

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากเชื้อโรคที่ไม่ควรพบในคนปกติโดยทั่วไป และการดำเนินโรคมักมีความซับซ้อนรุนแรงมากกว่าที่พบในคนที่ภูมิคุ้มกันปกติ นอกจากนี้ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โรคเอดส์จึงไม่เป็นเพียงปัญหาด้านการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย จากการประชุมเอดส์นานาชาติครั้งที่ 15 (สำนักงานควบคุมโรคที่ 9, 2548. เว็บไซต์) ได้มีการคาดการณ์ตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมประมาณ 1,108,960 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อประมาณ 53,400 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 600,637 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,323 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 16,633 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 48,692 ราย

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ พ.ศ.2527 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2549 iverว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 288,672 ราย มีผู้เสียชีวิต 81,584 ราย กลุ่มอายุ 30-34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.83) รองลงมาอายุ 25-29 ปี 35-39 ปี และ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.74 17.00 และ 8.86 ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ วัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด ร้อยละ 29.47 รองลงมาคือภาวะที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 จากของเดิม ร้อยละ 22.64 ปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี ร้อยละ 20.93 การติดเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง ร้อยละ 15.40 และเชื้อราของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด ร้อยละ 5.20 (สำนักระบาดวิทยา, 2549. เว็บไซต์) สถานการณ์ของการติดเชื้อพบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการหารายได้ของครอบครัว และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ คือการขาดรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว บางคนต้องออกจากงานหรือถ้ามีงานทำอยู่ การเจ็บป่วยส่งผลให้มีการขาดงาน มีรายได้น้อยลงและพบว่ารายได้ไม่พอใช้จ่ายในการกินอยู่ และค่ารักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ทำให้

เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน

จากการศึกษาของพรรณทิพย์ ฉายากุล และคณะ (2548. หน้า 1132) พบว่าการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีการทำลายภูมิคุ้มกันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและมีการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหรือมะเร็งบางชนิดได้ การดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อเป็นผู้ป่วยเอดส์ พบว่าในผู้ติดเชื้อแต่ละรายมีระยะเวลาที่ไม่เท่ากัน ประสิทธิภาพของเจริญ และวิษณุ ธรรมลิขิตกุล (2548. หน้า 164) ได้รายงานไว้ว่า เมื่อติดตามผู้ติดเชื้อนาน 5-7 ปี ร้อยละ 64 มีชีวิตอยู่โดย 1 ใน 3 มีอาการของโรคหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง การดำเนินโรคของโรคเอดส์ในระยะแรกที่ไม่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีอายุเฉลี่ยหลังมีอาการของโรคหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่องประมาณ 7 เดือน และการรอดชีวิตใน 1 ปี หลังมีอาการของโรคหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่องพบประมาณ ร้อยละ 40 แต่จากการรายงานของ Wikipedia Foundation, Inc. (2006. Online) พบว่าอายุเฉลี่ยหลังมีอาการของโรค หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่องของผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 9.2 เดือน

ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเองเกิดการติดเชื้อ ในระยะแรก ๆ จะมีความวิตกกังวลและมีความก้าวร้าว (ชุตินันท์ นับแสง, 2545. หน้า) ตกใจ เสียใจ สับสน หวาดกลัว (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541) กลัวตาย กลัวญาติพี่น้องและสังคมรังเกียจ (อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์, 2541. หน้า ข) เมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงได้หลากหลาย เช่น อาการทางผิวหนัง (ผื่น แห้ คัน ติดเชื้อรา หรือไวรัส) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ น้ำหนักลด มีไข้ ไอเรื้อรัง เหงื่อออกมาก เบื่ออาหารและดื่มน้ำเหลืองโต ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ (2543. หน้า 138) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต กล่าวคือมีอาการปวดศีรษะ ท้องเสีย นอนไม่หลับ ร่างกายอ่อนเพลีย มีแผล มีผื่นตามตัว มีความกังวล คิดมาก ห่วงลูก ท้อแท้ กลัวสังคมรังเกียจ กลัวอาการของโรคจะปรากฏและทำให้ตายเร็ว

ปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลดลง ตั้งแต่ระยะติดเชื้อไม่มีอาการ และลดลงอีกในระยะป่วยเป็นเอดส์ (ชยันตร์ธปทุมมานนท์ และคณะ, 2543. หน้า. 165) สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรง (ทั้งในและนอกระบบ) ของผู้ป่วยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง 3,684.15 บาท ค่าใช้จ่ายโดยทางอ้อม โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง 653.87 บาท (สุธีรา สุนทรระกุล และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2547)

ประเทศไทยได้เริ่มใช้ยาต้านไวรัส กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในปี พ.ศ. 2543 มีรายงานว่า การใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) สามารถลดและยับยั้งปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลงได้ ชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน ลดอัตราการป่วย อัตราตาย และสามารถลดอัตราการติดเชื้ออวัยวะโอกาสลงได้อย่างชัดเจน เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระในการดูแลและการสูญเสียค่าใช้จ่าย (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด ประมาณร้อยละ 90 คือ การใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน ที่มี ส่วนประกอบของยาในกลุ่มนิวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเทส อินฮิบิเตอร์ (Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors) (พีระมน นิงสานนท์ และคณะ, 2549. หน้า 20) สำหรับ จังหวัดพิจิตรได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสตามโครงการ NAPHA (National Access to Antiretroviral Program for PHA) ในเดือนตุลาคม 2545 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ณ.วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2549 สะสมทั้งสิ้น 529 ราย รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง จำนวน 389 ราย และพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ติดต่อยาต้านไวรัส สูตรมาตรฐาน (สูตร มาตรฐาน คือ สูตรยาที่ใช้ในโครงการ NAPHA) มีจำนวน 4 ราย มีสตรีที่ได้รับยาต้านไวรัส ตั้งครรภ์มีจำนวน 11 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2549. เว็บไซต์)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพคือ มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 เซลล์ต่อไมโครลิตร และลดอัตราการตายจากเอดส์ได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ และตรงเวลา) และรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เชื้อเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณที่ต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาที่ยาวนานที่สุด (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547. หน้า 10-12)

นอกจากการใช้ยาต้านไวรัสแล้ว ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากการศึกษาของไปรมาชาติ บิณฑจิตต์ (2544) สุदारัตน์ วรรณสาร (2541) และกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ศदानันท์ ปียกุล (2542) และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2537) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาของ ไปรมาชาติ บิณฑจิตต์ (2544) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับมาลินี ถิ่นกาญจน์ (2548) ที่พบว่า อายุมีความ สอดคล้องทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนระดับการศึกษา กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา วงศ์ชู (2544) และ ไปรมาชาติ บินทจิดต์ (2544) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และเกสร เหล่าอรรค (2540) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนสถานภาพสมรส จากการศึกษาของ ศदानันท์ ปียกุล (2542) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) และไปรมาชาติ บินทจิดต์ (2544) พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัย กับพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังได้ข้อสรุปที่ไม่ตรงกัน

จากการศึกษาของนิรติศัย น้อยบุญสุข ในเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการใช้ ยา zidovudine ในผู้ป่วยเอดส์ พบปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพ และการชะลอความก้าวหน้าของโรคคือ การเป็นผู้ป่วยนอก การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ไม่มีการติดเชื้อราในปากหรือมีฝ้าขาวข้างลิ้น ไม่มีน้ำหนักตัวลดลงก่อนการรักษา ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนการรักษา ระดับภูมิคุ้มกันมากกว่า 50 เซลล์ต่อไมโครลิตร และเมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับภูมิคุ้มกัน และตัวแปรอื่น ๆ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพ และการชะลอความก้าวหน้าของโรคคือ การไม่สูบบุหรี่ และไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (นิรติศัย น้อยบุญสุข, 2540.) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชยันตธีร ปทุมมานนท์ และคณะ (2545. หน้า 166-167) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 45 กิโลกรัม มีสภาพจิตใจที่เครียดกว่าเดิม ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่ในปัจจุบัน และมีระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่า 11 g/dl มีอัตราการดำเนินของโรคที่เร็วกว่า เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Theory of self care) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย เมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บุคคลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย หรือพยาธิสภาพ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่และสุขภาพ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและส่งเสริมพัฒนาการ

ปัญหาการติดต่อyard้านไวรัส การติดเชื้ออวยโอกาส ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านไวรัสและโรคติดเชื้ออวยโอกาสที่ติดต่อyardรักษา ส่วนหนึ่งเกิดจากเชื้อเอชไอวีเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม จากการพูดคุยซักถามขณะให้บริการในคลินิกสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บางส่วนมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มารับยาด้านไวรัสไม่ตรงตามนัดทำให้ขาดยา แบ่งยาด้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อคนอื่นรับประทาน ไม่ใช่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หรือในผู้ติดเชื้อบางคน เมื่อมีสุขภาพแข็งแรงสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ความสนใจที่จะดูแลตนเองกลับน้อยลง บางคนหยุดยาด้านไวรัส และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดต่อyard้านไวรัส เห็นได้จากการที่เริ่มพบผู้ติดเชื้อในจังหวัดพิจิตร มีการติดต่อyard้านไวรัสจำนวน 4 ราย และพบสตรีที่ได้รับยาด้านไวรัสตั้งครรภ์จำนวน 11 ราย

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาด้านไวรัส ในจังหวัดพิจิตร และเมื่อจำแนกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกันก่อนได้รับยาด้านไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัส และการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน) และปัจจัยด้านสถานพยาบาล (ขนาดของสถานพยาบาล และการมีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์) พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อการนำไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคติดเชื้ออวยโอกาส ป้องกันไม่ให้เกิดการติดต่อyard้านไวรัส และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพิจิตรและได้รับยาด้านไวรัสมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างไรและอยู่ในระดับใด
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพิจิตรและได้รับยาด้านไวรัสจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัส การเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน และปัจจัยด้านสถานพยาบาล ได้แก่ ขนาดสถานพยาบาล และการมีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดพิจิตร
2. เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดพิจิตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส การเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน และปัจจัยด้านสถานพยาบาล ได้แก่ ขนาดสถานพยาบาล และการมีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรับยาต้านไวรัส และการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เมื่อจำแนกตามปัจจัยด้านสถานพยาบาล ได้แก่ ขนาดของสถานพยาบาล และการมีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในจังหวัดพิจิตร
2. ได้แนวทางในการให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำแนกเฉพาะกลุ่ม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และได้รับยาต้านไวรัสมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่มีการติดต่อยาต้านไวรัสที่ใช้ในโครงการ NAPHA (National Access to Antiretroviral Program for PHA) ในจังหวัดพิจิตร

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาพฤติกรรมผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ถือว่าผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ตรงตามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดพิจิตร ปฏิบัติด้วยตนเองอย่าง ตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองของความต้องการและภาวะความเจ็บป่วย การปฏิบัติได้แก่ แสวงหาความรู้และความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เรียนรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัส ปฏิบัติตามแผนการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้ยาต้านไวรัส ยอมรับและมีการปรับเปลี่ยนบทบาท อึดทนในทัศนวิสัยการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพที่เป็น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพตามภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดเรื่องการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพของโอเรียม

โครงการ NAPHA (National Access to Antiretroviral Program for PHA) หมายถึง โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค โดยบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัส ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีความใกล้เคียงกัน

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับภูมิคุ้มกันก่อนได้รับยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน)

ปัจจัยด้านสถานพยาบาล หมายถึง ขนาดของสถานพยาบาล และการมีกลุ่ม/ชมรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานพยาบาล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ โดยการทดสอบ ผลเลือดยืนยันว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีอาการของโรคเอดส์ ตามนิยามของผู้ป่วยโรคเอดส์ ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระดับภูมิคุ้มกันมากกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV : Antiretroviral) ในโครงการ NAPHA

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ โดยการทดสอบผล เลือดยืนยันว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการของโรคเอดส์ ตามนิยามของผู้ป่วยโรคเอดส์ของ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโครงการ NAPHA

ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Agents) หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นเพื่อ หยุดยั้ง หรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัวของไวรัสไม่ให้มีการเพิ่มจำนวน โดยการยับยั้งการเกาะจับ และเข้าเซลล์ ยับยั้งไม่ให้มีการเปลี่ยน อาร์เอ็นเอ เป็นดีเอ็นเอ และยับยั้งไม่ให้มีการประกอบตัว เป็นไวรัส และไม่สามารถออกจากเซลล์ได้ ซึ่งเป็นสูตรยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วยยาอย่างน้อย สามตัวในการรักษา

เพศ หมายถึง เพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยแบ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ ทำการศึกษา โดยเศษเดือน ถ้าต่ำกว่า 6 เดือน ให้ตัดออก ถ้าเกิด 6 เดือนให้คิดเป็น 1 ปี โดย แบ่งออกเป็น อายุ 20 -39 ปี และ 40 – 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบ่งตามการสมรส (โดยพฤตินัย และนิตินัย) โดยแบ่งออกเป็น สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีของระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้รับ การศึกษาในสถานศึกษา หรือวุฒิการศึกษาที่ได้รับจากสถานศึกษา โดยแบ่งออกเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา และปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ หมายถึง การทำงานที่ได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงิน ต่อวันหรือต่อเดือน โดย แบ่งออกเป็น เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และ นักเรียน/นักศึกษา

รายได้ หมายถึง ค่าตอบแทนเป็นเงินที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับจากการทำงานในระยะเวลา 1 เดือน และ/หรือเงินที่ได้เป็นทุนในการยังชีพ โดยรับจากส่วนราชการ หรือองค์กรเอกชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งออกเป็น 0 – 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท และ 10,001 บาทขึ้นไป

ระดับภูมิคุ้มกัน หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนของ ซีดีโฟร์ ที ลิมโฟไซท์ (CD₄ T-Lymphocytes) ในร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น < 50 เซลล์/ไมโครลิตร 51 – 100 เซลล์/ไมโครลิตร 101 – 200 เซลล์/ไมโครลิตร และ > 200 เซลล์/ไมโครลิตร

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เริ่มได้รับยาต้านไวรัส ที่ประกอบด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อยสามชนิดในโครงการ NAPHA โดยแบ่งออกเป็น 6 เดือน 13 -24 เดือน 25 – 36 เดือน และ 36 เดือนขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนของ ซีดีโฟร์ ที ลิมโฟไซท์ (CD₄ T-Lymphocytes) ในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการตรวจก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ถึงปัจจุบันที่ทำการเก็บข้อมูล (ตรวจครั้งสุดท้ายก่อนเก็บข้อมูล) โดยคิดเฉลี่ย 6 เดือน โดยแบ่งออกเป็น < 50 เซลล์/ไมโครลิตร และ > 50 เซลล์/ไมโครลิตร

สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐ ที่มีจำนวนเตียงไว้สำหรับรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น

สถานพยาบาลขนาดใหญ่ คือ สถานพยาบาลที่มีจำนวนเตียง ตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์ทางด้านอายุกรรมเป็นดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สถานพยาบาลขนาดเล็ก หมายถึง สถานพยาบาลที่มีจำนวนเตียง น้อยกว่า 90 เตียง และมีแพทย์ทั่วไปเป็นดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง การรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นกลุ่มหรือชมรมที่มีโครงสร้าง มีการดำเนินกิจกรรมในการให้ความรู้ คำปรึกษา และกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง