



บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

The Role of Family Members for supporting AIDS Patients in ATC Clinic
KamphaengPhet Hospital

วสุชา ยุติธรรมสถิต*

Wasucha Yutithamsatit

อำไพรัตน์ อักษรพรหม**

Ampairat Aksornporm

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วย ใช้วิธีการเลือกแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติได้แก่ จำนวน ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทุกด้าน ไม่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า 1) บทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ครอบครัวห้ามปรามผู้ป่วยเรื่องบุหรี สุรา และสิ่งเสพติดต่างๆและให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูง 2) บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคนในบ้านพูดคุย นั่งเล่นกับผู้ป่วยเพื่อไม่ให้รู้สึกถูกละทิ้ง อยู่ในระดับสูง 3) บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยคนในบ้านช่วยทำความสะอาดห้องนอนโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเช่นสวมถุงมือหรือถุงพลาสติกและใช้ผ้าปิดปาก จมูก อยู่ในระดับปานกลาง 4) บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยคนในบ้านช่วยหางานให้เมื่อมีสุขภาพที่ดีขึ้นในระดับปานกลาง และ 5) บทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยคนในบ้านให้ผู้ป่วยอยู่แต่ในบ้านไม่เปิดเผยตัวในหมู่บ้านหรือในงานประเพณีต่างๆอยู่ในระดับต่ำ

คำสำคัญ : บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ / ผู้ป่วยเอดส์ / คลินิกพิเศษ ATC

*นักศึกษาลัทธิศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**อาจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ABSTRACT

This was a survey research which aimed to study roles of family toward taking care of AIDS patients whom received service at a special clinic ATC, Kamphaengphet Hospital. 255 participants were randomly selected from patient records. The questionnaire, was created from deliberate literature review. It was later categorized in five sections which were 1) Roles of consultation or recommendation 2) Roles of mental and social support 3) Roles of physical support when needed 4) Roles of economic support and 5) Roles of encouraging patients to harmonize the routine daily life. The statistical method used in this study were frequency, percentage, means and standard deviation. The study revealed that family played a crucial role a consultant or recommendation providers at the moderate level. Particularly, the issue of prohibiting from cigarette, alcoholic drinks and other addictive substances showed the high average score. Roles of mental and social supports were at average, The issues, however reached the high average, These were general conversation and spending time with participants in order to avoid a feeling of abandonment. For providing physical helps especially when their conditions got worse, the high level appeared except, the issue of bedroom cleansing with infection preventive equipment such as gloves and hygienic masks was at a moderate level. In aspect of economic supports, it revealed the high level of supports, apart from the issue of job seeking after recovering which was at the moderate level. Furthermore, patients were encouraged to live in a daily lifestyle, It was shown at the high level. Nevertheless, the issue of discouraging community or local festival participation was at a low level. In summary, the roles of family in taking care of AIDS patients were at high average and there was no significantly statistical difference among members in the family.

Keywords : Family Role / Taking Care / AIDS Patients / Special Clinic ATC

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลง ปัจจุบันก็ยังไม่สามารถที่จะค้นพบวัคซีน หรือยาตัวใดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอแก่การป้องกัน ควบคุม หรือรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์จึงได้รับความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตทุกราย สำหรับประเทศไทย สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 388,621 รายและมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง(กรมควบคุมโรค, 2557)

จากสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดกำแพงเพชร ยอดสะสมตั้งแต่ปี 2533 จนถึงปี 2557 จากรายงานมีจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 5,199 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 1,244 รายยังคงเหลือมีชีวิตอยู่ 3,955 ราย มีจำนวนเพศชายจำนวน 3,221 ราย เพศหญิงจำนวน 1,978 ราย ส่วนใหญ่ติดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ร้อยละ 92.09 ซึ่งการติดเชื้อ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 7-10 ปี ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มีวัตถุประสงค์ เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (กรมควบคุมโรค, 2557) อย่างไรก็ตามผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีโอกาสที่เกิดการดื้อยาได้ การรักษาจึงไม่ใช่เป็นเพียงการนัดผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัดเท่านั้น แต่ยังคงอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงจากยา และความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสดื้อยาและให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557, หน้า 386)

อย่างไรก็ตามโดยธรรมชาติของการป่วยโรคเอดส์นั้นผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ป่วยเอดส์หลายคนเกิดความท้อแท้ หรือ เบื่อหน่ายต่อการกินยาต้านไวรัสหรืออาจเจอปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ที่ตนไม่ได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส โดยเฉพาะจากสามีหรือภรรยาหรือบุตรในรายที่สมรสแล้ว สำหรับคนโสดนั้น บิดามารดา พี่น้อง จะเป็นคนที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ครอบครัวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ มีโอกาสดำรงชีวิตเช่นคนปกติ และสามารถเอาชนะหรือก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค ทำประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2553, หน้า 49)

หากครอบครัวใดที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้น สมาชิกในครอบครัวถือว่ามามีบทบาทที่สำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้นหรือเลวลงได้ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม การให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องการความรับผิดชอบสูง (ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2554) และเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว แต่การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ครอบครัวไม่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรวมถึง ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น คุ้นเคยในครอบครัวซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ปรับตัวต่อภาวะวิกฤต มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญที่สุด ที่เลี้ยงดูให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อให้เป็นผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความพร้อมที่จะทำงานอย่างเต็มที่ เป็นกำลังสำคัญของสังคมและประเทศชาติต่อไป แต่เอดส์ก็ยังคงเป็นโรคที่ครอบครัวและสังคมไม่ยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การปกปิดและไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ภาพโดยรวมที่จะปรากฏให้เห็น คือ ผู้ติดเชื้อที่ระยะเวลาให้อาการของโรคคุกคาม หรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาถ้าพวกเขาเหล่านี้ได้รับการดูแล ช่วยเหลือและยอมรับจากครอบครัวและสังคมอย่างดี ก็จะทำให้เขาเหล่านั้นมีโอกาสดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขในสังคม ดังจะเห็นได้ว่าโรคเอดส์ไม่ได้ทำร้ายเพียงผู้ติดเชื้อ แต่ทัศนคติของโรคเอดส์ในทางลบทำลายชีวิตและวิถีชีวิตของคนในสังคมนั้นอย่างสิ้นเชิง แม้หลายครอบครัวจะมีความรู้ ความเข้าใจในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ดีเพียงใด แต่เราก็ไม่อาจเปลี่ยนทัศนคติของทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจยอมรับผู้ป่วยเอดส์ได้เสมอเกิน ดังนั้นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวแต่ละรายจึงมีความซับซ้อนแตกต่างกันไป การตีตราจากสังคมโดยรวมในเรื่อง เอชไอวีการถูกรังเกียจ กีดกัน และเลือกปฏิบัติ จากครอบครัว เพื่อน ที่ทำงาน ชุมชน (ในกลุ่มผู้ผลเลือดบวก) วัฒนธรรม ศาสนา ในบางพื้นที่และความกลัวการถูกรังเกียจ และเลือกปฏิบัติจากครอบครัว และเจ้าหน้าที่หากผลเลือดบวกเป็นต้น (พรสิณี อมริวิเชษฐ์และอรวรรณศิริวัฒน์, 2554)

ปัจจุบันคลินิกพิเศษ ATC (Access to CARE) โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้บริการเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยเอดส์ เริ่มให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน เปิดให้บริการทุกวันพุธ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอก พยาบาลให้คำปรึกษา และพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ให้บริการแบบเสรีจสมบูรณในจุดเดียว (One Stop Service) (แนวทางการดำเนินงานคลินิกพิเศษ ATC, 2558) มีผู้ที่รับยาด้านไวรัส ทั้งหมด 755 คน ขาดยาไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 3.47 และเสียชีวิตใน 12 เดือนหลังเริ่มยา ร้อยละ 14.29 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ดังนั้นจากการทำงานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์กลุ่มดังกล่าว จะเห็นได้ว่าข้อมูลผู้ป่วยขาดยาโดยไม่ทราบสาเหตุและมีอัตราสูง รวมถึงทั้งเสียชีวิต ในระยะ 12 เดือนหลังเริ่มยาด้านไวรัส ผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีครอบครัวในการดูแลให้เริ่มรับยาด้านไวรัส ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจ สังคมไม่ยอมรับ ดังจะเห็นได้ว่าในครอบครัวเป็นหัวใจหลัก และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะยาว รวมทั้งไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล หรือศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ในด้านต่างๆ จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ เพราะครอบครัวใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด และการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขนำผลของการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพในการทำงานตามความสามารถที่มีอยู่ต่อไป รวมทั้งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชร อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ที่เปิดบริการ ทุกวันพุธ จำนวน 755 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มแบบง่าย simple random sampling ของ Krejcie, R.V. & Morgan D.W. ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนไม่น้อยกว่า 255 คน จากนั้นหาตัวแทนของประชากรแต่ละกลุ่มใช้วิธีสุ่ม ใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973, หน้า 727-728) จากนั้นสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยเมื่อได้ตัวอย่างแต่ละคนแล้ว ก่อนเก็บข้อมูล ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่สมัครใจให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีครอบครัว
3. ผู้ป่วยเอดส์ที่อ่านออกเขียนได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเอดส์ ระยะเวลาได้รับยาด้านไวรัส จำนวนสมาชิก

ในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล และระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (check list) และคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ โดยแยกเป็น บทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ จำนวน 9 ข้อ บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม จำนวน 9 ข้อ บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ บทบาทการให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจำนวน 4 ข้อและบทบาทการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติจำนวน 7 ข้อคำตอบเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับโดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2545) คือ ดูแลเป็นประจำ ดูแลเป็นบางครั้งและไม่เคยทำเลย บทบาทที่มีข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมี 3 บทบาท จำนวน 5 ข้อมี บทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำจำนวน 2 ข้อได้แก่ ข้อ 1, 9 บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 7และบทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 1โดยมีความหมายและเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ดูแลเป็นประจำ ให้คะแนน	3 คะแนน	1 คะแนน
ดูแลเป็นบางครั้ง ให้คะแนน	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ดูแลเลย ให้คะแนน	1 คะแนน	3 คะแนน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34-3.00	บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในระดับสูง
1.67-2.33	บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในระดับปานกลาง
1.00-1.66	บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในระดับต่ำ

สรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกเป็นรายด้าน

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี	ประจำ (จำนวน/ร้อยละ)	บางครั้ง (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่เคยทำ (จำนวน/ร้อยละ)
1. บทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ	126(49.4)	84(32.9)	45(17.7)
2. บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม	121(47.3)	92(36.2)	42(16.5)
3. บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ	155(61)	90(35.3)	10(3.7)
4. บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ	121(47.5)	119(46.9)	15(5.6)
5. บทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติ	144(56.7)	76(29.7)	35(13.6)
เฉลี่ย	134	92	29

จากตารางที่ 1 ภาพรวมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติบทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ และบทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมทำเป็นประจำ มีจำนวน 155, 144, 126, 121 และ 121 คน ร้อยละ 61, 56.7, 49.4, 47.5 และ 47.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. บทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ	2.32	0.76	ปานกลาง
2. บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม	2.31	0.74	ปานกลาง
3. บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ	2.57	0.56	สูง
4. บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ	2.41	0.61	สูง
5. บทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติ	2.42	0.73	สูง
เฉลี่ย	2.41	0.23	สูง

จากตารางที่ 2 ภาพรวมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ และบทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติบทบาทในการดูแล 3 บทบาท มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับสูง ส่วนบทบาทการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ และบทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

1. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตัวเองต่างจากคนอื่น เกิดความอาย ไม่อยากเข้าสังคมกลัวสังคมรังเกียจ จะอยู่เฉพาะกลุ่มของตนเท่านั้น สอดคล้องการวิจัยของสุรียา มิ่งขวัญ (2554) และเบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่ว่าบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือโดยตรง ผู้ป่วยเอดส์จะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้การประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดลงหรือไม่มีเลย ดังนั้น จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ที่พึ่งต่อสมาชิกในครอบครัว และอาชีพการงานในบางโอกาส ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่นั้นเองได้ รวมทั้งความช่วยเหลือในด้านการเงินและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต

2. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์กลัวการรังเกียจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับทุกคน แม้บางรายปากจะบอกว่าไม่รังเกียจผู้ป่วยเอดส์ แต่การกระทำและความรู้สึกในใจลึกๆ อาจมีความรู้สึกรังเกียจ ตะขิดตะขวงใจบ้าง สาเหตุที่รังเกียจในบ้านเราไม่ใช่เพราะพฤติกรรมอันไม่ถูกทำนองคลองธรรมของผู้ติดเชื้อ ดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตาม ถ้ามีญาติหรือคนในครอบครัวเกิดติดเชื้อเอดส์ขึ้นมา คนในครอบครัวมักไม่อยากจะให้คนอื่นรู้เพราะไม่อยากจะให้พฤติกรรมดังกล่าวของญาติเป็นที่เปิดเผยออกไป ซึ่งอาจนำความเสื่อมเสียมาสู่วงศ์ตระกูลได้สาเหตุ

สำคัญของความรังเกียจคือความไม่รู้จักจริง กล่าวคือผู้ป่วยเอดส์ อาจแพร่เชื้อเข้าสู่ตัวได้จากการอยู่ร่วมกันในครอบครัว หรือจากการทำงานร่วมกันหรือจากการไปมาหาสู่กัน โดยกล่าวว่าเชื้อเอดส์จะมากับน้ำลาย หงอนน้ำ หงอนส้วม ขุน หรือจากการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยซึ่งเปื้อนอยู่ตามที่ต่างๆ ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่กล่าวนี้ ล้วนเป็นวิธีการที่ไม่ทำให้ใครติดเอดส์ ดังนั้น เมื่อมีความรู้มากขึ้น รู้จริง ไม่ปิดบังความจริง ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกับสังคมได้ดีขึ้น คนที่ติดเอดส์กันส่วนใหญ่ ในขณะนี้ไม่ใช่เป็นคนที่ไม่มีความรู้ว่าโรคเอดส์เป็นอย่างไร น่ากลัวอย่างไรหรือป้องกันได้อย่างไร แต่ยังคงเชื่อกันอยู่ในขณะนี้ ก็เพราะขาดความตระหนักคิดไม่ถึงว่า มันใกล้ตัวขนาดนี้ หรือตัวเองจะโชคร้ายขนาดนี้ สิ่งเร้าก็มีเยอะ อีกทั้งเป็นสิ่งที่ลองแล้วเกิดความสนุก เพลิดเพลิน สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา อินทร์รองพล (2553) รวมถึงปัญหาในการดูแลตนเองทำให้เกิดผลกระทบต่างๆตามมาเกิดอุปสรรคในการหารายได้หรือรูปร่างหน้าตาผิดปกติจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อได้รับยาด้านไวรัส จะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นั้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลข่าวสาร มีส่วนเกี่ยวข้องและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เพราะโรคเอดส์เป็นปัญหาสังคมปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้ใดเป็นโรคเอดส์จะถูกสังคมรังเกียจ ถูกกีดกันด้านอาชีพทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ครอบครัวจึงไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์และพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยเอดส์ออกจากครอบครัว ดังนั้นจึงทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้อยู่ในครอบครัว ผู้ป่วยเอดส์ก็ไม่สามารถดำรงชีพอยู่ได้ หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ครอบครัวจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตะวัน จิตระกูล, จักรกฤษณ์ พิณญาพวงษ์ และกิตติ เมืองดุ่ม (2556)

3. บทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้ ต้องลาออกจากงานเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป ดวงงาม, 2555 ที่ว่าผู้ป่วยเอดส์ จะมีความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องมีความสุขกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่ดี ทำให้สามารถทำงานเลี้ยงดูครอบครัวได้ ทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น บทบาทการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติ พร้อมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของปาลิดา เฉลิมแสน, 2551 ที่ว่าผู้ป่วยเอดส์ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม สังคมไม่ยอมรับ การเข้าถึงบริการของรัฐไม่ถึงถึง ไม่มียาด้านไวรัส ไม่มียารักษา ต้องหลบหนีสังคม การช่วยเหลืออย่างจริงจังยังไม่ครอบคลุม ชุมชนยังไม่ยอมรับ ทำให้ต้องช่วยเหลือตนเอง และคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต มีความพึงพอใจในสภาพชีวิต และมีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้านดังนี้ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 2) การมีความสุขภาพดีพอทำงานเลี้ยงดูครอบครัวได้ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างเป็นสุข 4) มีคุณค่าจากการทำประโยชน์ให้คนอื่น และ 5) มีที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัย องค์ประกอบดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของบุคคล การขาดปัจจัยพื้นฐานจึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สอดคล้องกับบทความวิชาการ ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2556 เรื่อง トラบาป:การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพราะโรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ยังคงถูกตีตราจากสังคมภายนอกว่าเป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศจนเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อตามมา เป็นความรู้สึกล้นด้านลบที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ปรากฏการณ์ของตราบาปได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

4. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพอนามัย ไม่สามารถทำงานได้ ต้องลาออกจากงานเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป ดวงงาม, 2555 ที่ว่าผู้ป่วยเอดส์ จะมีความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องมีความสุขกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่ดี ทำให้สามารถทำงานเลี้ยงดูครอบครัวได้ ทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น บทบาทการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติ พร้อมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของปาลิดา เฉลิมแสน, 2551 ที่ว่าผู้ป่วยเอดส์ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม สังคมไม่ยอมรับ การเข้าถึงบริการของรัฐไม่ทั่วถึง ไม่มียาต้านไวรัส ไม่มียารักษา ต้องหลบหนีสังคม การช่วยเหลืออย่างจริงจังยังไม่ครอบคลุม ชุมชนยังไม่ยอมรับ ทำให้ต้องช่วยเหลือตนเอง และสอดคล้องกับวงศา เลหาศิริวงศ์ และคนอื่นๆ, 2548 ที่ว่า ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่คือต้องการได้รับยาต้านไวรัส ต้องการกำลังใจการดูแลอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย การติดตามเมื่อกลับบ้านรวมทั้งการช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับวิทยา มณีวรรณ, 2553 ที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวว่าถ้าบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นภาวะและปัญหาต่างๆ ที่ครอบครัวจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิม และมีสมาชิกคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จะเข้ามาช่วยดูแลสอดคล้องกับการทำหน้าที่หลักของครอบครัว คือหน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่ โดยสมาชิกครอบครัวที่มีการดูแลเอาใจใส่มีความรักความผูกพันมีการตอบสนองความต้องการผู้ป่วย และช่วยเหลือปลอบโยนเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สอดคล้องกับภรติดา คำเด่นเหล็ก, 2551 ที่ศึกษาครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยบทบาทการดูแลโดยรวมดีและเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าบทบาทการดูแลด้านสังคมอยู่ในระดับดีมาก การดูแล ด้านจิตใจ และการรักษาพยาบาล และด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับดี

5. บทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับ สุไฮตาร์แวเตะ, กิตติกร นิลมานันต์ และประณีต ส่งวัฒนา, 2552 ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย ใน 4 ลักษณะคือ 1) การทำทุกสิ่งเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น 2) การทำอย่างดีที่สุดเพื่อให้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข 3) การดูแลกายใจอย่างใกล้ชิดเหมือนดูแลเด็ก และ 4) การดูแลให้อยู่อย่างมีคุณค่าเหมือนคนปกติรวมถึงการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้ายของผู้ดูแลแบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ 1) การดูแลระยะใกล้ตาย ประกอบด้วยให้ร่างกายสะอาดและสุขสบายให้กินอาหารเพียงพอทุกมื้อให้กินยาตามหมอสั่งไม่ให้ขาดบรรเทาอาการผู้ป่วยไม่ให้ทรมาณอยู่เคียงข้างไม่ห่างกายเอาอกเอาใจไม่รังเกียจให้กำลังใจทุกเรื่องเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป ปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไม่ให้เป็นที่รังเกียจการอยู่กับพระเจ้าและการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแล 2) การดูแลระยะก่อนสิ้นใจประกอบด้วยให้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักการสะสางภารกิจการขออาภาพ (ขอโทษ) และให้ได้รับรำลึกถึงพระเจ้าก่อนหมดลมหายใจ และ 3) การดูแลระยะหลังความตายประกอบด้วยอ่านอัลกุรอานและไว้ทุกข์ทำบุญให้ผู้ตายผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งด้านลบและด้านบวกดังนี้ผลกระทบด้านลบมี 5 ลักษณะคือ 1) พักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายทรุดโทรม 2) ทุกข์ทรมานทางอารมณ์ได้แก่เครียดวิตกกังวลท้อแท้ น้อยใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย 3) สูญเสียรายได้มีหนี้สิน 4) แยกตัวจากสังคม และ 5) ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติส่วนผลกระทบด้านบวกมี 2 ลักษณะคือ 1) ภูมิใจที่ได้ดูแลและ 2) ได้รับประสบการณ์ที่ดีและสอดคล้องกับปาลิดา เฉลิมแสน, 2551 ที่ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม สังคมไม่ยอมรับ การเข้าถึงบริการของรัฐไม่ทั่วถึง ไม่มียาต้านไวรัส ต้องหลบหนีสังคม แสวงหาที่พึ่งทางใจคือวัดที่ให้ความช่วยเหลือ การช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุม ชุมชนยังไม่ยอมรับ ดังนั้นเวลาที่จะดูแลการปฏิบัติธรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็น้อยลง ทุกคนต้องช่วยเหลือตนเอง ผู้ที่มีจิตใจเข้มแข็งสามารถต่อสู้ชีวิตได้ ส่วนผู้ที่ปล่อยตัวเอง ขาดการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างถูกวิธี ส่วนใหญ่จะปล่อยให้เชื้อลุกลาม

จนเริ่มมีโรคแทรกซ้อนรุนแรงแล้วจึงมารักษา เกินกำลังที่จะเยียวยา สภาพน่าเวทนา นอนรอความตาย และเสียชีวิตลงในเวลาอันรวดเร็ว การให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่าคิดว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ให้ป้องกันตนเองไม่ให้โรครุนแรงขึ้น และแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น ในอนาคตอาจมียารักษาได้ และมีวัคซีนป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ ใช้ชีวิตร่วมกับในสังคม ครอบครัวและชุมชนอย่างปกติ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในภายหลัง ให้การดูแลสุขภาพตัวเองอย่างถูกวิธีและเคร่งครัด กล้าที่จะเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ต้องรู้จักช่วยตนเองและสังคม ให้สังคมยอมรับให้ได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ใช่ปัญหาของสังคมและสอดคล้องกับคู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี, 2553 ว่าโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางสัมผัส ทางลมหายใจ ทางอาหาร ทางน้ำลาย คนที่ติดเชื้อเอดส์ไม่เป็นภัยต่อใคร ในขณะที่เดียวกันคนที่ติดเชื้อเอดส์เอง ก็ไม่ยอมเปิดเผยผลเลือดให้ใครทราบ แต่ถ้าเกิดรู้ขึ้นมาแล้วว่ามีใครคนหนึ่งคนใดที่เรารู้จักติดเชื้อเอดส์ ก็จะกังวล สิ่งที่ครอบครัวพึงปฏิบัติคือ (1) ทำเป็นว่าเราไม่รู้เรื่องนอกจากเขาจะเอ่ยขึ้นก่อนหรือบอกเราเองเพราะเชื่อใจในตัวเราหรือต้องการคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือ จากเรา (2) ไม่ควรไปรื้อฟื้นว่าใครเป็นฝ่ายผิด หรือไปติดเชื้อมาได้อย่างไรควรให้อภัยในข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (3) ให้กำลังใจผู้ติดเชื้อว่าทุกคนยังรักเขาอยู่ เข้าใจ ไม่ทอดทิ้ง ยินดีที่จะช่วยเหลือเท่าที่จะช่วยได้และให้ความหวังว่า อาจมียา หรือวัคซีนออกมาอีกชีวิตเขาออกไปได้นานๆ (4) ไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ ปฏิบัติหรือคบหาสมาคมกับเขาเหมือนเดิม เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การไปเที่ยวด้วยกัน การนอนห้องเดียวกันและใช้ส้วมเดียวกัน เป็นต้น (5) ช่วยปรนนิบัติและพยาบาลผู้ติดเชื้อที่ป่วยจนไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ช่วยจัดยา เช็ดตัว หุงหาอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หรือพาไปพบแพทย์ เป็นต้น (6) มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโดยใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งและไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อ

ปัญหาอุปสรรคสำคัญของการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์คือ ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่ครอบครัวยอมรับว่าติดเชื้อ มาศึกษาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆ เนื่องจากครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับเอดส์ ทำให้ไม่ปัญหาของครอบครัว แต่บางครอบครัวก็ไม่ทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์กลัวจะถูกรังเกียจ กลัวครอบครัวจะไม่รัก จึงทำให้ไม่กล้าเปิดเผยว่าตนเองว่าติดเชื้อกับ คนใกล้ชิด รวมทั้งครอบครัว ทำให้ครอบครัวและคนใกล้ชิด ไม่ทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ที่ไม่ถูกต้อง นำไปสู่การไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างถูกต้องในด้านต่างๆ โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจเข้มแข็ง และต่อสู้โรคร้ายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกระตุ้นให้โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์กรไปสู่ องค์กร ดูแล ห่วงใย ใส่ใจ ป้องกัน เอดส์ในที่ทำงาน ตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานว่าด้วย ไม่เลือกปฏิบัติ ให้ความสำคัญคุ้มครองป้องกันส่งเสริมและจัดให้บุคลากรได้รับการเรียนรู้เรื่องเอดส์ โดยให้การดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวให้ได้รับการปฏิบัติโดยเท่าเทียมกับคนอื่น ได้รับสวัสดิการและการเข้าถึงบริการรักษาตามสิทธิประโยชน์ จากผลก่อนจากการศึกษานำไปสู่การกระตุ้นและเร่งรัด ให้มีการพัฒนาองค์กรไปสู่ องค์กร ดูแล ห่วงใย ใส่ใจ ป้องกัน เอดส์ในที่ทำงาน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปนำผลการศึกษาไปช่วยในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่ขาดยา และอัตราการขาดยาต่ำ

ไวรัส หลังเริ่มรับยาลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิต และรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว ไม่ต้องหลบซ่อนสังคม

2. ส่งเสริมให้ครอบครัว มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทุกๆด้าน เช่น ด้านบทบาทให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น ให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยดูแลที่บ้านได้ ในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยมากขึ้นด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ เช่น วางแผนเรื่องการใช้จ่ายเงินร่วมกับผู้ป่วย ทางการเงินเมื่อมีสุขภาพที่ดีขึ้นประหยัด เพื่อเก็บเงินไว้ช่วยเหลือผู้ป่วย ทางการเงินๆ น้อยๆ ให้ทำเช่น การทำสวนครัว งานในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวให้มากขึ้น และบทบาทด้านการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติเช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้มากเท่าที่จะทำได้ให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องราวหรือตัดสินใจภายในบ้านให้ผู้ป่วยตัดสินใจเปิดเผยตัวในหมู่บ้านหรือในงาน ประเพณีต่างๆ บ้าง รวมทั้งให้ข้ออิสระในการปฏิบัติตัวที่ไม่เป็นอันตราย ตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ รวมทั้งเห็นความสำคัญของผู้ป่วยเอดส์บ้าง

3. เจ้าหน้าที่ในคลินิก กระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์ ยอมเปิดเผยผลการติดเชื้อมีครอบครัวให้มากขึ้น อาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะเป็นรายบุคคล เพื่อทราบถึงปัญหาหรือเหตุผลในการไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อมีครอบครัวรวมทั้งสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยเอดส์ ให้เข้มแข็งต่อสู้ต่อไป สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยเอดส์เรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย และสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด ว่าเป็นความลับ ต้องขออนุญาตจากผู้ป่วยก่อน ถึงจะแจ้งกับญาติให้ทราบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เกี่ยวกับเหตุผลของครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์กับการอยู่ร่วมกับครอบครัว และบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อให้ได้รายละเอียดอย่างครบถ้วนและได้คำตอบเชิงลึกที่หลากหลาย รวมถึงภาพรวมที่เห็นชัดมากกว่านี้ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ป่วยในคลินิกพิเศษอื่นๆ เช่น คลินิกวัณโรค คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกมะเร็ง และคลินิกเบาหวาน มากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาเพื่อการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อศึกษาให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านใดบ้างและมีปัญหาจากครอบครัวใดที่จะนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาได้

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ์ วีระกุล. (2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, สำนักงาน. (2554). **หลักสูตร/คู่มือค่ายครอบครัว.** กรุงเทพฯ : กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ควบคุมโรค,กรม. (2557). **แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิตตะวัน จิตระกุล, จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์ และกิตติ เมืองด้อม. (2556). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี.** ใน การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (หน้า 29-35). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์. (2554). **สำนักพัฒนาสุขภาพจิต : การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและสังคม.**
กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นพวรรณ ศรีงาม. (2549). **ภาวะเหนือตนเองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- เนตรนภา อินทร์รองพล. (2253). **คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับยาด้านไวรัสจังหวัดชัยนาท. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**
- เบญจมาภรณ์ ชุมแสง. (2553). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- ประทีป ดวงงาม. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ.**
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2554). **คู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิง.**
- พัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, ศูนย์. (2553). **แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.**
- พรสิณี อมรวิเศษรัฐ และอรวรรณ ศิริวัฒน์. (2554). **คู่มือผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.**
- ภริธิดา คำเด่นเหล็ก. (2551). **บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสอำเภอจุน จังหวัดพะเยา. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์. (2556). **ตราบาย : การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารกองการพยาบาล, 40(3) ,114-125**
- ระบชาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สำนัก. (2558). **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์. [Online]. Available : <http://www.aids2004.org> [2559, มีนาคม 17].**
- รองรัตน์ ชนะจน. (2551). **คุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับเชื้อเอดส์ในจังหวัดอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.**
- โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สำนัก. (2550). **คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.**
- วันสนันท์ แสค้ำ. (2553). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วาสนา ตรีเนตร. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**
- ศศิโสภิน เกียรติบุรณกุล. (2557). **การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์**
- สัมฤทธิ์ ขวัญโพน และคนอื่นๆ. (2551). **เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลครอบครัวและชุมชน. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.**

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาด, สำนักงาน. (2553). **คู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. (2550). **ร่วมรู้ร่วมรักษา คู่มือการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี.** กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

_____. (2559). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์.

_____. (2556). **แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.