาครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Darder et al., 2004; Hinkin et al., 2002; Mannheimer et al., 2002; Schectman et al., 2002; Stone et al., 2001) ดังนั้น ผู้ป่วยซึ่งมีอายุน้อยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ก็อาจจะมีปัญหาไม่สามารถกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ อาจเนื่องจากการมีวุฒิภาวะน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

เพศ ผลการศึกษาของ เกื้อกูล ธนอมกิจ (2543) รายงานว่าผู้ป่วย วัณโรคเพศหญิงร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชาย และมีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพศหญิงกินยาสม่ำเสมอดีกว่าเพศชาย (Vincke and Bolton, 2002; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547; และ Darder et al., 2004) แต่ Fogarty et al. (2002) ทบทวนผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า เพศหญิงและเพศชายกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน

การศึกษา ผลการศึกษาของ โกลินและคณะ (Golin et al., 2002) รายงานว่า ผู้มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ กิฟฟอร์ดและคณะ (Gifford et al., 2002) และ คาร์ดเดอร์และคณะ (Darder et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา สามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีที่สุด (Gordillo et al., 1999)

อาชีพ ผลการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคซึ่งไม่ได้ทำงาน (ทำไม่ไหว) ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ในขณะที่ โกคิลโล และคณะ (Gordillo et al., 1999) พบว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถกินยาสม่ำเสมอดีกว่า

ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ และ แอมมาสรี และคณะ (Ammassari et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ มักจะ กินยาไม่สม่ำเสมอ

ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาของ จิราลักษณ์ ผดุงสมัย และคณะ (2532) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของเกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการรักษามักมีรายได้น้อย พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) รายงานว่าการมีรายได้ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค นอกจากนี้วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา โบโนโล และคณะ (Bonolo et al., 2004) พบว่าการไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับ คลีเบเบอร์เกอร์ และคณะ (Kleeberger et al., 2001) ซึ่งพบว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ และ บริกิด และคณะ (Brigido et al., 2001) พบว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษามีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้เช่นกัน นอกจากนี้ สไปร์และคณะ (Spire et al., 2002) ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะไม่ดีมีโอกาสที่จะกินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะที่ดีกว่า

- ความเชื่อ ทศนคติ ความเชื่อที่ถูกต้องและทศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ การศึกษาของเกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ และถ้าเป็นมากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควร หรือไม่กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (DHHS, 2004; Dimatteo et al., 2000 และ Wald and Temoshok, 2004) สมทรง (Somsong, 2002) พบว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ป่วยที่กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทศนคติที่ดีต่อการรักษา และร้อยละ 89.6 มีทศนคติที่ดีต่อขนาดของเม็ดยา สโตน และคณะ (Stone et al., 1998) พบว่าร้อยละ 62 ของผู้ป่วยที่เชื่อว่ายาด้านไวรัสเอดส์กลุ่ม Protease inhibitor จะทำให้อาการดีขึ้น และช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้กินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โซริลลา และคณะ (Zorilla et al., 2004) ยังพบว่าผู้ติดเชื้อที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีแรงจูงใจภายในคน (Internal motivation) มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

- ความรู้เรื่องโรค และการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดกินยา เมื่อรู้สึกว่ามีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลงโดยไม่เข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดกินยาเมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) และเกื้อกูล ธนอมกิจ (2543) พบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ก็พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ (Mathews et al., 2002; Robert et al., 2000; Wagner et al., 2002) DHHS (2004) ระบุว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญจำเป็นของการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัจจัยทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา

- พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Muoz-Moreno et al., 2004) เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Bonolo et al., 2004; Dole et al., 2004) วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะกินยาด้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

- แรงสนับสนุนทางสังคม เกื้อกูล ธนอมกิจ (2543) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่ แฟรงค์ และคณะ (Frank et al., 2002) กิฟฟอร์ด และคณะ (Gifford et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สามารถกินยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ มารยาท วงศานุตร (2539) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ล้มกินยาโดยญาติหรือผู้ดูแล

2) ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องในระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายเช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการ

เจ็บพลันในระยะสั้น และไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักก็จะรับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ เท่าที่ควร มีการศึกษาว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะกินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ น้อยกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Frick et al., 1998; Kastrissios et al., 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคที่มักจะไม่มีการแสดง ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่ามีอาการจำเป็นที่จะต้องกินยา (Kynge, 2000)

2.4.1.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

1) ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีให้ผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการดูแลรักษาที่ได้รับ ให้ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาและทีมสุขภาพ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมบอกพฤติกรรมในการกินยาตามความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแพทย์ผู้รักษาและทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวล มีความยึดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะต่างๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งในการประเมินการรักษาตลอดจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย วอลด์ (Wald, 2004) พบว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

2) ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษานี้ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษา วิธีการที่เข้าสู่วางกาย จำนวนยาและมียาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบของยา/การกินยาคือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องกินยารวันละหลาย ๆ ครั้ง เป็นจำนวนมากและหรือวิธีการรักษามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อาจจะทำให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยลดลง ทำให้กินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ โซริลลา และคณะ (Zorrilla et al., 2004) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาสูตรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน กินยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่กินยาสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยาที่มากกว่า (Muoz-Moreno et al., 2004) สไปร์และคณะ (Spire et al., 2002) รายงานว่าร้อยละ 80.8 ของผู้ป่วยรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์เกิดอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงปานกลาง แอมมาสรี และคณะ (Ammassari et al., 2001) และ ซิโมนิ และคณะ (Simoni et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยาดังแต่อาการปานกลางและ

รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ บาเซทติ และคณะ (Bassetti et al., 1999) และ อัลติซ และคณะ (Altice et al., 2001) ก็พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มีอาการข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาร่วมกันอย่างน้อย 4 อาการ (Bonolo et al., 2004) ขณะที่วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัว มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

3) ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ มีคลินิกบริการเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่างๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์กินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ

นิตยา แก้วร่วมวงศ์ (2542) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชวีจากแม่สู่ลูก พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนในการรับประทานยาต้านไวรัสในระบะฝากครรภ์ ระบะคลอด และการให้ทารกหลังคลอดรับประทานยา ร้อยละ 61.7, 92.6 และ 69.1 ตามลำดับ หญิงที่ให้ความร่วมมือดีมีสัดส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้ามากกว่า มีสัดส่วนการได้รับกำลังใจจากสามีมากกว่า มีสัดส่วนของสามีที่ทราบเรื่องการรับประทานยาของภรรยาและบุตรมากกว่าและมีอุปสรรคในการรับประทานยาน้อยกว่า มีความไม่สะดวกในการรับประทานยาน้อยกว่า มีสัดส่วนการเกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่า มีสัดส่วนของการตัดสินใจรับประทานยด้วยตนเองมากกว่า ส่วนระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความร่วมมือ

อรไท พิพิพัฒน์ไพสิฐ (2547) ศึกษาเรื่องการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสจังหวัดน่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.2 มีการปรับทางจิตสังคมโดยรวมในระดับดี แต่มีการปรับทางจิตสังคมได้ไม่ดีในด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ส่วนด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว อาชีพ การงาน สัมพันธภาพทางเพศ ความไม่สุขสบายทางจิตใจและการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับจิตสังคมได้ในระดับดี

ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยา ด้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.8 มีความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 มีการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสอยู่ในระดับมาก ความรู้ การรับรู้และวินัยในการกินยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

เสนอ เพชรพวง (2548) ได้ศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสและอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 51.6 รับประทายาไม่ตรงเวลา ร้อยละ 40 ของผู้ที่รับประทายาไม่ตรงเวลามากกว่า 30 นาที ให้เหตุผลว่างานยุ่ง ไม่มียาคิดตัวไปด้วย สิ้นเวลา ตื่นสาย เมาสุรา ร้อยละ 7.1

นงลักษณ์ เกษม (2548) ศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงจำนวนเซลล์ของ CD_4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 4.3 ได้แก่ วัณโรค สมออักเสบจากเชื้อรา ติดเชื้อราที่ผิวหนัง ช่องปาก ภูสวัค มีค่าเฉลี่ย CD_4 เท่ากับ 72.2 cells/ml หลังระยะ 6-8 เดือน มีค่าเฉลี่ย CD_4 เท่ากับ 208.6 cells/ml

อรทัย จินดาไตรรัตน์ (2548) ศึกษาบทบาทของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.7 ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และแพ้ยา ร้อยละ 2.8 หลังการรับประทายา CD_4 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 68.2 เพิ่มขึ้นมากกว่า 300 cells/ml ร้อยละ 24.3 จากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจดีขึ้น ร้อยละ 58.7 ก่อนเข้ากลุ่ม รับประทายาผิดเวลา ร้อยละ 50 หลังรับประทายา มีวินัยในการกินยาดีมาก ร้อยละ 76.7 และ 1 เดือน ที่ผ่านมา มีวินัยที่ดีมาก ในการกินยา ร้อยละ 86.6 รับประทายาไม่ตรงเวลา 4 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 0.6 เหตุผลของการขาดยา คือ ทำงานจนลืมเวลา และลืมนำยาติดตัวไปด้วย

จิรยา ขนาบแก้ว (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 16 คน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานและด้านสุขภาวะ และการเจ็บป่วยอยู่ระดับดี ส่วนด้านความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับดี ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง

2.4.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้หลายสถานการณ์แตกต่างกันไป แต่ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ มีดังนี้

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์ (2530) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัคร

ต่อต้านการโรคและเป็นผู้สอนสุขศึกษาแบบเพื่อนสอนเพื่อนแก่หญิงอาชีพพิเศษ มีผลทำให้หญิงอาชีพพิเศษที่ได้รับการสอนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่ถูกต้อง

ชาตรี ประชาพิพัฒ (2533) ทศพร บุญถื่อ (2533) และ สุวิมล สันติสุขธนา (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสุขศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้เพื่อนบ้านเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ทหารเกณฑ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ดีขึ้น

มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์ (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้บุคคลในกลุ่มให้ความเคารพนับถือ เช่น ผู้บังคับกองร้อยให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ทหารเกณฑ์มีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ดีขึ้น

อังคินันท์ นุปผาสวรรณ (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับการใช้แรงเสริมจากผู้บังคับบัญชาระดับสูง ในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยศึกษาในพลทหารชายแดนอำเภอรัษฎาประเทศ ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2535 จำนวน 117 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน กลุ่มควบคุม 63 คน กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเพื่อนผู้ให้คำปรึกษา 2 ครั้ง ร่วมกับได้รับแรงเสริมจากผู้บังคับบัญชาระดับสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทศนคติต่อถุงยางอนามัย และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคถูกต้องกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งอัตราการเกิดโรคหนองในในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพรรณิ ฤกษ์อภีรักษ์ (2536) พบว่าการใช้แรงสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่มเพื่อนสนิทและการกระตุ้นจากผู้วิจัยทำให้นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การประเมินอันตรายต่อโรคเอดส์ การประเมินการเผชิญปัญหาต่อโรคเอดส์ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มทดลองดังกล่าว ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เฉลิมพล ต้นสกุล (2537) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน โดยการกระตุ้นทางวัตถุและจิตใจ ภายหลังการทดลอง ผู้ใช้แรงงานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์วิภา คิลกัมพันธ์ (2538) พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้แรงสนับสนุนจาก กลุ่มเพื่อนมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงกลุ่มทดลอง ในด้านการรับรู้ ความคาดหวัง ความตั้งใจและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารยาท วงษานูตร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำ ด้านอารมณ์จิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2, 67.3 และ 57.7 ตามลำดับ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน/สิ่งของ ร้อยละ 58.8 อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยและการปรับทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุดในด้านความรักใคร่ผูกพัน และต่ำสุดในด้านการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ การปรับจิตสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.65 แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับทางจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

กิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในศูนย์คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ ระยอง จำนวน 50 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .762$) และการ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .889$)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือลักษณะส่วนบุคคล เช่น ลักษณะทางประชากร ทักษะคิด ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการดูแลรักษา ซึ่งจากรายงานผลงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีทั้งที่มีความสัมพันธ์ต่อความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ และไม่มีความสัมพันธ์ต่อความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอำนาจเจริญ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งเป็นการศึกษาในระยะเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

3.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 368 ราย

3.2 กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติในการศึกษา ดังนี้

3.2.2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

3.2.1.2 สนใจเข้าร่วมโครงการ

3.2.1.3 สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

3.2.1.4 เป็นผู้ผ่านขั้นตอนการได้รับคำปรึกษาจากผู้ให้คำปรึกษาและยอมรับว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

3.2.1.5 ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรที่ 1 หรือ สูตรที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมาติดตามการรักษา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดอำนาจเจริญโดยไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงของโรค

3.2.2 การสุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ R.V.Kreycie และ R.W.Morgan (เพ็ญแข
แสงแก้ว, 2541) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรแน่นอน

$$n = \frac{X^2 NPQ}{e^2 (N-1) + X^2 PQ}$$

เมื่อ

n = ขนาดของตัวอย่าง

X^2 = ค่าไค – สแควร์ ที่ degree of freedom เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น
95 % ($X^2 = 3.841$)

N = ขนาดของประชากร

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

$Q = 1 - P$

e = เปอร์เซนต์ของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($e = 0.05$)

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.841 \times 368 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2(368 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5} \\ &= 188.16 \end{aligned}$$

เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ และเพื่อความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาด
กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 เป็นจำนวน 198 คน

การสุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนร้อยละของประชากร และใช้วิธี
สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยคิดสัดส่วนจากจำนวนประชากรผู้ป่วยที่รับบริการ
ในแต่ละสถานบริการ ดังนี้

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยคงเหลือ รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ราย)	ร้อยละ	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง
1	อำนาจเจริญ	130	35.35	70
2	ชานุมาน	26	7.07	14
3	ปทุมราชวงศา	31	8.59	17
4	พนา	24	6.56	13
5	เสนางคนิคม	41	11.11	22
6	ห้วยตะพาน	84	22.73	45
7	ลืออำนาจ	32	8.59	17
รวม		368	100	198

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์โดยผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

3.3.1 ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบหรือให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ลักษณะการเป็นอยู่ การศึกษา อาชีพ รายได้ รวมจำนวน 10 ข้อ

3.3.2 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบหรือให้ข้อมูลโดยผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการรักษา สูตรยาที่ได้รับ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเปิดเผยตัว และการได้รับยารักษาโรคอื่น ๆ รวมจำนวน 10 ข้อ

3.3.3 ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Pender มาใช้ในการสร้างแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ตามชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม คือ

3.3.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) จำนวน 10 ข้อ

3.3.3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) จำนวน 10 ข้อ

3.3.3.3 การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) จำนวน 10 ข้อ

3.3.3.4 การยอมรับ (Affirmation) จำนวน 10 ข้อ

โดยแบ่งคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนน เท่ากับ $\bar{X} + SD$
ระดับปานกลาง	มีคะแนน เท่ากับ $\bar{X} \pm SD$
ระดับน้อย	มีคะแนน เท่ากับ $\bar{X} - SD$

3.3.4 ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ จำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งคะแนนความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย เป็น 2 ระดับ (Paterson et al., 2000; Mannheimer, 2002 อ้างใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนน = 5
ระดับไม่ดี	มีคะแนน < 5

3.3.5 ส่วนที่ 5 ข้อมูลการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ได้จากการนับเม็ดยา เพื่อนำมาคำนวณหาความสม่ำเสมอในการใช้ยาเป็นค่าร้อยละ โดยคำนวณความสม่ำเสมอในการใช้ยาแต่ละตัว แล้วนำค่าที่ได้มาเฉลี่ยเพื่อหาค่าร้อยละสุทธิ โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาคงเหลือยกมา} + \text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ}) - \text{จำนวนเม็ดยาคงเหลือ} \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่กินต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ติดตามการใช้ยา}}$$

โดยแบ่ง ระดับค่าร้อยละสุทธิของความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็น 2 ระดับ (Paterson et al., 2000; Mannheimer, 2002 อ้างใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) ดังนี้

ระดับดี	มีค่าร้อยละสุทธิ ≥ 95
ระดับไม่ดี	มีค่าร้อยละสุทธิ < 95

3.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้

3.4.1 แพทย์หญิงครองศิริ รุจิราวงศ์ นายแพทย์ 6 (อายุรแพทย์) โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

3.4.2 นางกนกพร แก้วเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว กลุ่มภารกิจด้านพัฒนา
ยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

3.4.3 นางสาวนัทธมน จารุวัฒน์ นักสังคมสงเคราะห์ 7 ว งานสังคมสงเคราะห์ กลุ่ม
งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ทดสอบหาความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยนำ
เครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับประชากรที่ศึกษา แล้วนำเครื่องมือ
มาปรับปรุงแก้ไข จนหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ สถิติ อัลฟ่า ครอนบราก (Alpha cronbrac reliability)
มีค่าเท่ากับ 0.77 จากนั้นนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย

3.5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่ง

3.5.2 ขอความร่วมมือจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาและให้บริการยาต้านไวรัส
เอดส์ ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้ช่วยวิจัยและช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย การใช้แบบสัมภาษณ์ตามแนวทางที่ผู้วิจัยตั้งไว้

3.5.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่
กำหนดโดยมีการขออนุญาตและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเอดส์ เป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม
ตัวอย่าง

3.5.4 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

3.5.5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านคุณลักษณะของ
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.6.2 สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic)

3.6.2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรอิสระ โดยใช้
การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance: ANOVA) และ สถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3.6.2.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant analysis)

3.6.2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 ระหว่างกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ กับกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้การทดสอบค่าที ($t - test$) และวิเคราะห์ ความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 ระหว่างก่อนและหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ ของกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ กับกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้การทดสอบค่า Paired $t - test$ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ กับการเพิ่มของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 หลังจากกินยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้สถิติ One sample statistic

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ และการรักษา
- 4.3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม
- 4.4 พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์
- 4.5 การตรวจสอบ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย
- 4.6 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.2 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี รองลงมา ร้อยละ 14.1 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี อายุเฉลี่ย 36.4 ปี ร้อยละ 45.5 มีสถานภาพสมรส คู่ รองลงมา ร้อยละ 25.3 มีสถานภาพหม้าย และสถานภาพโสด ร้อยละ 35.3 อาศัยอยู่กับบิดามารดา รองลงมา ร้อยละ 33.3 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 80.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 14.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.0 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา ร้อยละ 31.8 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 71.7 ประกอบอาชีพตอนกลางวันมีเวลาไม่แน่นอน ร้อยละ 47.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 – 3,000 บาท รายได้ของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 2,645.96 บาท ร้อยละ 68.5 มีแหล่งที่มาของรายได้ครอบครัว มาจากตัวเอง เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.0 มีรายได้ พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	107	54.0
หญิง	90	46.0
<u>อายุ</u>		
21 - 30 ปี	28	14.1
31 - 40 ปี	127	64.2
41 - 50 ปี	40	2.2
51 - 60 ปี	3	1.5
$\bar{X} = 36.4$		
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	50	25.3
คู่	90	45.5
หม้าย	50	25.3
หย่า / แยก	8	4.0
<u>ลักษณะการเป็นอยู่</u>		
อยู่คนเดียว	14	5.5
อยู่กับบิดามารดา	90	35.3
อยู่กับคู่สมรส	85	33.3
อยู่กับบุตรหลาน / ญาติ	66	25.9
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ไม่ได้เรียน	3	1.5
ประถมศึกษา	159	80.3
มัธยมศึกษา	28	14.1
อนุปริญญา / เทียบเท่า	6	1.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>อาชีพ</u>		
เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา)	107	54.0
รับจ้างทั่วไป	63	31.8
ค้าขาย	7	3.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4	2.0
รับจ้างบริษัทห้างร้าน / เอกชน	9	4.5
ไม่มี	2	1.0
<u>ช่วงเวลาที่ประกอบอาชีพ</u>		
กลางวัน มีเวลาแน่นอน	41	20.7
กลางวัน เวลาไม่แน่นอน	142	71.7
กลางคืน มีเวลาแน่นอน	2	1.0
กลางคืน เวลาไม่แน่นอน	15	6.6
<u>รายได้ครอบครัว ต่อเดือน</u>		
0 - 1,000	53	26.8
1,001 - 3,000	94	47.7
3,500 - 5,000	34	17.3
6,000 - 10,000	16	8.2
$\bar{X} = 2,645.96$		
<u>แหล่งที่มาของรายได้</u>		
ตัวเอง	161	68.5
คู่สมรส	48	20.4
บุตร / หลาน	11	4.7
บิดา มารดา	15	6.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>ความเพียงพอของรายได้</u>		
มีพอใช้ / เหลือเก็บ	6	3.0
มีพอใช้ / ไม่เหลือเก็บ	103	52.0
ไม่พอใช้จ่าย / ไม่มีหนี้สิน	41	20.7
ไม่พอใช้จ่าย + มีภาระหนี้สิน	48	24.2

4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.4 ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3-5 ปี รองลงมา ร้อยละ 22.2 ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 1-2 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 5.3 ปี ร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ รองลงมา ร้อยละ 26.3 เป็นผู้ป่วยเอดส์

ร้อยละ 64.2 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้ว 3-5 ปี รองลงมา ร้อยละ 32.3 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้ว 1-2 ปี

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.3 กินยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตร d4T + 3TC + NVP รองลงมา ร้อยละ 16.2 กินยาสูตร d4T + 3TC + EFV และร้อยละ 43.9 ได้รับยาสูตรปัจจุบันมาแล้ว 3 - 5 ปี เฉลี่ย 2.2 ปี มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) เมื่อเริ่มรับยา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.1 เท่ากับ 10–50 cells/ml รองลงมา ร้อยละ 24.2 เท่ากับ 101–200 cells/ml ต่ำสุด เท่ากับ 0 cell/ml สูงสุดเท่ากับ 263 cells/ml เฉลี่ย เท่ากับ 66.0 cells/ml

ระดับภูมิคุ้มกัน(CD₄) ปัจจุบัน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.8 เท่ากับ 301–500 cells/ml รองลงมา ร้อยละ 23.4 เท่ากับ 501–1,000 cells/ml สูงสุด เท่ากับ 1,647 cells/ml ต่ำสุด เท่ากับ 10 cells/ml เฉลี่ย เท่ากับ 387 cells/ml ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.4 ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.1 เปิดเผยให้เฉพาะคนในครอบครัวรู้ว่ากินยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 81.8 ไม่ได้รับยาอื่นร่วมกับยาต้านไวรัสเอดส์ รองลงมา ร้อยละ 11.1 ได้รับยาป้องกันโรคฉวยโอกาส ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>ติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว</u>		
< 1 ปี	7	3.5
1 - 2 ปี	44	22.2
3 - 5 ปี	84	42.4
6 - 9 ปี	43	21.7
> 10 ปี	20	10.2
$\bar{X} = 5.3$		
<u>ระยะอาการ</u>		
ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ	37	18.6
ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ	109	55.1
ผู้ป่วยเอดส์	52	26.3
<u>ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์</u>		
1 - 2 ปี	64	32.3
3 - 5 ปี	77	38.9
6 - 9 ปี	7	3.5
<u>สูตรยาที่รับประทาน</u>		
d4T + 3TC + NVP	149	75.3
d4T + 3TC + EFV	32	16.2
AZT + 3TC + NVP	12	6.1
AZT + 3TC + EFV	5	2.5

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>รับยาด้านไวรัสสูตรปัจจุบันมาแล้ว</u>		
< 1 ปี	35	17.7
1 - 2 ปี	73	36.9
3 - 5 ปี	87	43.9
6 - 9 ปี	3	1.5
$\bar{X} = 2.2$		
<u>ระดับภูมิคุ้มกัน(CD₄) เมื่อเริ่มรับยา</u>		
0 - 50 cells/ml	111	56.1
51 - 100 cells/ml	36	18.2
101 - 200 cells/ml	48	24.2
> 200 cells/ml	3	1.5
$\bar{X} = 66.0$		
<u>ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ปัจจุบัน</u>		
10 - 100 cells/ml	17	8.6
101 - 200 cells/ml	30	15.2
201 - 300 cells/ml	43	21.8
301 - 500 cells/ml	55	27.8
501 - 1000 cells/ml	47	23.4
> 1000 cells/ml	6	3.0
$\bar{X} = 387$		
<u>การป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</u>		
ไม่ป่วย	181	91.4
ป่วย	17	8.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
<u>การเปิดเผยตัว</u>		
ไม่เปิดเผยตัว	16	8.1
เปิดเผยเฉพาะคนในครอบครัว	125	63.1
เปิดเผยกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน	16	8.1
เปิดเผยกับคนทั่วไป	41	20.7
<u>การรับยาอื่น ร่วมกับยาต้านไวรัสเอดส์</u>		
ไม่ได้รับ	162	81.8
ยาป้องกันโรคฉวยโอกาส	22	11.1
ยารักษาวัณโรค	7	3.5
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	3	1.5
ยารักษาโรคเบาหวาน	1	0.5
อื่น ๆ	3	1.5

4.3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.7 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 17.7 อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 85.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ	min	max	$\bar{X}$	SD
ดี (101 – 128)	35	17.7	56.0	128.0	85.9	14.7
ปานกลาง (71- 100)	130	65.7				
ต่ำ (56 - 70)	33	16.7				

เมื่อพิจารณาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์ โดยแยกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับ ปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 20.7 อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.78 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.1 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 20.7 อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.0 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.3 มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 18.2 อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.57 และร้อยละ 58.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ อยู่ในระดับ ปานกลาง รองลงมา อยู่ในระดับต่ำและดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.58 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายด้าน

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ	min	max	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านอารมณ์</u>						
ดี (29 – 35)	41	20.7	14.0	35.0	24.78	3.80
ปานกลาง (22 – 28)	116	58.6				
ต่ำ (14 – 21)	41	20.7				
<u>ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร</u>						
ดี (21 – 32)	38	19.2	10.0	32.0	17.0	4.33
ปานกลาง (14 – 20)	119	60.1				
ต่ำ (10 – 13)	41	20.7				
<u>การช่วยเหลือด้านทรัพยากร</u>						
ดี (31 – 42)	1	0.5	10.0	42.0	24.57	6.43
ปานกลาง (19 – 30)	161	81.3				
ต่ำ (10 – 18)	36	18.2				
<u>ด้านการยอมรับ</u>						
ดี (25 – 36)	41	20.7	10.0	36.0	19.58	5.88
ปานกลาง (15 – 24)	116	58.6				
ต่ำ (10 – 14)	41	20.7				

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม แยกเป็นรายชื่อในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 5 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ข้อ 1 – 10 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย ข้อ 11 – 20 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ประกอบด้วย ข้อ 21 – 30 และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ประกอบด้วย ข้อ 31 – 40 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ต่ำที่สุดในข้อ 6 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าขณะนี้ตัดสินใจถูกต้องแล้วที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ รองลงมา คือ ข้อ 10 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนเองยังมีคุณค่าในสังคม และข้อ 8 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าแพทย์/พยาบาลให้ความเป็นกันเอง เอาใจใส่ห่วงใยเขา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ต่ำที่สุดในข้อ 17 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าการกินยาไม่ตรงเวลา ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้การรักษาด้วยยาสูตรปัจจุบันไม่ได้ผล เชื้อื้อยา ต้องเปลี่ยนสูตรยา และอาจทำให้การรักษาล้มเหลวในที่สุด รองลงมา คือ ข้อ 11 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าได้รับความรู้ และทราบดีว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จะได้ผลดี ถ้ารับประทานยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต และข้อ 12 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าได้รับความรู้ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และทำจิตใจให้สบาย ฯลฯ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ต่ำที่สุดในข้อ 29 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ฟรี และในข้อ 30 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนสามารถเดินทางไปรับยาต้านไวรัสเอดส์ตามแพทย์นัดได้ทุกครั้งด้วยความสะดวก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ต่ำที่สุดในข้อ 32 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่มั่นใจว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จะช่วยให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานมากขึ้น รองลงมา คือ ข้อ 38 โดยส่วนใหญ่ก่อนข้างไม่ค่อยมีความมั่นใจว่า ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายข้อ

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1	เมื่อท่านมีปัญหา หรือความวิตกกังวลใจ ท่านรู้สึกมีผู้ใกล้ชิดปลอบใจ ให้กำลังใจ	1.98	1.01
2	ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ ดีใจ ภูมิใจที่ได้รับคำชมเชย ยกย่องจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม	2.25	1.03
3	ท่านรู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวไม่ค่อยเอาใจใส่ ดูแล	2.65	1.53
4	ท่านรู้สึกว่าไม่ค่อยมีโอกาสดำเนินการแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษา ร่วมกับ แพทย์/พยาบาลผู้ดูแล	3.06	1.13
5	ท่านรู้สึกท้อแท้ใจต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้	2.94	1.55
6	ท่านรู้สึกว่าขณะนี้ท่านตัดสินใจถูกต้องแล้วที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	1.27	0.61
7	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพแข็งแรงดีเหมือนคนปกติทั่วไป	4.31	0.83
8	ท่านรู้สึกว่าแพทย์/พยาบาลให้ความเป็นกันเอง และเอาใจใส่ ห่วงใยท่าน	1.72	0.76
9	ท่านรู้สึกน้อยใจ เมื่อไม่มีใครสนใจรับฟังความรู้สึกที่ท่านต้องการระบาย เวลาเมื่อเรื่องไม่สบายใจ	2.93	1.13
10	ท่านรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าในสังคม	1.63	0.76
11	ท่านได้รับความรู้ และทราบดีว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จะได้ผลดี ถ้ารับประทานยาอย่างครบถ้วนถูกต้อง ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต	1.34	0.59
12	ท่านได้รับความรู้ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และทำจิตใจให้สบาย ฯลฯ	1.34	0.60

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{X}$	SD
13	ท่านไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หากเกิดอาการข้างเคียงหรือแพ้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับประทาน	2.18	1.43
14	ท่านได้รับความรู้ หรือคำแนะนำ ให้หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ เพื่อช่วยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ผลดี	1.50	0.75
15	ท่านได้รับคำปรึกษาในการทำจิตใจให้ยอมรับอาการเจ็บป่วยตามระยะของโรค และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	1.57	0.70
16	ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าอาจจะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการกินยาต้านไวรัสเอดส์ แต่หลังจากนั้น อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ลดลง	1.44	0.67
17	ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าการกินยาไม่ตรงเวลา ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้การรักษาด้วยยาสูตรปัจจุบันไม่ได้ผล เชื้อดื้อยา ต้องเปลี่ยนสูตรยา และอาจทำให้การรักษาล้มเหลวในที่สุด	1.32	0.60
18	ท่านไม่ได้รับข้อมูล หรือความรู้ เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์	1.73	1.23
19	ท่านไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่น เชื้อรา ปอดอักเสบ วัณโรค ฯลฯ	2.08	1.35
20	ท่านได้รับข้อมูลว่า หน่วยงานของรัฐ มีเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้ป่วยเอดส์ หรือครอบครัวผู้ป่วยเอดส์	2.50	1.27

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{X}$	SD
21	ท่านมีคนคอยบอก หรือคอยเตือนให้กินยาทุกครั้ง เมื่อถึงเวลากินยาด้านไวรัสเอดส์	2.41	1.29
22	ท่านมีผู้เอาใจใส่ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ให้รับประทานอยู่เสมอ	2.54	1.20
23	ท่านมีผู้อุปการะ ให้ความช่วยเหลือ เมื่อต้องการซื้อของใช้ที่จำเป็น	2.89	1.27
24	ท่านมีผู้จัดหายาด้านไวรัสเอดส์ให้กินตรงตามเวลาทุกวัน	3.13	1.42
25	ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือการสงเคราะห์ด้านเงิน จากคนในชุมชน หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อจำเป็น	3.30	1.26
26	ท่านได้รับการติดตามการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ที่บ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นประจำ	1.97	1.10
27	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย มีผู้ที่อาสาทำงานแทนท่านได้	3.16	1.30
28	เมื่อท่านต้องเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ท่านไม่สามารถไปได้เนื่องจากไม่มีเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	2.52	1.63
29	ท่านได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ฟรี	1.20	0.64
30	ท่านสามารถเดินทางไปรับยาด้านไวรัสเอดส์ตามแพทย์นัด ได้ทุกครั้งด้วยความสะดวก	1.40	.067
31	ท่านรู้สึกว่าคุณคนในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน ยังปฏิบัติกับท่านเหมือนเดิม	1.86	0.89
32	ท่านมั่นใจว่าการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ จะช่วยให้ท่านมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานมากขึ้น	1.39	0.66

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมแยกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{X}$	SD
33	ท่านรู้สึกว่าคุณอื่นๆ ในชุมชนรังเกียจ และไม่ยากพูดคุยด้วยกับท่าน	2.53	1.02
34	สมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนหรือในกลุ่มเปิดโอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็น	2.57	1.09
35	ท่านมีโอกาสมิมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับครอบครัว หรือชุมชน	2.31	1.07
36	ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ กับสมรรถภาพร่างกายของตนเองที่เป็นอยู่ในขณะนี้	1.81	0.93
37	ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษา พยาบาลเป็นอย่างดีจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.64	0.73
38	ท่านมั่นใจว่า ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา	1.43	0.71
39	ท่านมีโอกาสดำเนินการปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษา จากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกครั้งที่ท่านมาตรวจตามนัด	1.66	0.84
40	ท่านมีโอกาสดำเนินงานตามปกติ แม้จะเปิดเผยตนเองว่าติดเชื้อเอช ไอ วี	2.32	1.20

4.4 พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.5 มีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ อยู่ในระดับดี ส่วนน้อยเพียง ร้อยละ 1.5 อยู่ในระดับไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.96 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ระดับพฤติกรรมการกินยา ต้านไวรัสเอดส์ (คะแนน)	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ดี (5)	195	98.5
ไม่ดี (< 5)	3	1.5
min = 2.0, max = 5.0, SD = .26, $\bar{X}$ = 4.96		

4.5 การตรวจสอบ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

การตรวจสอบ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยด้วยการนับเม็ดยาคงเหลือเพื่อคำนวณหาค่าความครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.3 มีการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ อยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 19.7 อยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 93.12 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์จากการนับยาคงเหลือ

ระดับการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ)	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ดี (95 – 100 %)	159	80.3
ไม่ดี (< 95 %)	39	19.7
min = 45, max = 100, $\bar{X}$ = 93.12, SD = 15.38		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 ตอบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 97.0 ตอบว่า

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ครบชนิดตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 94.4 ตอบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และร้อยละ 92.9 ตอบว่าไม่เคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนผู้ที่ตอบว่าไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อน หรือหลังเวลาที่กำหนดแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีเพียง ร้อยละ 73.7 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยแยกเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์					
	เกิน 3 ครั้ง		ไม่เกิน 3 ครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคย หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยแพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่	1	0.5	10	5.1	183	94.4
ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคย รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดแต่ละ ครั้งมากกว่า 30 นาที หรือไม่	2	1.0	50	25.3	146	73.7
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยลืม รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หรือไม่	1	0.5	13	6.6	184	92.9
ใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ครบจำนวนตามที่แพทย์สั่ง ทุกครั้ง หรือไม่	-	-	5	2.5	193	97.5
ใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ครบชนิดตามที่แพทย์สั่ง ทุกครั้งหรือไม่	2	1.0	4	2.0	192	97.0

กลุ่มตัวอย่างที่มีการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.8 ได้รับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 ได้รับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่กินยาครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มที่กินยาไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

ระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ครบถ้วนต่อเนื่องสม่ำเสมอ		กลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	
	จำนวน (n = 159)	ร้อยละ	จำนวน (n = 39)	ร้อยละ
มาก	29	17.0	6	15.4
ปานกลาง	103	64.8	27	69.2
น้อย	27	18.2	6	15.4

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ก่อนกินยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้สถิติ t - test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ก่อนกินยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่างที่กินยา ARV	n	$\bar{X}$	SD	t	p - value
ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	159	68.86	65.42	3.121	.079
ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	39	54.46	54.41		

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) หลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง

สม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยใช้สถิติ t – test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) หลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่างที่กินยา ARV	n	$\bar{X}$	SD	t	p - value
ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	159	393.09	262.15	.301	.584
ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	39	362.15	215.69		

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ในกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ระหว่างก่อนกินยาต้านไวรัสเอดส์ และหลังจากกินยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งตรวจในครั้งล่าสุด โดยใช้สถิติ Paired t – test พบว่า จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ก่อนและหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .001 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ระหว่างก่อนกินยาต้านไวรัสเอดส์ และหลังจากกินยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งตรวจในครั้งล่าสุด ในกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มที่กินยาไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4)	n	$\bar{X}$	SD	t	p - value
กลุ่มที่กินยา ARV ครบถ้วน					
ก่อนกินยา	159	68.86	65.42	16.359	.000*
หลังกินยา	159	393.09	262.25		
กลุ่มที่กินยา ARV ไม่ครบถ้วน					
ก่อนกินยา	39	54.46	54.41	9.469	.000*
หลังกินยา	39	362.15	215.69		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .001

ส่วนผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอและกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ กับจำนวนภูมิคุ้มกัน (CD_4) หลังจากรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ t -test (One – sample test) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < .001 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์(ARV)อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ กับ จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4)

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n (198)	$\bar{X}$	SD	t	p - value
CD_4 หลังกินยาARV	198	387.00	253.46	21.48	.000*
พฤติกรรมการกินยาARV	198	2.98	.122		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < .001

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) ดีกว่ากลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.6 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเปิดเผยตัว โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่า สถานภาพสมรส และการเปิดเผยตัวที่แตกต่างกันมีผลทำให้ การกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < .05 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา กับการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัจจัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	SD	f	p - value
สถานภาพสมรส	3.82	3.732	.012	.012*
ระดับการศึกษา	.192	.178	.950	.950
อาชีพ	1.270	1.202	.307	.307
การเปิดเผยตัว	3.199	3.094	.028	.028*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.05

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อมะเร็ง และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กับพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อมะเร็ง ไอวี และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มากกว่า แต่ก็ไม่มีพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อมะเร็ง ไอวี และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ น้อยกว่า ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อมะเร็ง และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กับพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ตัวแปร	r	p - value
อายุ	.075	.292
รายได้	.052	.470
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	.026	.719
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	.022	.753

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติ Discriminant analysis พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์

อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ ดังตารางที่ 16 แสดงว่าหากผู้ป่วยเอดส์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์ มีการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ อยู่ในระดับดีไปด้วย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยแยกเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและได้รับโอกาสทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ ดังตารางที่ 16 แสดงว่า หากผู้ป่วยเอดส์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และ ได้รับการยอมรับ ในระดับที่ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์ กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในระดับที่ดีไปด้วย

ส่วนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยเอดส์ แสดงว่า แม้ผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ในระดับที่ดี แต่ไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในระดับที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัจจัย	r	df1	df2	p - value
แรงสนับสนุนทางสังคม	5.998	1	107.977	.016*
ด้านอารมณ์	1.092	1	107.977	.298
ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร	4.136	1	107.977	.044*
การช่วยเหลือด้านทรัพยากร	1.298	1	107.977	.257
ด้านการยอมรับ	4.470	1	107.977	.037*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$

จากผลการศึกษาจะพบว่า ผลการตรวจสอบ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย ด้วยแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.5 ส่วนผลการตรวจสอบ ด้วยการนับเม็ดยาคงเหลือเพื่อคำนวณ ค่าความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า ร้อยละ 80.3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < .05$ จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD_4) หลังจากกินยาต้าน ไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < .001$ และพฤติกรรมการกินยาต้าน ไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับจำนวนภูมิคุ้มกัน (CD_4) หลังจากรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p - \text{value} < .001$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งเป็นการศึกษาในระยะเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง(Descriptive cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 198 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2550 ถึง 20 กันยายน 2550 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรอิสระ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance: ANOVA) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Analytical statistic) วิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant analysis) ใช้การทดสอบค่าที (t - test) วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 ระหว่างกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ กับกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และสถิติ Paired t - test วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 ระหว่างก่อนและหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์ ของกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และกลุ่มที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และสถิติ One sample statistic เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ กับการเพิ่มของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 หลังจากกินยาต้านไวรัสเอดส์

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.0 เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 36.4 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3-5 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มาแล้วเป็นเวลา 3 – 5 ปี กินยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตร d4T + 3TC + NVP มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) เมื่อเริ่มรับยาเฉลี่ย เท่ากับ 66.0 cells / ml มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ปัจจุบันเฉลี่ย เท่ากับ 387.0 cells / ml

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง จากการประเมินการกินยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในระดับดีมาก ส่วนการประเมินด้วยการนับเม็ดยาคงเหลือ เพื่อดำเนินการ ร้อยละของความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ร้อยละ 80.3 มีการกินยาอยู่ในระดับดี และ ร้อยละ 19.7 มีการกินยาอยู่ในระดับไม่ดี

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการเปิดเผยตัว กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สถานภาพสมรส และการเปิดเผยตัวที่แตกต่างกัน มีผลทำให้การกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี และ ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งยอมรับสมมติฐาน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการยอมรับ มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ ส่วนปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างกันทางด้านประชากรของผู้ป่วยเอดส์ เช่น อายุ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ไม่มีผลทำให้การกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากรายงานผลการศึกษานของ แอมมาสรี และคณะ (Ammasari et al., 2001) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีการกินยาครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และผลการศึกษานของ โกลินและคณะ (Golin et al., 2002) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ และผลการศึกษานของ กิฟฟอร์ดและคณะ (Gifford et al., 2002), คาร์คเคอร์ และคณะ (Darder et al., 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมีระดับการศึกษาต่ำ และแตกต่างจากรายงานการศึกษานของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ซึ่งพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ในการรักษา โดยผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวันโรคและไม่ได้ทำงาน ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน และผลการศึกษานของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ กินยาได้อย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ นอกจากนี้ ยังแตกต่างจากรายงานผลการศึกษานของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยวันโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการกินยามีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับรายงานผลการศึกษานของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ที่พบว่า การมีรายได้ที่สูงกว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวันโรค และรายงานการศึกษานของ โบโนโล และคณะ (Bonolo et al., 2004) การไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ เช่นเดียวกับคลีเบอร์กเกอร์ และคณะ (Kleeberger et al., 2001) ซึ่งพบว่า การมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับ การกินยาไม่สม่ำเสมอ และสไปร์และคณะ (Spire et al., 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะไม่ดี มีโอกาสที่จะกินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะที่ดีกว่า ส่วนผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการเปิดเผยตัว กับพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สถานภาพสมรส และการเปิดเผยตัวที่แตกต่างกัน มีผลทำให้การกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ แสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรส และ การเปิดเผยตัวของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง

สม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มสมรสนเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต อ้างใน ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547) ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับกำลังใจ แรงสนับสนุน ตลอดจนการกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการเปิดเผยตัวของผู้ป่วยเอดส์ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างเปิดเผย ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างเปิดเผย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต อ้างใน ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นานกว่า ไม่มีความแตกต่างในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ คิดว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก ยอมรับสมมติฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์ (2530) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ถูกต้อง และชาติรี ประชาพิพัฒน์ (2533) ทศพร บุญถื่อ (2533) สุวิมล สันติสุขธนา (2533) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ดีขึ้น เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของ มารยาท วงษานุตร (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ของประเทือง พิมพะ (2541) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ซึ่งศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แยกเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง มีการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับที่ต่ำกว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยแยกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือไม่ค่อยเห็นด้วยว่า ได้ตัดสินใจถูกต้องแล้ว ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($\bar{X}=1.27$) และค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม ($\bar{X}=1.3$) และค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่า แพทย์ พยาบาล ให้ความสำคัญกับตนเองและเอาใจใส่ ห่วงใยผู้ป่วยเอดส์ ($\bar{X}=1.72$) แต่ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือเห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีเหมือนคนปกติทั่วไป ($\bar{X}=4.31$) และเห็นว่าค่อนข้างมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษา ร่วมกับ แพทย์ พยาบาลผู้ดูแล ($\bar{X}=3.06$) แต่ค่อนข้างรู้สึกท้อแท้ใจต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งนี้ ($\bar{X}=2.94$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และสังคม (Social emotional aid) นี้ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การเน้นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thoits, 1982) การได้รับความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (House อ้างใน Israel and Anfonucci, 1986) ความรู้สึกว่าจะสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขา รู้สึกได้รับความ เอาใจใส่หรือความรัก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) จะมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ทีมบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข ที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควรศึกษาหาแนวทางในการปรับกลวิธี เทคนิค ในการดูแลรักษาเพื่อกระตุ้นจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึก หรือคิดเห็นว่า เขาเหล่านั้นได้รับการยกย่อง เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ อย่างจริงใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลต่อการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวดารกับการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวดารที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว วินัยในการกินยา ประสิทธิภาพของการกินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สม่ำเสมอในระดับสูงจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับดี ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวดาร รวมทั้งการแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ (House อ้างใน Israel and Anfonucci, 1986) (Thoits, 1982)

จะส่งเสริมให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร รู้สึกมีความหวัง กำลังใจในการรักษา (Wein อ้างใน Diemol and Jonhes, 1983) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของพัฒนาโพธิ์แก้ว (2537) และเกื้อกูล ธนอมกิจ (2543) ซึ่งพบว่าความรู้ ความเข้าใจในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการใช้ยารักษาวัณโรค และรายงานการศึกษาของ แมทธิวส์ และคณะ (Mathews et al., 2002) โรเบิร์ต และคณะ (Robert et al., 2000) และแวกเนอร์และคณะ (Wagner et al., 2002) พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ และผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอเป็นปัจจัยทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเองทำให้มีอารมณ์มั่นคง เกิดความมั่นใจ ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี (Pender et al., 1987) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญหน้ากับความเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เผชิญความเครียดได้ดีขึ้น จากการได้รับข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น ทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้มาก่อน แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล (Leiberman, 1972)

เมื่อพิจารณาการได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารของผู้ป่วยเอดส์ในรายละเอียดแล้วพบว่า ผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนใหญ่ค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่า ได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์จากบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าค่อนข้างไม่ได้รับความรู้ ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะได้ผลดี ถ้ารับประทานอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ($\bar{X}=1.34$) และเห็นว่าค่อนข้างไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าการกินยาไม่ตรงเวลา ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรปัจจุบันไม่ได้ผลดี ทำให้เชื่อดื้อยา และอาจทำให้การรักษาล้มเหลวในที่สุด ($\bar{X}=1.32$) และเห็นว่าไม่ค่อยได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าอาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ แต่หลังจากนั้น อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ลดลง ($\bar{X}=1.44$) ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพ จึงควรปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ความสำคัญในการรักษา และผลดีของการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้องตรงเวลา และสม่ำเสมอ

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ กับการกินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ แสดงว่า ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ในระดับที่สูงกว่ามีการกินยาอย่าง

ครบถ้วนและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์
สิ่งของ เงินทอง น้อยกว่า

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการ
กินยาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่่าเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วย
เอดส์ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการประเมินความ
ครบถ้วนและต่อเนื่อง สม่่าเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ มีเพียงร้อยละ 80.3 ที่
อยู่ในระดับดี และร้อยละ 19.7 ยังอยู่ในระดับไม่ดี ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เห็นว่าได้รับความรู้ ข้อมูล
ข่าวสาร การมีคุณค่าในสังคม ได้รับการเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพน้อย ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ
ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรเผยแพร่ผลงานการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนแนวทางในการ
ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลและสถานบริการ
สาธารณสุขทุกแห่ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีการกิน
ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอ ดังนี้

5.3.1.1 ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน ได้แก่

1) ด้านอารมณ์

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกว่าได้ตัดสินใจถูกต้องแล้วที่รับยาต้าน
ไวรัสเอดส์

- แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้ความเป็นกันเอง และเอาใจ
ใส่ ห่วงใยผู้ป่วยเอดส์

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกมีคุณค่าในสังคม

2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร

- ให้ความรู้หรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยเอดส์เห็นความสำคัญและ

ตระหนักดีว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะได้ผลดี ถ้ารับประทานยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง
ตรงเวลาอย่างสม่่าเสมอไปตลอดชีวิต ซึ่งจะทำให้การรักษาด้วยยาสูตรปัจจุบันได้ผล เชื่อไม่คือยา
ไม่ต้องเปลี่ยนสูตรยาในที่สุด

- ให้ความรู้ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และทำจิตใจให้สบาย ฯลฯ

3) การช่วยเหลือด้านทรัพยากร

- จัดระบบบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ฟรีแก่ผู้ป่วยเอดส์
- มีการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่บ้านโดย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามความเหมาะสม

4) ด้านการยอมรับ

- สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จะช่วยให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานมากขึ้น
- สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ว่ายาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา
- สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ว่าจะได้รับการดูแล

รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.3.1.2 ในภาพโดยรวมแล้ว ผู้ป่วยเอดส์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการยอมรับ

5.3.1.3 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการยอมรับ ให้โอกาสผู้ป่วยเอดส์ได้แสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษา มีโอกาสช่วยเหลือ ทำสิ่งที่ประโยชน์ต่อสังคม

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 จากผลการศึกษา จะพบว่าจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 หลังการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่กินยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากการตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4 นั้นจะตรวจเป็นระยะ ทุก 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีระยะเวลาในการศึกษายาวนานขึ้น เพื่อดูความครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพราะความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การกินยาต้านไวรัสเอดส์ในช่วง 1 ปี และช่วงที่มากกว่า 1 ปี ย่อมมีความแตกต่างกันในแง่ของการมารับบริการ และความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา และมีความแตกต่างกันของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD_4

5.3.2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา และวินัยในการกินยา เช่น ศึกษาประเด็นสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษา

กับผู้ป่วยเอดส์ เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย มีผลต่อการมารับบริการดูแลรักษาและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด

5.3.2.3 ควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการให้การดูแล รักษา เพื่อส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ไชยเจริญ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ศึกษากรณี : คามิลเลียน โซเชียลเซนต์เตอร์ ระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา ประชากรศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อกุล ถนอมกิจ. (2543). “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรง สนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวันโรคปอดแบบมีควบคุม ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก”, วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก. 5 (3) : 27-39.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการปฏิบัติงานโครงการ:การพัฒนาระบบบริการและ ติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- กองระบาดวิทยา. (2544). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กองระบาดวิทยา. (2545). รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยจาก กันยายน 2527 - 31 มกราคม 2545. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ ไชยา. (2534). การสอนสุขศึกษาโดยใช้วิธีการเรียนรู้จากปัญหาในการป้องกันโรคเอดส์ นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค. (2550). รายงานประจำปีเดือนโครงการการเข้าถึงบริการยาต้าน ไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีเดือน มกราคม 2550. อานาจเจริญ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอานาจเจริญ.
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค. (2550). รายงานสถานการณ์เอดส์ประจำปีเดือน กุมภาพันธ์ 2550. อานาจเจริญ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอานาจเจริญ.
- จันทร์วิภา คิลกสัมพันธ์. (2538). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- จันทพงษ์ วะสี. (2537). ไวรัสก่อโรคมุ้มน้ำดื่ม. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ เรื่อง ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อการพัฒนาประเทศ และนโยบายของประเทศไทยเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและป้องกัน ณ อาคารเรียนรวมบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2531). “แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้”, วารสารพยาบาลศาสตร์. 6 (2) : 96-105.
- เจริญ อัสวประพล. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2537). ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้การฝึกอบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาติ แจ่มนุช. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมการสำส่อนทางเพศของเยาวชนชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาติรี ประชาพิพัฒน์. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นที เกื้อกุลกิจการ. (2541). การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา นครินทร์ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์.
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ทศพร บุญลือ. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2538). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ (หน่วยที่ 9-15) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญแข แสงแก้ว. (2541). การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบุลย์. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์. (2530). ประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาเรื่องกามโรคแก่หญิงอาชีพพิเศษแบบเพื่อนสอนเพื่อน ในสถานบริการ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ ริมวิทยากร. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- วิลาวัณย์ ประทีปแก้ว. (2534). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ในรูปแบบการเรียนการสอนการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
 การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ศุภจรี วชิริวัฒน์. (2533). ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์ : กรณีศึกษานักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2533. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุภรณ์ รุธิรวัฒน์. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการเอดส์ ของนักเรียนจำปาสักการกองทัพอากาศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภมาตร์ อิศระพันธ์. (2534). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ สฤกษ์อภิชัย. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรินทร์ มากไมตรี. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการเอดส์ของนักเรียนจำปาสัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สุวิมล สันติสุขธนา. (2533). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงโสม ศิริพานิช. (2535). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของชายที่ประกอบอาชีพและกลุ่มนักศึกษาชาย ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาพร มานัสสถิตย์. (2534). ถามตอบปัญหาโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์. (2535). “โรคเอดส์ทางคลินิก”, ใน เอดส์การดูแลรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 บรรณาธิการ โดย มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2550). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- อังศินันท์ บุษผาสวรรณ. (2536). ประสิทธิผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการใช้แรงเสริมจากผู้บังคับบัญชาในระดับสูงในพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพลทหารชายแดนอรัญประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี สิงหสุต. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาคม ปาเจริญ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ สำหรับสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันเอดส์ ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Achectman, J.M., Bovbjerg, V.E., and voss, J.D. (2002). "Predictors of medication-refill adherence in an indigent rural population", Medical Care. 40: 294-300.
- Adeymo, M.O., and Brieger, W.R. (1995). "Dissemination of Family Life Education to Adolescents by their parents in Suburban Ibadan Nigeria", International Quarterly of community Health Education. 15(3): 241-252.
- Alexander, L.L., and Larosa, J.H. (1994). New Dimension in Women's Health. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Allport, G.W. (1967). Attitude. Reading in Attitude Theory and Measurement. Edited by Martin Fishbein. NewYork: John Wiley and Sons.
- Altice, F. L., Mostashari, F., and Friedland, G. H. (2001). "Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 28: 47-58.
- Ammassari, A. et al. (2001). "Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 25: 445-449.
- Backeland, F., and Landwall, L. (1975). "Dropping out of treatment", A critical Review Psychological Bullentin. Vol. 82: 738 – 783.
- Bangsberg, D.R, Perry, S., and Charlesbois, E.D. (2001). Adherence to HAART predicts progression to AIDS. 8th. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago.
- Bangsberg, D.R. et al. (2001). "Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS", AIDS. 15: 1181-1182.
- Barrera, M., and Ainley, SL. (1983). "The structure of social support: a conceptual and empirical analysis", Journal of Community Psychology. 11(4): 133-143.
- Bartlett, J. A. (2002). "Addressing the challenges of adherence", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 29 (Suppl. 2): S2-S10.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Bassetti, S. et al. (1999). "Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued?", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 21: 114-119.
- Baumeister, L.M., Flores, E.S., and Marin, B.V. (1995). "Sex information given to Latina adolescent by parents Health", Education Research. 10(2), Jun: 223-239.
- Bell, R R. (1981). "Contemporary Social Problem. Illinois", Dorsey Press. p 234.
- Bernatt, B. (1997). "Effective sexual health education help youth of clarify their values, avoid risky behaviors and improve negotiation skills", Retrieved November 12, 2002, from <http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v> .
- BHIVA. (2003). "British HIV Association guidelines on provision of adherence support", <http://www.bhiv.org/guidelines/2004/adherence/navleft.html>. (Accessed 13/06/04).
- Bonolo, P.F. et al. (2004). Factors associated to adherence among patients initiating antiretroviral (ARV) therapy, Belo Horizonte, Brazil, 2001-2003. 15th. International AIDS Conference, Bangkok.
- Brigido, L.F. et al. (2001). "Impact of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients at a university public service in Brazil", AIDS Patient Care & STDS. 15: 587-593.
- Brown MA. (1986). "Social support during pregnancy: an unidimension construct ?", Research in Nursing and Health. 35(1): 4-9.
- Caplan, G. (1974). Social System and Community Mental Health. Lecture on Concept Development.
- Cantwel-Mcnelis K, and Mames, CW. (2002). "Role of clinical pharmacist in outpatient HIV clinics", American Journal of Health-system Pharmacy. 59: 447-452.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Chanya Sethabut and Umaporn Pattaravanich. (1993). Information provided by rural mothers to their daughters concerning reproductive health. UK / THAI collaborative research development in reproductive and sexual proceeding of the symposium on the Mahidol extern British council link. Institute for population and social: Mahidol University . Nakhonpathum.
- Cobb Sidney. (1976). "Social support as a moderator of life Stress", Psychosomatics Medicine. 38 (Sep-Oct): 300-313.
- Darder, M. et al. (2004). Determinants of short and long-term adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings. The 15th. International AIDS Conference, Bangkok.
- Dey, L. (1994). The Problem of Juvenile Sexuality with Specific Reference to Perents' Education Responsibility: A Sociopedagogic perspective (Africans Text). Ph.D.Thesis, University of Pertoria: South African.
- DHHS. (2004). Guidelines for use of antiretroviral agents in HIV-1-infacted adults and adolescents. <http://AIDSinfo.nih.gov> (Access23/03/04).
- DiMatteo, M.R., Lepper, T.W., and Croghan, T.W. (2000). "Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment", Annals of International Medicine. 160: 2101-2107.
- Diamod M, Jone SL. (1983). Chronic illness across the life span. Connecticut: Appleton Century-Croft.
- Dole, P.J. et al. (2004). Affect of alcohol on HIV+ individuals' well-being and adherence. 15th. International AIDS Conference, Bangkok.
- Dunchy, C.A. (1991). "Mental Health Needs of Clients Along the Continuum of Human Immunodeficiency Virus", Cancer Nursing. 13 (5): 278-285, 717-719.
- Flaskerud, J.H. and Ungvarski, P.J. (1992). HIV/AIDS A Guide to Nursing Care. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Comp.
- Fogarty, L. et al. (2002). "Patient Adherence to HIV medication regiments: a review of published and abstract reports", Patient Education counseling. 46 (2): 91-92.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Fielding D, Duff A. (1999). "Compliance with treatment protocols : interventions for children with chronic illness", Arch Dis Child. 80: 196-200.
- Frank, I. (2002). "Once-daily HAART: Toward a new treatment paradigm", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 31 (Suppl.1): 53-59.
- Frick, P.A. et al. (1998). "Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS", AIDS Patient Care & STDS. 12: 463-470.
- Gifford, A. L. et al. (2000). "Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens", Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes. 23: 386-395.
- Golin, C.E. et al. (2002). "A prospective study of Predictors of adherence to combination antiretroviral medication", Journal of General Internal Medicine. 17: 812-813.
- Gordillo, V. et al. (1999). "Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy", AIDS. 13: 1763-1769.
- Gottlieb BH. (1985). "Social network and social support:an overview of research, practice and policy implication", Health Education Quality. 12 (spring): 5-22.
- Green Lawrence W. et al. (1980). Health Education Planning: a Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing.
- Grymonpre R., Sabiston C, and Johns B. (1991). "The development of a medication reminder card for elderly person", Can J Hospital Pharmacy. 2: 55 – 62.
- Hanucharunkul, S. (1988). "Predictors of Self-Care in Cancer Patients Receiving Radiotherapy", Cancer Nursing. 30 (January-February 1988): 10-15.
- Haynes, AB. (2003). Promoting adherence to HIV antiretroviral therapy. AIDS institute New York state department of health.
- Hinkin, C.H. et al. (2002). "Medication adherence among HIV + adults", Journal of Neurology. 59: 1944-1950.
- House JS. (1985). Measure and concept of social support. In: Cohen S, Shyme SL, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- House et al. (1982). "The association of social relationship and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community health study", American Journal Epidemiology. 116 (July 1982): 123-140.
- Howard, A.A. et al. (2002). "A Prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV- infected woman", AIDS. 16: 2175-2182.
- Ickovics, J.R., and Meads, C.S. (2002). "Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: A critical link between behavioral and biomedical sciences", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 31: 98-120.
- Israel, BA., Antonucci, TC. (1986). "Verifiability of social support: A comparison of principal and network members responses", Journal of Consult Clinical Psychology. 54 (4): 432-7.
- Israel, BA. (1985). "Social network and social support: Implication for natural helper and community level intervention", Health Education Quality. 12 (11): 65-80.
- Jacobson, DE. (1986). "Types and timing of social support", Journal of Health and Social Behavior. 27: 250-64.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging social support", In aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives boulder, cola: west view press. 77-91.
- Kaplan et al. (1979). "Social support and health", Medical Care. 15 (15): 47-57.
- Kastrissios, H. et al. (1998). "Charactering patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial", AIDS. 12 (17): 2295-2303.
- Kathleen and Terasa, M.C. (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implication of intervention. Family Relation.
- Kelly, J.A. and Lawrence, J.S. (1988). The AIDS Health Crisis: Psychological, and Social Intervention. 2nd ed. New York: Plenum Press.
- Kleeberger, C.A. et al. (2001). "Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multi-center AIDS cohort study", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 26: 82-92.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Kyngas, H. (2000). "Compliance of adolescents with chronic disease", Journal of Clinical Nursing. 9: 549-556.
- Langlee, J.K. (1977). "Social Networks Health Beliefs and Preventive Behavior", Journal of Health and Social Behavior, 18 (September 1977): 244-260.
- Leiberman MA. (1972). The effect of social support on responses to stress. In: Golberg L, Brezmitz S, editors. Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: The Free press a Division of Macmilland Publishing Company.
- Little SJ, Golte S, and Routy JP. (2002). "Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV New England", Journal of Medicine. 8; 347(6): 385-94.
- Maher K, Klimas N, and Fletcher M.A. (1999). "Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an urban Veterans Affairs Medical Center", Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes. 22: 358-63.
- Maneesriwongul, W., Deekong, Y., and Williams, A. (2004). "Caregivers' factors associated with medication adherence in patients receiving HAART", Under review.
- Maneesriwongul, W. (2004). "Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients receiving HAART", Under review.
- Maneesriwongul, W., and Williams, A. (2004). "Measuring medication adherence among AIDS patients in Thailand: Comparison of pill counts, electronic monitoring device and self-report", Under review.
- Maneesriwongul, W., and Williams, A. (2004). "Self-reported adherence to antiretroviral medications among patients with HIV in Thailand: Validation of visual analog scale on virological treatment outcomes", Under review.
- Mannheimer, S. et al. (2002). "The Consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for Human Immunodeficiency Virus-infected persons in clinical trials", Clinical Infectious Diseases. 34: 1115-1121.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Mathews, W.C. et al. (2002). Prevalence, predictors, and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. AIDS Patient Care and STDs. 16: 157-172.
- Mc Gorath, J.W. et al. (1993). "AIDS and The urban Family : Its Impact in Kampala, Uganda", AIDS-Care. 1: 71 – 78.
- Morisky simplified self-report Jani AA, Stewart A, Nolen RD, Tavel L. Medication Adherence and Patient Education. Available from : [http://WWW.faectc.org/PDF/ Primary Care Guide/08 Medication Adherence and Patient Education. pdf](http://WWW.faectc.org/PDF/Primary%20Care%20Guide/08%20Medication%20Adherence%20and%20Patient%20Education.pdf) (Accessed 12/8/2003)
- Muoz-moreno, J.A., et al. (2004). "Predictive models for adherence to antiretroviral treatment in HIV infected patients", The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Newcomer's , Udry J R. (1987). "Parental marital status effects on adolescent sexual behavior", J marriage and the family. 49: 233 – 40.
- Oleske, (1994). "The many Needs of the HIV Infected child", Hospital Practice. 15: 81 – 87.
- Paterson, D.L. et al. (2002). "Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV Infection", Annals of International Medicine. 133: 21-30.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. Second edition. California: Appleton and Lange.
- Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. 3rd ed. USA: Appleton and Lange.
- Pillisuk, Mark. (1982). "Delivery of social support : the social Inoculation", American Journal Orthopsychiatry. 52 (January 1982): 20-5.
- Pinch, W.J. et al. (1995). "Ethics in Nursing Practice : Confidentiality for Women and Their children with HIV/AIDS", Medical Surry Nursing. 4 (6): 452–457.
- Pratt. R.J. (1991). AIDS: A Strategy for Nursing Care. 3rd ed. London: Edward Arnold. 37-59.
- Roberts, K.J. (2000). "Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to antiretroviral treatment regimens", AIDS Patient Care and STDs. 14: 155-168.
- Roger MF et al. (1987). "Acquired immunodeficiency syndrome in children: report of the center for Disease Control national Surveillance", 1982 to 1985 Pediatric. 79: 1008-1014.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Simoni, M.J., Frick, P.A., Pantalone, D.W., and turner, B.J. (2003). "Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies", Review-Antiretroviral Adherence Interventions. 11: 185-198.
- Simoni, J. M., Frick, P. A., Lockhary, D. and Lievovitz, D. (2002). "Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City", AIDS Patient Care and TDs. 16: 431-439.
- Singh, N., Berman, S.M., Swindells, S. et al. (1999). "Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy", Clinical Infectious Disease. 29: 824-830.
- Somsong, W. (2002). Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients. M.A. Thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Spire, B. et al. (2002). "Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV – infected patients: from a predictive to a dynamic approach", Social Science and Medicine. 54: 1481-1496.
- Stewart MA. Social support instrument crated by nurse investigator. *Nurse Res* 1989;38:268-75.
- Stone, V.E. et al. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients understanding of their regimens: survey of woman in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 28, 124-131.
- Thoits, Peggy A. (1982). "Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress", Journal of Health Social Behavior. 23 (June): 145-59.
- Tilden V.P., Weinert C. (1987). "Social support and the chronically ill individual", Nursing Clinic of North America. 22 (3): 613-29.
- Tilden V.P. (1985). "Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory", Research in Nursing and Health. 201- 202.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Townsend JK, Worobey J. (1987). "Mother and daughter perception of their relationship : The Influence of adolescent pregnancy status", Journal of Adolescence. 12 (86): 487 – 96.
- Umberson D. (1992). "Relationship between adult children and their parents: Psychological consequence for both generation", Journal of Marriage and Family. 54: 644-74.
- Vanhove G.F, Schapiro J.M, and winters M.A. (1996). "Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy", The Journal of the American Medical Association. 276: 1955-6.
- Vincke, J., and Bolton, R. (2002). "Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: comparison of three sources of information", AIDS Patient Care and STDs. 16: 487-495.
- Wagner, H.J. et al. (2002). "Correlates of adherence to combination antiretroviral therapy among member of HIV-positive mixed status couples", AIDS Care. 14: 105-109.
- Wald, r, L. and temoshok, L. R. (2004). "Subjective beliefs about health status and health care providers significantly predict adherence to anti-retroviral medications", The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Walsh and Diana Chapman. (1990). AIDS-related risk behaviors and AIDS education among teenage men in United State. Proquest-dissertation abstract : Boston University.
- World Health Organization. (2002). Adherence to long – term therapies : evidence for action.
- Williams, A.B. (1990). "Reproductive Concern of Women at Risk for HIV Infection", Journal of Nurse-Midwifery. 35 (5): 292 – 298.
- Zorrilla, C.D. et al. (2004). Improved adherence to HAART among a cohort of non-pregnant women and its associated factors. 15th. International AIDS Conference, Bangkok.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

**เรื่อง ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์
อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอำนาจเจริญ**

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ ปี (เต็ม)

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ สมรส / คู่

☐ หม้าย

☐ หย่า / แยกกันอยู่

4. ลักษณะการเป็นอยู่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ อยู่คนเดียว

☐ อยู่กับบิดามารดา

☐ อยู่กับคู่สมรส

☐ อยู่กับบุตร หลาน และ/หรือญาติพี่น้อง

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

(ระบุ).....

6. อาชีพปัจจุบัน

- | | |
|---|--|
| ☐ เกษตรกรรม(ทำไร่ ทำนา ประมง) | ☐ รับจ้างทั่วไป |
| ☐ ค้าขาย | ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| ☐ รับจ้างบริษัท/ห้างร้าน เอกชน | ☐ ไม่มี |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

7. กรณีที่ท่านมีอาชีพ ช่วงเวลาของการประกอบอาชีพปัจจุบัน

- ☐ ประกอบอาชีพตอนกลางวันมีเวลาที่แน่นอน เช่น ทำงาน 08.30 น. - 16.30 น.
- ☐ ประกอบอาชีพตอนกลางวันมีเวลาไม่แน่นอน เช่น รับจ้างทั่วไป ทำไร่ ทำนา
- ☐ ประกอบอาชีพตอนกลางคืนมีเวลาที่แน่นอน เช่น ขายอาหาร พนักงานห้าง
- ☐ ประกอบอาชีพตอนกลางคืนมีเวลาไม่แน่นอน เช่น ทำงานเป็นผลัด หรือ เวร
- ☐ ประกอบอาชีพเวลาอื่น ๆ (ระบุ)

8. รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

9. แหล่งที่มาของรายได้ครอบครัวในแต่ละเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ จากรายได้ของท่าน
- ☐ จากรายได้ของคู่สมรส
- ☐ จากรายได้ของบุตรและ/หรือหลาน
- ☐ จากรายได้ของบิดามารดา
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

10. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

- ☐ มีพอใช้ และมีเงินเหลือเก็บ
- ☐ มีพอใช้ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
- ☐ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีภาระหนี้สิน
- ☐ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และมีภาระหนี้สิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

1. ท่านได้รับการตรวจพบว่าติดเชื้อเอช ไอ วี มาแล้วเป็นเวลา.....ปี.....เดือน
2. ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาด้านไวรัสเอดส์

☐ ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ
 ☐ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ
 ☐ ผู้ป่วยเอดส์
3. ท่านได้รับการรักษาด้านไวรัสเอดส์ มาแล้วเป็นเวลา..... ปี.....เดือน
4. ปัจจุบันท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรใด

☐ d4T + 3TC + NVP (GPO-VIR)

☐ ddI + 3TC + EFV

☐ d4T + 3TC + EFV

☐ ddI + 3TC + NVP

☐ AZT + 3TC +NVP

☐ TDF + 3TC + EFV

☐ AZT + 3TC + EFV

☐ d4T + 3TC + IDV /r

☐ d4T + 3TC + IDV / RTV

☐ ddI + 3TC + LPV/r

☐ AZT + 3TC + IDV / RTV

☐ AZT + 3TC + LP/r
5. ท่านได้รับการรักษาด้านไวรัสเอดส์ สูตรปัจจุบัน มาแล้วเป็นเวลา..... ปี.....เดือน
6. ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ของท่านเมื่อเริ่มเข้ารับยาต้านไวรัสเอดส์ เท่ากับ.....cell/ml
7. ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ของท่านในปัจจุบัน เท่ากับ.....cell/ml
8. ในปัจจุบัน ท่านป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือไม่

☐ ไม่ป่วย
 ☐ ป่วย (ระบุโรคที่ป่วย).....
9. ท่านเปิดเผยให้คนอื่นรู้ว่าท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หรือไม่ นอกจากแพทย์, พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลรักษา

☐ ไม่เปิดเผยให้ใครรู้
 ☐ เปิดเผยให้คนในครอบครัวรู้
 ☐ เปิดเผยให้เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงานรู้
 ☐ เปิดเผยให้คนทั่วไปรู้
10. ในปัจจุบัน ท่านได้รับยารักษาโรคอื่น ๆ ที่จะต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ร่วมกับการรักษาด้านไวรัสเอดส์ หรือไม่

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

☐ ได้รับยารักษาวัณโรค

☐ ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

☐ ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน

☐ ได้รับยารักษาโรคอื่นๆ (ระบุโรค).....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความคิดเห็น และสิ่งที่ได้รับที่ตรงกับระดับความคิดเห็นและเป็นจริงมากที่สุด

คำอธิบาย แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการยอมรับ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับระดับความคิดเห็น หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับระดับความคิดเห็น หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับระดับความคิดเห็น หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับระดับความคิดเห็น หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับระดับความคิดเห็น หรือความเป็นจริง ที่เกิดขึ้น

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1.	เมื่อท่านมีปัญหา หรือความวิตกกังวลใจ ท่านรู้สึกมีผู้ใกล้ชิดคอยปลอบใจ และให้กำลังใจ					
2.	ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ ดีใจ ภูมิใจที่ได้รับคำชมเชย ยกย่องจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม					
3.	ท่านรู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวไม่ค่อยเอาใจใส่ ดูแล					
4.	ท่านรู้สึกว่าไม่ค่อยมีโอกาสด้านการแสดงความความคิดเห็น ต่อแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแล					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
5.	ท่านรู้สึกท้อแท้ใจต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้					
6.	ท่านรู้สึกว่าขณะนี้ท่านตัดสินใจถูกต้องแล้วที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์					
7.	ท่านมีความรู้สึกที่ ท่านมีสุขภาพแข็งแรงดีเหมือนคนปกติทั่วไป					
8.	ท่านรู้สึกว่าแพทย์/พยาบาลให้ความเป็นกันเอง และเอาใจใส่ ห่วงใยท่าน					
9.	ท่านรู้สึกน้อยใจ เมื่อไม่มีใครสนใจรับฟังความรู้สึกที่ท่านต้องการระบายเวลามีเรื่องไม่สบายใจ					
10.	ท่านรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าในสังคม					
11.	ท่านได้รับความรู้ และทราบดีว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จะได้ผลดีถ้ารับประทานอย่างครบถ้วน ถูกต้องตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต					
12.	ท่านได้รับความรู้ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และทำจิตใจให้สบาย เป็นต้น					
13.	ท่านไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หากเกิดอาการข้างเคียงหรือแพ้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับประทาน					
14.	ท่านได้รับความรู้ หรือคำแนะนำ ให้หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ เพื่อช่วยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ผลดี					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย
15.	ท่านได้รับคำปรึกษาในการทำจิตใจให้ ยอมรับอาการเจ็บป่วยตามระยะของ โรค และความจำเป็นที่จะต้องได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์					
16.	ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่า อาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการกินยาต้าน ไวรัสเอดส์ แต่หลังจากนั้น อาการ ดังกล่าวจะค่อย ๆ ลดลง					
17.	ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำว่าการ กินยาไม่ตรงเวลา ไม่ครบถ้วน และไม่ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจทำให้การรักษา ด้วยยาสูตรปัจจุบันไม่ได้ผล เชื้อคือยา ต้องเปลี่ยนสูตรยา และอาจทำให้การ รักษาล้มเหลวในที่สุด					
18.	ท่านไม่ได้รับข้อมูล หรือความรู้ เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์					
19.	ท่านไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคฉวย โอกาส เช่น เชื้อรา ปอดอักเสบ วัณโรค ฯลฯ					
20.	ท่านได้รับข้อมูลว่า หน่วยงานของรัฐ มี เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับ ผู้ป่วยเอดส์ หรือครอบครัวผู้ป่วยเอดส์					
21.	ท่านมีคนคอยบอก หรือคอยเตือนให้กิน ยาทุกครั้ง เมื่อถึงเวลากินยาต้าน ไวรัสเอดส์					
22.	ท่านมีผู้เอาใจใส่ จัดหาอาหารที่มี ประโยชน์ให้รับประทานอยู่เสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย
23.	ท่านมีผู้อุปการะ ให้ความช่วยเหลือ เมื่อต้องการซื้อของใช้ที่จำเป็น					
24.	ท่านมีผู้จัดหาสินค้าไวรัสเอดส์ให้กิน ตรงตามเวลาทุกวัน					
25.	ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือการ สงเคราะห์ด้านเงิน จากคนในชุมชน หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อจำเป็น					
26.	ท่านได้รับการติดตามการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์ที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์เป็น ประจำ					
27.	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย มีผู้ที่อาสา ทำงานแทนท่านได้					
28.	เมื่อท่านต้องเดินทางไปพบแพทย์ที่ โรงพยาบาล ท่านไม่สามารถไปได้ เนื่องจากไม่มีเงินสำหรับค่าใช้จ่ายใน การเดินทาง					
29.	ท่านได้รับการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสเอดส์ฟรี					
30.	ท่านสามารถเดินทางไปรับยาต้าน ไวรัสเอดส์ตามแพทย์นัดได้ทุกครั้งด้วย ความสะดวก					
31.	ท่านรู้สึกว่าคุณคลในครอบครัว หรือ เพื่อนร่วมงาน ยังปฏิบัติกับท่าน เหมือนเดิม					
32.	ท่านมั่นใจว่า การรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสเอดส์ จะช่วยให้ท่านมีชีวิตอยู่ได้ ยาวนานมากขึ้น					
33.	ท่านรู้สึกว่าคุณคนอื่น ๆ ในชุมชนรังเกียจ และไม่อยากพูดคุยด้วยกับท่าน					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย
34.	สมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนหรือในกลุ่ม เปิดโอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็น					
35.	ท่านมีโอกาสและมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับครอบครัว หรือชุมชน					
36.	ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับ สมรรถภาพร่างกายของตนเองที่เป็นอยู่ ในขณะนี้					
37.	ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษา พยาบาลเป็นอย่างดี จากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
38.	ท่านมั่นใจว่า ยาค้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา					
39.	ท่านมีโอกาส ได้รับคำปรึกษา แนะนำ เกี่ยวกับการดูแลรักษาจากพยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกครั้งที่ท่านมา ตรวจตามนัด					
40.	ท่านมีโอกาสได้ทำงานตามปกติจะ เปิดเผยตนเองว่าติดเชื้อเอชไอวี					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์

1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยแพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง ☐ เคย เกิน 3 ครั้ง ขึ้นไป
2. ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ก่อนเวลา หรือหลังเวลาที่กำหนดในแต่ละครั้ง มากกว่า 30 นาที หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง ☐ เคย เกิน 3 ครั้ง ขึ้นไป
3. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หรือไม่
☐ ไม่เคยลืม ☐ เคยลืม แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง ☐ เคยลืม เกิน 3 ครั้ง ขึ้นไป
4. ใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ครบจำนวนตามที่แพทย์สั่งทุกครั้งหรือไม่
☐ ครบจำนวนทุกครั้ง ☐ ไม่ครบบางครั้ง (แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง)
☐ ไม่ครบบ่อยครั้ง (เกิน 3 ครั้ง)
5. ใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ครบชนิดตามที่แพทย์สั่งทุกครั้งหรือไม่
☐ ครบชนิดทุกครั้ง ☐ ไม่ครบบางครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง)
☐ ไม่ครบบ่อยครั้ง (เกิน 3 ครั้ง)

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงครองศิริ รุจิรวงศ์ นายแพทย์ 6 (อายุรแพทย์) โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
จังหวัดอำนาจเจริญ
2. นางกนกพร แก้วเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนายุทธศาสตร์
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
3. นางสาวนันทมน จารุวัฒน์ นักสังคมสงเคราะห์ 7 ว. งานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานเวช
กรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ