



**แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและ
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง
SOCIAL SUPPORT, DEPRESSION AND RESILIENCE
QUOTIENT IN RELATION TO SELF-CARE AMONG HIV
INFECTED PERSON**

กรรณิการ์ ดาโลดม* อรณัฐ ภาชีน** ชวีวรรณ บุญสุยา**
Kannika Dalodom Oranut Pacheun** Chaweewon Boonshuyar***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง อายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 165 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One-way ANOVA ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ Multiple Regression analysis ณ ระดับนัยสำคัญ 5%

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สำหรับการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ

* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*Master of Art Program in Health Promotion, Faculty of Public Health, Thammasat University.

**Assoc.Prof., Department of Health Promotion, Faculty of Public Health, Thammasat University.

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือผู้ติดเชื้อที่มีการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทั้ง 3 ด้านดังกล่าวในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ($p\text{-value} < 0.01$) ข้อเสนอแนะคือ คลินิกควรเพิ่มการประเมินพลังสุขภาพจิตและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไข้รายใหม่และส่งเสริมให้มีการจัดโปรแกรมสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ภาวะซึมเศร้า/พลังสุขภาพจิต/แรงสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT



This descriptive research measured the relationship of social supports depression and resilience quotient on self-care behaviors. The participants are 165 HIV infected patients receiving care at a clinic who's aged from 25 to 60. In-person interviews used structured questionnaires to obtain information. The statistic methods included One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient, and Multiple Regression analysis at a 5 % significance level were applied.

The results showed that, Self-care of the sample was at a good level 49.1%, followed by medium level 47.9%, and showed that the respondents with good score for resilience quotient related to good self-care behaviors ($p\text{-value} < 0.01$). However, the respondents with good perception on social supports showed lesser in self-care behaviors ($p\text{-value} < 0.01$). Moreover, depression was the only factor that correlated with self-care behavior. The HIV-infected with depressive symptom had lesser self-care behaviors significantly ($p\text{-values} < 0.01$).

To improve the self-care behaviors of HIV infected patient, an assessment of resilience quotient and screening for depression should be performed within clinic. Moreover, the resilience improvement program should be developed.

Keywords: Self-care behaviors/ Depression/ Resilience quotient/ Social supports

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเอดส์ ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรและยังเป็นโรค ที่ยากต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และการสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1.2 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัส 15.8 ล้านคน โดยจำแนกเป็นผู้ใหญ่ที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา ร้อยละ 41 และเด็ก ร้อยละ 32 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ร้อยละ 73 (UNAIDS/WHO, 2013)

สำหรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 6,759 ราย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นประชาชนวัยแรงงาน ซึ่งเป็นทรัพยากรหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ เกษตรกรรม ค้าขาย แม่บ้านและข้าราชการ (สำนักโรคเอดส์รณรงค์โรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557) การป้องกันและแก้ไขปัญหาจึงต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และเอกชน ในการดำเนินงานและระดมทรัพยากร ประเทศไทยจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ควบคู่ไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557-2559 อยู่ในหลักการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสร้างความเป็นธรรมในสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมโดยเคารพต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กรมควบคุมโรค, 2555 : 11)

ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3.5 แสนราย ได้รับยาต้านไวรัส 1.7 แสนราย และในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบกองทุนเอดส์ 2,946 ล้านบาท สำหรับดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสทั้งสูตรพื้นฐาน สูตรด้อยา ป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดติดเชื้อภาวะหลังสัมผัส การตรวจเลือดและการป้องกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศต้องมีการวางแผนจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พัฒนาระบบและเตรียมความพร้อมบุคลากรในระบบสาธารณสุข (อรดี โชติเสน, 2558 : 1) โรคเอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบรุนแรงซับซ้อน มากกว่าการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพราะเป็นโรคติดต่อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสังคมรังเกียจ ถือเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต เหมือนชีวิตมืดมิด (ทองดาร์ริน เมียสพรม, 2556 : 58) อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

จากสถิติดังกล่าวพบว่าสถานการณ์เอดส์รุนแรงและวิกฤติมาก การดำเนินของโรคที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ชุดวีรกรรม จันคามิ, 2550 : 2) ปัจจุบันไม่สามารถรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้โดยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคทำให้ปริมาณเชื้อในร่างกายลดลงมากที่สุดและยาวนานที่สุด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดต่อเนื่อง และสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต เพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยาและการรักษาล้มเหลว ควบคู่กับการดูแลตนเองให้ดีเพื่อส่งเสริมให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัดพบแพทย์และดูแลตนเองไม่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การเกิดการดื้อยา การรักษาล้มเหลว ไม่มีสูตรยาใดสามารถรักษาได้ เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น (ทองดาร์ริน เมียสพรม, 2556 : 58) ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและถ้าขาดการสนับสนุนและการเสริมกำลังใจที่ดี อาจนำไปสู่ความท้อแท้ หดหู่ บางรายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนมากไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้น้อยมาก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเอง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

คลินิกโรคติดเชื้อแห่งนี้ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งครอบครัวแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้ออายุรกรรม สูติแพทย์และกุมารแพทย์ ร่วมกับทีมพยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และชมรมผู้ติดเชื้อ โดยมีผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 900 ราย ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ คลินิกนี้ให้การรักษารอบทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มเปราะบางต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมสูงและยังไม่มีเคยมีการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อติดตามให้การช่วยเหลืออย่างจริงจังและต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกมิติ ร่วมกับการมีระบบเฝ้าระวังและการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่บุคคลกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ระบุพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. วัดระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามาใช้บริการและมีการบันทึกประวัติในการรักษา ณ คลินิกแห่งหนึ่ง จำนวน 165 คน ที่เข้ารับการรักษาดังตั้ง 2 สัปดาห์ ถึง 2 ปี เพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 25-60 ปี

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ One-way ANOVA ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ Multiple Regression analysis ณ ระดับนัยสำคัญ .05

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้อธิบายสาระสำคัญของการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและยินยอมจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ที่ทำให้เกิดความเสียหาย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำหรือเช็ดตัวทุกวัน ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีครบถ้วน ตรงเวลา และใช้ถุงยางในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.1, 80.0, 79.4 และ 67.9 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 51.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รองลงมาคือ ร้อยละ 47.9 เมื่อมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า จะผ่อนคลายโดยการพูดคุยกับคนที่คุ้นเคย ไว้ใจได้ ร้อยละ 47.3 เมื่อมีปัญหาหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคจะปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 46.1 หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกในบ้านที่ป่วยในระบบทางเดินหายใจ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 70.9 และ ร้อยละ 86.1 รับประทานอาหารเสริมและรับประทานยาสมุนไพร ร้อยละ 26.7 หากไม่สบายมักปล่อยทิ้งไว้ให้หายเองมากกว่าที่จะไปรับการรักษาจากแพทย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.2 มีอายุเฉลี่ย 36.87 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.85 ปี) ร้อยละ 64.9 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และร้อยละ 35.1 มีอายุ 40-60 ปี ส่วนการศึกษาสูงสุด ร้อยละ 56.3 มีการศึกษาดำรงปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี และร้อยละ 10.3 มีการศึกษาระดับปริญญาโท ส่วนสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 30.3 มีสถานภาพสมรส ส่วนร้อยละ 8.4 มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ย 20,000-34,999 บาท ร้อยละ 42.4 มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท และร้อยละ 19.2 เป็นผู้ที่มีรายได้ 35,000-200,000 บาท สำหรับความเพียงพอของรายได้เพื่อใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 46.1 ระบุว่าเพียงพอ ร้อยละ 43.0 ระบุว่าเพียงพอบ้างไม่เพียงพอ บ้าง และร้อยละ 10.9 ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ ส่วนการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 26.0 ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 14.5 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว สำหรับสถานที่พักอาศัย ร้อยละ 72.6 อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยพบว่า ร้อยละ 50.9 พักอาศัยในจังหวัดปทุมธานี และร้อยละ 12.7 พักอาศัยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนร้อยละ 15.8 พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 4.2 พักอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับบุคคลที่พักอาศัยด้วยในปัจจุบัน ร้อยละ 30.3 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา/คู่นอน ร้อยละ 24.8 อาศัยอยู่คนเดียว และร้อยละ 23.6 อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 61.8 ยอมเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ โดยร้อยละ 26.1 เปิดเผยสถานะ การติดเชื้อมีสามี/ภรรยา ร้อยละ 20.6 เปิดเผยสถานะ การติดเชื้อมีบิดา/มารดา และร้อยละ 19.4 เปิดเผยสถานะการติดเชื้อมีญาติ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อมีร้อยละ 38.2 ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาดังตั้ง 2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน และ 13 เดือน ถึง 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.9 และ ร้อยละ 46.1

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การพักอาศัย การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี						
คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	mean	SD	p-values	95% CI	
					LL	UL
รวม	165	58.91	7.50		57.76	60.06
เพศ				.360		
ชาย	124	59.22	7.42		57.90	60.54
หญิง	41	57.98	7.76		55.53	60.43
ระดับการศึกษา				.824		
ประถมศึกษา	20	59.00	6.65		55.89	62.11
มัธยมศึกษา/ปวช	56	59.23	7.40		57.25	61.21
อนุปริญญา/ปวส	17	60.29	6.26		57.07	63.51
ปริญญาตรี	55	58.00	8.46		55.71	60.29
ปริญญาโท	17	59.29	7.05		55.67	62.92
สถานภาพสมรส				.179		
โสด	101	59.53	7.65		58.02	61.05
สมรส/หม้าย/หย่า/แยก	64	57.92	7.21		56.12	59.72
ความเพียงพอของรายได้				.618		
เพียงพอ	76	59.45	7.48		57.74	61.16
เพียงพอบ้าง/ไม่เพียงพอบ้าง	71	58.65	7.20		56.94	60.35
ไม่เพียงพอ	18	57.67	8.94		53.22	62.11

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี						
คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	mean	SD	p-values	95% CI	
					LL	UL
อาชีพ				.152		
ประกอบอาชีพ	153	59.14	7.50		51.36	60.48
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	55.92	7.18		57.95	60.34
การพักอาศัย				.743		
อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	124	58.80	6.90		57.57	60.02
อยู่คนเดียว	41	59.24	9.18		56.35	62.14
การเปิดเผยสถานะ				.836		
เปิดเผย	102	58.81	7.42		57.36	60.27
ไม่เปิดเผย	63	58.91	7.50		57.13	61.00
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา				.462		
2 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน	89	58.07	9.25		56.11	60.01
13 เดือน ถึง 24 เดือน	76	59.06	7.92		57.25	60.87

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและการจัดการกับปัญหาที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สำหรับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั่นคือ ผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหรืออย่างใดอย่างหนึ่งจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่รู้สึกท้อแท้ ไม่รู้สึกสิ้นหวังและไม่รู้สึกเบื่อ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจาก สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือผู้ติดเชื้อที่มีการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทั้ง 3 ด้านดังกล่าวในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยลง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 165 คน

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
	r	p-values
พลังสุขภาพจิต		
ความมั่นคงทางอารมณ์	.297	.000
กำลังใจ	.395	.000
การจัดการกับปัญหา	.281	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.335	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม		
สมาชิกในครอบครัว	-.180	.010
เพื่อน	-.169	.015
บุคลากรทางการแพทย์	-.220	.002

จากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ การจัดการกับปัญหา) ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เข้าไปในสมการแสดงความสัมพันธ์ (Multiple Regression) รายละเอียดดังตารางที่ 3 โดยควบคุมตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย เพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ สถานภาพสมรสและอาชีพ พบว่าตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ 23.7% มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ ภาวะซึมเศร้า เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นในสมการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพลังสุขภาพจิตแต่ละด้านจะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นในสมการก็ตาม แต่เมื่อมีความมั่นคงทางอารมณ์และกำลังใจที่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วย หากผู้ป่วยเอชไอวีมีพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการกับปัญหาที่ดีขึ้นจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม



กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการ พบว่า แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น สำหรับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ที่มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 165 คน

ตัวแปร	b	s.e(b)	b _{std}	p-values LB	95 % CI for B	
					UB	
ค่าคงที่	47.979	6.067			35.993	59.965
พลังสุขภาพจิต						
ความมั่นคงทางอารมณ์	0.157	0.137	0.111	0.253	-0.114	0.429
กำลังใจ	0.553	0.289	0.206	0.057	-0.017	1.124
การจัดการกับปัญหา	-0.001	0.274	-0.001	0.996	-0.543	0.541
ภาวะซึมเศร้า	-3.127	1.37	-0.189	0.024	-5.833	-0.421
แรงสนับสนุนทางสังคม จาก						
สมาชิกในครอบครัว	0.021	0.142	0.013	0.880	-0.258	0.301
เพื่อน	-0.103	0.115	-0.07	0.370	-0.331	0.124
บุคลากรทางการแพทย์	-0.331	0.198	-0.131	0.097	-0.723	0.06
เพศ (0=ชาย , 1=หญิง)	0.931	1.46	0.054	0.525	-1.953	3.816
อายุ (ปี)	0.067	0.064	0.088	0.294	-0.059	0.193
ความเพียงพอของรายได้						
(0=ไม่เพียงพอ , 1=เพียงพอ)	0.05	1.124	0.003	0.965	-2.171	2.271





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ตัวแปร	b	s.e(b)	b _{std}	p-values LB	95 % CI for B	
					UB	
สถานภาพสมรส (0=โสด 1=ไม่โสด)	-2.272	1.384	-0.148	0.103	-5.007	0.463
อาชีพ (0= ไม่ประกอบอาชีพ 1= ประกอบอาชีพ)	-2.581	2.126	-0.09	0.227	-6.781	1.619
R Square=.2R Square=.237, Adjusted R Square=.177 , $\sqrt{MSE}$ =6.80455, df=(12,152), p-value<.001						

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ รับประทานยาต้านไวรัสครบถ้วน ตรงเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ติดตามผลการรักษา ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกในบ้านที่ป่วยในระบบทางเดินหายใจ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รับประทานเสริมหรือสมุนไพรเพื่อช่วยบำรุงร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา ศรีราช กล่าวไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจถึงผลของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่จะส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาสูง ดังนั้นผู้ที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรจึงมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกว่าผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เน้นศึกษาทางด้านจิตใจแต่ขาดผลการรักษาทางด้านร่างกาย เช่น ค่า CD4 ที่บ่งชี้ถึงความแข็งแรงทางด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกายเมื่อได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วย

นอกจากนี้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ การพูดคุยหรือปรึกษาญาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา พบว่าปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 27.3 และ 12.2 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ในด้านการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกาย ร้อยละ 6.1 และยังพบว่าพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ยังมีกลุ่มผู้ติดเชือบางส่วนที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 6.1 และ 4.8 ซึ่งมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้จึงควรให้ความรู้เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ แล้วพบว่าการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ถามถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเชิงลบที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นได้ เช่น พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอาจลดลงเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้โอกาส ในการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้มากขึ้น

พลังสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 63.0 , 60.6 และ 56.0 ตามลำดับ ส่วนพลังสุขภาพจิตที่สูงกว่าปกติพบว่า ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 23.6 สำหรับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คือ ด้านการจัดการกับปัญหาร้อยละ 4.4

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง นั่นคือ ร้อยละ 28.5 เป็นผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่รู้สึกท้อแท้ ไม่รู้สึกสิ้นหวังและไม่รู้สึกเบื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ร้อยละ 80.0 , 61.1 และ 55.8 ตามลำดับ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในระดับดี คือ เพื่อน ร้อยละ 38.8 และแรงสนับสนุนที่ได้รับในระดับน้อย คือ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 30.9

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิต ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} < 0.01$) กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับ เชิดเกียรติ แก้วกลี (2552) กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นความเครียด (stress) ที่ส่งผลทั้งทางกายและทางจิตใจในเวลาเดียวกันและบางครั้งเป็นความเครียดต่อเนื่องที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้ติดเชื้อ





เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะช็อกและปฏิเสธ รู้สึกสับสน ตกใจ ไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิภา ศรีราช (2559) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 10 ปี มีทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่และรายเก่าอาจทำให้ผู้ที่สามารถปรับตัวกับการรักษา ภาวะเครียดลดลงตามระยะเวลาที่เข้าระบบการดูแลรักษา ส่วนภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับ พุชียะห์ หะยี (2551) กล่าวว่า การจัดการความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกท้อแท้ เพลีย ไม่สดชื่น ไม่มีแรง อยากพักผ่อนของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยตนเองและโดยพยาบาล การแสดงต่อผู้อื่นด้วยความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยให้ความเป็นกันเองและกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น พรนิภา หาญละคร (2556) กล่าวว่า การที่จะลดอาการซึมเศร้าลงได้จำเป็นต้องปรับแก้ที่กระบวนการคิดของผู้ป่วยและในการที่จะปรับแก้กระบวนการคิดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามีอารมณ์ผ่อนคลายขึ้นโดยการฝึกสมาธิ เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์ผ่อนคลายแล้วจึงจะสามารถเรียนรู้ในการปรับความคิดใหม่ได้ดีขึ้น

แรงงานสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} < 0.01$) นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง อาจเนื่องมาจากคลินิกแห่งนี้มีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นศูนย์คลินิกเฉพาะทาง มีระบบแนวทางปฏิบัติและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ จึงทำให้ผลการศึกษาก่อนได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาอยู่ในวัยทำงาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่จะคอยรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างมากนักและอาจเนื่องมาจากหลายคนยังมองว่าเป็นโรคที่น่าอายไม่เหมือนกับการเกิดโรคชนิดอื่นๆ จึงมีคนไข้บางส่วนที่ยังไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อให้บุคคลอื่นทราบ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ถวนันท์ สัจจเจริญพงษ์ (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว สมาชิกชมรม และกรรมการชมรมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส และไม่สอดคล้องกับ ดวงนภา ดีสมุทร (2557) ซึ่งกล่าวว่า ได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การดูแลทางด้านจิตใจและการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยความจริงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัว การที่ผู้ติดเชื้อได้รับการยอมรับและไม่มีการแสดงออกซึ่งความรังเกียจจากครอบครัวนั้น

ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่สอดคล้องกับทฤษฎี เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถแสดงให้ เห็นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างใดเกิดก่อนหรือเกิดหลัง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1) เพื่อให้ผลการวิจัยนำไปสู่การดำเนินการ ทิมีสุขภาพของคลินิกแห่งนี้ควรมุ่งเน้นการทำความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรม การใช้ ยาอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ หากไม่สบายควรรมาพบแพทย์ไม่ปล่อยทิ้งไว้ให้หายเอง
- 2) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มวิธีการป้องกันและควบคุมโรคซึมเศร้าและ สอบถามเรื่องจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบสอบถาม 2Q ในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี
- 3) เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น โอกาสในการเข้าถึงบริการของชมรม เพื่อนช่วยเพื่อน จัดกิจกรรมในชมรมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้มากขึ้น และเพิ่มกิจกรรมสร้างกำลังใจทางบวก เป็นต้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อเป็น แนวทางในการดูแลภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2558). สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. สำนักโรคบาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม, 2558, จาก <http://www.m-society.go.th>
- ชนิกา ศรีราช. (2559). พฤติกรรม การกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการจัดการ การสร้างเสริมสุขภาพ.
- ชุตีวรรณ จันคามิ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวิ ภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับ ชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

- เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ. (2552). ภาวะการรักษาล้มเหลวและสงสัยว่าเกิดภาวะเชื้อดื้อยาต่อต้านไวรัส.
[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม, 2556, จาก: <http://tci-thaijo.org/index.php>.
- ดวงนา ดิสมุท. (2557). การรับรู้ตราใบในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
ถวนันท์ สัจเจริญพงษ์. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก
สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.
- พรนิภา หาญละคร. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึก
สมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะ
แพทยศาสตร์.
- ทองดาริน เมียสพรม. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับ
ยาต้านไวรัส. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
31(3), 57-58.
- ฟูซิยะห์ หะยี. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่ผสมผสานการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2557). คู่มือแนวทางการตรวจรักษาและ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. ประเทศไทย (Thailand National Guidelines on HIV/
AIDS Treatment and Prevention 2014). สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน, 2558, จาก
<http://www.bob.moph.go.th>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). สถิติผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
โปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP สืบค้น
เมื่อ 22 มิถุนายน, 2558, จาก <http://dmis.nhso.go.th>
- อรดี โชติเสน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- UNAIDS/WHO. UNAIDS report on the global AIDS epidemic [Online]. 2013. สืบค้นเมื่อวันที่
16 มิถุนายน, 2558, จาก <http://www.unaids.org/en>