

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 207 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึง มีนาคม 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้การติตราทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 4 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การรับรู้การติตราทางสังคม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 207 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58 และมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 57 ($\bar{x} = 36.50$, $SD = 7.39$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.2 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.4 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และร้อยละ 33.8 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.6 มีค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง ต่ำกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 57 และสิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 80.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 207$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	42
หญิง	120	58
อายุ ($\bar{x} = 36.5$ ปี, $SD = 7.39$)		
21-30 ปี	40	19.3
31-40 ปี	118	57
41-50 ปี	38	18.4
51-60 ปี	7	3.4
60 ปีขึ้นไป	4	1.9
ศาสนา		
พุทธ	195	94.2
อิสลาม	12	5.8
สถานภาพสมรส		
โสด	32	15.5
คู่	95	45.9
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	80	38.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.0
ประถมศึกษา	92	44.4
มัธยมศึกษา	82	39.6
อนุปริญญา	17	8.2
ปริญญาตรี/ปริญญาโท	14	6.8
อาชีพ		
ว่างงาน/แม่บ้าน	54	26.1
รับจ้าง	70	33.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	40	19.3
เกษตร/ประมง	34	16.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	4.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (\bar{x} = 7,954.59 บาท, SD = 10,008.78)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	113	54.6
5,001-10,000บาท	61	29.5
10,001-15,000บาท	13	6.3
15,001 บาทขึ้นไป	20	9.7
ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อครั้ง (\bar{x} = 296.55, SD = 592.81)		
ต่ำกว่า 100 บาท	118	57
101-500 บาท	64	30.9
501-1,000 บาท	15	7.2
1,001 บาทขึ้นไป	10	4.8
สิทธิในการรักษา		
ประกันสังคม	23	11.1
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	166	80.2
เบิกค่ารักษาต้นสังกัด	9	4.3
ชำระเงินเอง	9	4.4

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว มีระยะเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.5 ผู้ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ บิดา มารดา/พี่ น้อง คิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมาเป็น คู่สมรส/บุตร คิดเป็นร้อยละ 40.6 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.1 อาศัยอยู่กับ คู่สมรส/บุตร โดยร้อยละ 39.1 มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในช่วง 12-24 เดือน ตั้งแต่เริ่มโครงการกลุ่มตัวอย่างทุกคนมารับยาด้วยตนเองตลอดโครงการ โดยสูตรยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือ สูตรที่ 1 ร้อยละ 79.2 รองลงมา คือ สูตร 2 ร้อยละ 18.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยา คิดเป็นร้อยละ 88.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) เมื่อเริ่มรักษาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 (เซลล์/ลบ.มม.) คิดเป็นร้อยละ 91.8 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการรับประทานยาต้านไวรัสว่าดีขึ้นกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 94.2 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (N= 207)

ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ (\bar{x} = 57.97 เดือน, SD = 39.82)		
ต่ำกว่า 1 ปี	21	10.1
>1 - 5 ปี	117	56.5
>5 - 10 ปี	45	21.7
10 ปีขึ้นไป	24	11.6
ผู้ดูแลในครอบครัว		
บิดา มารดา/พี่ น้อง	103	49.8
คู่สมรส/บุตร	84	40.6
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	3	1.4
อื่นๆ (ดูแลตัวเอง)	17	8.2
การพักอาศัยในปัจจุบัน		
บิดา มารดา/พี่ น้อง	74	35.8
คู่สมรส/บุตร	110	53.1

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	4	1.9
อื่นๆ (ดูแลตัวเอง)	19	9.2
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
(\bar{x} = 22.7เดือน, SD = 13.38, Min = 7 เดือน , Max = 84 เดือน)		
6-12 เดือน	62	30
13-24 เดือน	81	39.1
25-36 เดือน	56	27.1
37-48 เดือน	7	3.4
49 เดือนขึ้นไป	1	0.5
การมารับยาและตรวจตามนัดทุกครั้ง		
ใช่	207	100
สูตรยาที่ใช้รักษา		
สูตร 1 3TC+d4T+NVP หรือ GPO-VIR	164	79.2
สูตร 2 3TC+d4T+EFV	38	18.4
สูตร 3 3TC+d4T+IDV/RTV หรือ AZT+3TC+ IDV/RTV	5	2.4
การเปลี่ยนสูตรยา		
ไม่เคยเปลี่ยน	183	88.4
เคยเปลี่ยน	24	11.6
ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) เมื่อเริ่มรักษา		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 (เซลล์/ลบ.มม.)	190	91.8
มากกว่า 200 (เซลล์/ลบ.มม.)	17	8.2
ภาวะสุขภาพหลังรับประทานยาต้านไวรัส		
เหมือนเดิม	12	5.8
ดีขึ้นกว่าเดิม	195	94.2

อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการข้างเคียงที่ปรากฏจากการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวด/ชาปลายมือ/เท้า สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ ผื่น/คัน, รูปร่างเปลี่ยนแปลง, ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ, อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง และมีปัญหาเรื่องความจำ คิดเป็นร้อยละ 34.8, 29.5, 29, 18.4 และ 18.4 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอาการข้างเคียงที่ปรากฏจากการรับประทานยาต้านไวรัส 1-5 อาการ หรือร้อยละ 70 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ($N = 207$)

อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการข้างเคียงที่ปรากฏ*		
ปวด/ชาปลายมือ/เท้า	76	36.7
ผื่น/คัน	72	34.8
รูปร่างเปลี่ยนแปลง	61	29.5
ปวดตามข้อ และกล้ามเนื้อ	60	29
มีปัญหาเรื่องความจำ	38	18.4
อ่อนเพลียไม่มีแรง	38	18.4
จำนวนอาการข้างเคียงที่ปรากฏ		
($\bar{x} = 3.15$, $SD = 3.24$, $Min = 0$, $Max = 17$)		
ไม่มีอาการใดๆ	27	13
1 – 5 อาการ	145	70
6 – 10 อาการ	27	13
> 10 อาการขึ้นไป	8	4

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การถูกตีตราทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้การถูกตีตราทางสังคมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.92$, $SD = 17.56$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความน่ารังเกียจมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x} = 30.71$, $SD = 6.59$) รองลงมา คือ การรับรู้การภาพลักษณ์โดยรวม ($\bar{x} = 22.73$, $SD = 4.79$) การรับรู้

การ ไม่ยอมรับของสังคม ($\bar{x} = 20.08$, $SD = 5.50$) และการรับรู้ความน่าสมเพช ($\bar{x} = 16.39$, $SD = 3.70$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การถูกตีตราทางสังคม จำแนกโดยรวม และรายด้าน ($N = 207$)

การรับรู้การถูกตีตราทางสังคม	ช่วงคะแนน คำถาม	ช่วง คะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้การถูกตีตราทางสังคมโดยรวม	30-150	42-125	89.92	17.56	ปานกลาง
- การรับรู้ภาพลักษณ์โดยรวม	7-35	10-34	22.73	4.79	ปานกลาง
- การรับรู้ความน่ารังเกียจ	10-50	12-49	30.71	6.59	ปานกลาง
- การรับรู้การไม่ยอมรับของสังคม	7-35	7-31	20.08	5.50	ปานกลาง
- การรับรู้ความน่าสมเพช	6-30	7-26	16.39	3.70	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 144.21$, $SD = 15.54$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ($\bar{x} = 29.60$, $SD = 4.38$) รองลงมา คือ ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น ($\bar{x} = 29.37$, $SD = 3.78$) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($\bar{x} = 28.86$, $SD = 4.45$) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ($\bar{x} = 28.56$, $SD = 5.56$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\bar{x} = 27.82$, $SD = 4.67$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคม
จำแนกโดยรวม และรายด้าน (N = 207)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนนค่า เฉลี่ย	\bar{X}	SD	ระดับ
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	91-172	144.21	15.54	สูง
- ด้านความรักใคร่ผูกพัน	13-35	29.60	4.38	สูง
- ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	12-35	27.82	4.67	สูง
- ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	13-35	28.86	4.45	สูง
- ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น	12-35	29.37	3.78	สูง
- ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	8-35	28.56	5.56	สูง

ส่วนที่ 4 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เลยขาดแม้แต่เม็ดเดียว) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.40 รองลงมาคือ การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่ คือ เคยขาดบ้าง แต่ยังรับประทานยาได้มากกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนยาที่ต้องรับประทาน ร้อยละ 35.70 และมีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนยาที่ต้องรับประทาน ร้อยละ 4.80 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (N = 207)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง	51-74	10	4.80
การรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่	75-99	74	35.70
การรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด	100	123	59.40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสใน 1 เดือนที่ผ่านมา 95% ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65.1 (SD=8.51) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสใน 1 เดือนที่ผ่านมา (N = 207)

ระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสม่ำเสมอดี ($\geq 95\%$)	135	65.10
ความสม่ำเสมอไม่ดี ($< 95\%$)	72	34.90
$(\bar{x} = 94.51, SD = 8.51, Min=60, Max=100)$		

การรับประทานยาตามแผนการรักษาใน 7 วันที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยไม่รับประทานยาต้านไวรัสเลยใน 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสมากที่สุด จำนวน 1-5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 81.60 ดังแสดงในตาราง ที่ 9

ตาราง 9

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการรับประทานยาตามแผนการรักษาใน 7 วันที่ผ่านมา (N = 207)

การรับประทานยาตามแผนการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การไม่รับประทานยาใน 7 วันที่ผ่านมา		
ไม่เคยเลย	207	100
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน		
$(\bar{x} = 3.59, SD = 2.17, Min = 2, Max = 12)$		
1-5 เม็ดต่อวัน	169	81.60
6-10 เม็ดต่อวัน	33	15.90
10 เม็ดต่อวันขึ้นไป	5	2.40

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้รับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ยุ่งมากจนไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมา คือ ลืมรับประทานยา, ต้องไปทำธุระนอกบ้าน, ไม่ต้องการเป็นที่สังเกต/สงสัย และผลอหับจนเลยเวลา คิดเป็นร้อยละ 24.2, 23.4, 16.9 และ 11.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับเหตุผลที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา (N = 207)

เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยุ่งจนไม่มีเวลา	67	32.40
ลืมรับประทานยา	50	24.20
ต้องไปทำธุระนอกบ้าน	48	23.20
ไม่ต้องการเป็นที่สังเกต/สงสัย	35	16.90
ผลอหับจนเลยเวลา	24	11.60

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษาของแพทย์ +/- ไม่เกิน 1 ชม. คิดเป็นร้อยละ 90.3 ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

จำนวน และร้อยละ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับการรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา (N = 207)

เวลาที่รับประทานยาคลาดเคลื่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
+/- ไม่เกิน 1 ชม.	187	90.30
+/- ไม่เกิน 2 ชม.	12	5.80
+/- ไม่เกิน 3 ชม.	5	2.40
+/- ไม่เกิน 4 ชม.	2	1.00
+/- 4 ชม. ขึ้นไป	1	0.50

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบ ว่าติดเชื้อ การรับรู้การติดเชื้อทางสังคม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25$) ที่ระดับ .01 อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบ ว่าติดเชื้อ การรับรู้การติดเชื้อทางสังคม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับ ประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับ ระหว่างรายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบ ว่าติดเชื้อ การรับรู้การติดเชื้อทางสังคม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับ ประทานยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ($N = 207$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. รายได้	1					
2. ระดับการศึกษา	.25**	1				
3. ระยะเวลาที่ติดเชื้อ	.04	.01	1			
4. การติดเชื้อทางสังคม	-.09	.01	-.05	1		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.13	-.07	.03	-.30**	1	
6. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	.22**	.02	.03	-.01	.05	1

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทั้ง 207 ราย มีอายุเฉลี่ย 36.5 ปีซึ่ง จะเห็นได้ว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และวัยทำงาน สอดคล้องกับรายงานสำนักกระบาดวิทยาถึงสถานการณ์ ของโรคเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบในวัยทำงาน (สุวดี และเพ็ญศรี, 2547) โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถม และมัธยมศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง จึงทำให้รายได้ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับ

ภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสมีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 200 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งเป็นไปตามข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (สัจชัย และคณะ, 2547) ภายหลังจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากยาต้านไวรัสสามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวี และช่วยเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Bangsberg et al., 2001; Mannheimer et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สูดจิตร์ (2548) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 อยู่ในระดับ 95% ขึ้นไป ร้อยละ 65.1 หมายความว่าในการรับประทานยาต้านไวรัสถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยจะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อเดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) เปรียบเทียบกับการศึกษาของตุลาทอง (Tulathong, 2004) และศุภรินทร์ (2548) ที่พบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ในระดับ 95% ขึ้นไป ร้อยละ 79.8 และ 52.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ระยะเวลาของการศึกษามากขึ้น ไม่อาจทำนายถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาว่ามากขึ้น หรือน้อยลงได้ เนื่องจากการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ที่จะให้ความสำคัญ และตระหนักต่อสุขภาพของตนเองเพียงใด ก็ได้จากเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา เช่น ยุงมากจนไม่มีเวลา ลืมรับประทาน ต้องไปทำธุระนอกบ้าน ไม่ต้องการเป็นที่สังเกต เป็นต้น (ภาคผนวก ตาราง ค 2) แต่สิ่งที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้นั้น ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมการ และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และมีการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างใกล้ชิด ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีโอกาสเกิดความล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่น้อยที่สุด (Paterson et al., 2000) และจากการทบทวนถึงการรับประทานยาต้านไวรัสใน 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่เคยขาดยาเลย ทั้งยังสามารถบอกได้ถึง สี ลักษณะ/รูปร่างของยาที่รับประทาน รวมทั้งขนาด และวิธีการรับประทานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาประมาณ 4 เม็ดต่อวัน (ตาราง 8) และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับการประเมินความพร้อมในการรับประทานยาจากแพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแล โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเลือดและถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อ

พิจารณาว่ามีคุณสมบัติเข้าข่ายที่จะร่วมโครงการ มีการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การติดตามประสิทธิภาพการรักษาอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยแพทย์จะนัดหมายเมื่อรับประทานยาครบสัปดาห์ที่ 2, 4, 8 และทุก 1 เดือน เพื่อประเมินความเป็นไปของโรคและผลการรักษา (สัญชัย และคณะ, 2547) เหตุผลอีกประการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร 1 คือ 3TC+d4T+NVP หรือ GPO-VIR (ร้อยละ 79.2) (ตาราง 3) ซึ่งเป็นยาเม็ดรวมทำให้ลดจำนวนเม็ดยาต่อมือในการรับประทานยา และทำให้เกิดความสะดวกในการรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับประทานยา และยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป (รัตนา, 2547; Ickovics & Meisler, 1997)

ส่วนในกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาค่ากว่า 95% (ร้อยละ 34.9) อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป ลักษณะการนัดมารับยาของผู้ป่วยจะเป็นทุก 1 เดือน หรือ 2 เดือน ขึ้นอยู่กับอาการทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างเป็นองค์ประกอบในการประเมิน และด้วยระยะเวลานัดที่มีช่วงเวลาห่างอาจทำให้กลุ่มตัวอย่าง ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ โดยให้เหตุผลในการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา คือ ยุ่งมากจนไม่มีเวลา ลืมรับประทานยา และต้องไปทำธุระนอกบ้าน ร้อยละ 32.4, 24.2 และ 23.2 ตามลำดับ (ตาราง 8) นอกจากนี้เนื่องจากอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือรับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ตาราง 2) ซึ่งลักษณะของการทำงานจะต้องมีการติดต่อ เดินทาง และการกำหนดเรื่องเวลาเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน จึงส่งผลทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เชสนีย์ (Chesney, 2000) และ ศุภรินทร์ (2548) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 3 อันดับแรก คือ ยุ่งมากจนไม่มีเวลา ลืมรับประทานยา และต้องไปทำธุระนอกบ้าน เช่นเดียวกับ มณีรัตน์ (2548) ศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเกิดจากการลืม ร้อยละ 46.67 และอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจเกิดจากมีความเบื่อหน่ายในการใช้ยา และได้รับผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น (Chesney, 2000)

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้การตีตราทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส อยู่ในระดับใด

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้การตีตราทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.92$, $SD = 17.56$) ทั้งนี้เนื่องจาก ในปัจจุบันคนในสังคมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

เอดส์มากขึ้น มีการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น (ประณีต และคณะ, 2547) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการตีตราทางสังคม ของคนในสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไปในทางที่ดีขึ้น อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส รับรู้ได้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 94.2) (ตาราง 3) กลุ่มตัวอย่างบางรายเมื่อสุขภาพดีขึ้นจะเปิดเผยตัวเอง ทำงานเป็นผู้ประสานงาน และเป็นแกนนำของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประณีต และคณะ (2547) พบว่า ในผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพดี ยอมเปิดเผยตนเองทำให้ได้รับการยอมรับในกลุ่ม ซึ่งจะเห็นได้จากการรับรู้ การตีตราทางสังคมในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความน่า สมเพศ การรับรู้การไม่ยอมรับของสังคม การรับรู้ความน่ารังเกียจ และการรับรู้ภาพลักษณ์โดยรวม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความน่าสมเพศ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.39$, $SD = 3.70$) ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้ว่าคนในสังคมมองว่ากลุ่มตัวอย่างคือคุณค่าไร้ความสามารถ ไม่อยู่ในฐานะที่จะช่วยเหลือใครได้เต็มที่เนื่องจากการติดเชื้อ แต่จะได้รับความรู้สึกสงสาร เพราะคิดว่าเป็นผู้โชคร้ายมีเคราะห์กรรม ($\bar{x} = 3.92$) มากกว่าความรู้สึกสมเพศ ($\bar{x} = 2.78$) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) ส่วนในด้านการไม่ยอมรับของสังคม ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 20.08$, $SD = 5.50$) นั้นอาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างยังคงรับรู้ว่าการไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วม ในสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายออกจากงานเมื่อรับทราบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพยายามปกปิดตนเองไม่ให้คนอื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้ตามปกติ แต่กลุ่มตัวอย่างบางรายยังคงได้รับความช่วยเหลือ และยังคงได้ร่วมทำกิจกรรมกับคน อื่นในชุมชนตามปกติ เช่น การไปร่วมงานประเพณีต่างๆ ด้านการรับรู้ความน่ารังเกียจ พบว่าอยู่ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 30.71$, $SD = 6.59$) ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ารัง เกียจ เมื่อมีการติดเชื้อจะไม่มีใครอยากเข้าใกล้ หรือสัมผัส (ร้อยละ 70) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) ซึ่ง ความน่ารังเกียจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มาจากอาการของโรคที่ปรากฏ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มี การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น มีผื่นคันตามผิวหนัง ก็จะปกปิดตนเอง ด้วยการใส่เสื้อแขนยาว เพื่อไม่ให้เห็นรอยแผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บอนเนท (Bonnett, 1990) ที่ทำการศึกษา ประสพการณ์การรับรู้การตีตราทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าการรัง เกียจจากสังคม ไม่ต้องการเข้าใกล้ ไม่ให้ความสนใจ หรือแกล้งทำเป็นมองไม่เห็นทำให้ผู้ติดเชื้อ ต้องปกปิดตนเองเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการตีตรา แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสได้ ระยะหนึ่งรับรู้ว่ามีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ถึงกิจกรรมความรังเกียจ ของคนในสังคมได้ไม่มากนัก อีกทั้งเมื่อมารับบริการในการดูแลรักษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกว่า

ตนเอง ได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ (ร้อยละ 83.6) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) ทำให้การรับรู้ความน่ารังเกียจอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ภาพลักษณ์โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 22.73$, $SD = 4.79$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสังคมยังคงให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในทางที่ไม่ดี จากความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกนำเสนอจะมีลักษณะ ผอมแห้ง ลี้นเป็นฝ้าขาว ผิวหนังเต็มไปด้วยตุ่มหนอง ผื่นคัน และมีบาดแผล แต่เมื่อมีการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเข้ามาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับสภาพการติดเชื้อของตนเองด้วยการปกปิดตนเองต่อสังคม ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

คำถามการวิจัยข้อที่ 3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส อยู่ในระดับใด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 144.21$, $SD = 15.54$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.9 จะอยู่ร่วมกันกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง คู่สมรส และบุตร และเมื่อเจ็บป่วยก็จะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 90.4) อีกทั้งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปิดเผยภาวะการติดเชื้อกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ (2545) เรื่องทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในโครงการการเฝ้าติดตามไวรัสเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยจะเปิดเผยการเจ็บป่วยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว แต่จะไม่เปิดเผยกับเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากสังคมไทยยังให้ความสำคัญกับความเป็นครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คอยดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจในความรู้สึก ทำให้ได้รับความเห็นอกเห็นใจ และได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี (2542) และ สุจิตร์ (2548) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังจากมีการเปิดเผยการติดเชื้อกับครอบครัวแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับการยอมรับของบุคคลในครอบครัว ไม่แสดงการรังเกียจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรักใคร่ผูกพันมากที่สุด ($\bar{x} = 29.60$, $SD = 4.38$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคนที่รัก และเอาใจใส่ (ร้อยละ 94.70) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) และยังคงมีเพื่อนที่ติดต่อด้วยแล้วทำให้รู้สึกมีคุณค่า (ร้อยละ 90.30) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) เมื่ออารมณ์ไม่ดีมีคนที่สามารถรับฟัง และยอมรับได้ (ร้อยละ 76.80) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ (2542) เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือด้านความรักใคร่ผูกพัน จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว นอกจากนี้การรับ

ประธานาธิบดีด้านไวรัสทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นสามารถทำงาน และใช้ชีวิตในสังคมได้ ทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 27.82$, $SD = 4.67$) ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) (ภาคผนวก ตาราง ค 6) รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวดำรงอยู่ได้เพราะตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต และคณะ (2547) ในการประเมินผลการดำเนินงานในโครงการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยที่รับประธานาธิบดีด้านไวรัสรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อลูก และครอบครัว รู้สึกว่าตนเองมีความหวัง และมีคุณค่ามากขึ้นเมื่อได้รับประธานาธิบดีด้านไวรัส

จากผลการศึกษา ยังพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางด้านลบในระดับปานกลาง ($r = -.30$) กับการรับรู้การตีตราทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูง ทำให้มีการรับรู้การตีตราทางสังคมลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรักใคร่เอาใจใส่ จากบุคคลในครอบครัว มีความรู้สึกได้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อทั้งสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน มีกลุ่มเพื่อนที่คอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับจากคนอื่นๆที่อยู่ร่วมกัน หรือคนในชุมชน รวมทั้งมีโอกาสในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และยังสามารถพึ่งพามบุคคลในครอบครัวญาติ และเพื่อนได้ (ภาคผนวก ตาราง ค 7) จึงอาจส่งผลให้การรับรู้การตีตราทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัยข้อที่ 4 การรับรู้การตีตราทางสังคม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ ต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หรือไม่ อย่างไร

ผลการศึกษา พบว่า รายได้ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประธานาธิบดีด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

รายได้และความสม่ำเสมอในการรับประธานาธิบดีด้านไวรัส

จากการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประธานาธิบดีด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p < .01$) แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมาก จะมีความสม่ำเสมอในการรับประธานาธิบดีด้านไวรัสมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การรับประธานาธิบดี

ไวรัสทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพดีขึ้นยังสามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ทั้งรับจ้าง ทำสวน ค่าขาย และรับราชการ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 26.1) ที่ว่างงาน/แม่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เป็นของตนเองยอมนำไปสู่การแสวงหาสิ่งที่ดี และมีประโยชน์ในการที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองมากขึ้น จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนไม่ถึง 5,000 บาท (ตาราง 2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 อาศัยอยู่กับครอบครัว (ตาราง 3) หมายถึง จำนวนสมาชิกในครอบครัวต้องมีตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งเงินจำนวนนี้อาจจะต้องนำไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของครอบครัว อีกทั้งในการมารับการรักษาแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเดินทาง และการรับประทานอาหารในระหว่างรอรับยา ($\bar{x} = 295$ บาท/ครั้ง) (ตาราง 2) ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 64.2) (ภาคผนวก ตาราง 7) ที่ไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหาจึงอาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ แสดงให้เห็นว่ารายได้เป็นตัวกำหนด และเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มักมีการเอาใจใส่ตนเองดีตามไปด้วย และยังส่งผลให้มีโอกาสดีกว่าในเรื่องของการบำรุง และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (บำเพ็ญจิต, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับ ตุลาทอง (Tulathong, 2004) และศุภรินทร์ (2548) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (จากตาราง 6) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับ เป็นไปในลักษณะของการดูแลจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดที่คอยให้ความรัก เอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ และดูแลตนเอง เพื่อช่วยประคับประคอง และเป็นแรงผลักดันให้มีกำลังใจต่อชีวิต ทั้งในการรับประทานยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 13) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้วิธีในการเตือนตนเองในการรับประทานยา แสดงให้เห็นว่าในการรับประทานยาต้านไวรัสการจัดการกับตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) (ภาคผนวกตาราง ค 5) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับ

ประธานยามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต เป็นความคิดของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า มีความนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในทางบวก และมีความพึงพอใจในตนเอง (วิไลพรรณ, รัชนิวรรณ และตติรัตน์, 2545) การให้คุณค่าของตนเองเกิดจากการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และการได้รับการยอมรับบทบาทในสังคม (Weiss, 1974 as cited in Weinert, 1987) จากการสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ให้เหตุผลของการรับประธานอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองจะต้องดูแลสุขภาพให้ดีเพื่อที่จะได้ดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบต่อไป โดยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีค่าและมีความสำคัญต่อบุตร จากการศึกษาของ ทิพวรรณ (2545) ได้ศึกษาทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า ระหว่างได้รับยาผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น มีการปรับตัวใช้ชีวิตในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเองและมีความหวังในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต และคณะ (2547) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประธานยาต้านไวรัสให้ข้อมูลว่าตนเองรู้สึกมีความหวัง และมีคุณค่าในชีวิตมากขึ้นเมื่อได้รับยาต้านไวรัส

ผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ ตูลาทอง (Tulatong, 2547) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประธานยาต้านไวรัส ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในโรงพยาบาลบาราसनราครู ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประธานยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก แบบวัดการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด ของ ไวส์ (Weiss, 1974) โดย แบรินด์ และไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) เป็นแบบประเมินส่วนบุคคลที่ 2 เนื่องจากการประเมินถึงความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยลักษณะของข้อคำถามในแต่ละด้านให้ความรู้สึกที่ดีทางด้านจิตใจที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ ทั้งในฐานะผู้รับ และผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างจากการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ตูลาทอง (Tulatong, 2004) ที่สร้างจากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพว่ามีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประธานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ โดยข้อคำถามประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้อาจตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่รับประธานยาต้านไวรัส จึงทำให้การศึกษาของ ตูลาทอง (Tulatong, 2547) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประธานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้

การรับรู้การตีตราทางสังคม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การตีตราทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถึงแม้ว่าจะมีการรับรู้การตีตราทางสังคม แต่ไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสจะรับรู้ได้ด้วยตนเองว่าการรับประทานยามีผลดีต่อสุขภาพตนเอง จึงมารับบริการ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอขณะที่การตีตราเป็นสิ่งที่สังคมภายนอกมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการในการจัดการปัญหาการตีตราทางสังคม เช่น การปกปิดตนเองในการมารับบริการตามวันนัดในแต่ละครั้งแทน หรือการหลีกเลี่ยงจากผู้คน โดยบางรายต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัด หรือพื้นที่อื่นเพื่อมารับยา สอดคล้องกับ การศึกษา ของ สุกจิตร์ (2548) ที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย สิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ การกลัวเพื่อนบ้าน และสังคมรู้/ไม่ยอมรับ ผู้ป่วยจะใช้วิธีการปกปิดตนเอง และหลีกเลี่ยงการมารับยากับโรงพยาบาลใกล้บ้าน ในทางตรงข้าม พบว่าในการศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างปกปิดตนเองกับผู้อื่น แต่มีการเปิดเผยตนเองกับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยลดการตีตราทางสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อบาเดีย-บารโร และแคสโต (Abadia-Barrero & Casto, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้การตีตรา และการเข้าถึงยาต้านไวรัสในเด็ก และวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศบราซิล พบว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ และช่วยลดการตีตรา และความไม่เท่าเทียมทางสังคมได้ ดังนั้นการรับรู้การตีตราทางสังคมจึงอาจจะไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน

ระดับการศึกษา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ว่าจะจบการศึกษาระดับใด ต่างก็มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ก่อนที่จะเริ่มยาต้านไวรัสและทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสจากพยาบาล และเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับประทานยามากกว่า 6 เดือน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาให้เข้ากับการดำเนิน

ชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ไม่ว่าจะการศึกษาจะอยู่ในระดับใดต่างมีเหตุผล และวิธีการแสวงหาข้อมูล และมีแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือที่คล้ายคลึงกัน (จิราพร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื้อ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจะมีความแตกต่างกันมาก แต่ไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาเฉลี่ยในการติดเชื้อ 5 ปีซึ่งในระยะการเจ็บป่วยยาวนานขึ้นก็ยิ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมในการช่วยเหลือ และดูแลตนเองมากขึ้น (อรทัย, 2542) แต่ในการรับประทานยาต้านไวรัสนั้นมีการกำหนดเกณฑ์การเข้ารับยาที่แน่นอน และจะต้องผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นหลักเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (เกียรติ, 2540; สัญชัย และคณะ, 2547; เสาวนีย์, 2546) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สามารถอธิบายได้ว่าระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส