

การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว*
 Perception, Needs and Health Peactices of H.I.V. Seropositive Clients and Their Families

จริยาวัตร คมพัยค์ ส.ด.**

Jariyawat Kompayak Dr. P.H.

อุษาพร ชาวลิตนิกุล M.P.H.***

Usaporn Chavalitnitikul.

ชุตินา อรรถการโกวิท วท.ม.***

Chutima Atthkornkovit M.Sc. (Epidemiology)

ราตรี โอภาส วท.ม.****

Ratree Opas M.Sc. (Health Education)

ลัดดา เพชรนอม พย.บ.*****

Ladda Pechtanom B.N.

วารภรณ์ ชื่นอารมณ์ พย.บ.*****

Varaporn Chunarum B.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ศึกษาการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการ
 ปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับการ

-
- * ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากทบวง
 มหาวิทยาลัย
- ** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 ห้วยเจียวเฉลิมพระเกียรติ
- *** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- **** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ***** หน่วยโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกตรวจ
 โรคนอก โรงพยาบาลศิริราช

ตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนก
 ตรวจโรคนอก โรงพยาบาลศิริราช และผู้ดูแลกลุ่มละ
 45 คน โรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาล
 สันทราย จังหวัดเชียงใหม่และผู้ดูแลกลุ่มละ 74 คน
 รวมเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 119 คน เป็นเพศชาย 70
 คน เพศหญิง 49 คน และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 119 คน เพศชาย 44 คน เพศหญิง 75 คน เก็บ
 รวบรวมข้อมูลที่คลินิกและที่บ้าน ด้วยการสัมภาษณ์
 และสัมภาษณ์เจาะลึก ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัย
 สร้างขึ้น ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2538 - เดือน
 มิถุนายน 2539 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าร้อยละ
 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตก
 ต่างด้วยสถิติไคส์สแควร์และที ผลการวิจัยพบว่าผู้
 ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับดี

โดยผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร ผู้ติดเชื้อมีความต้องการด้านต่างๆ อยู่ในระดับมาก โดยผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการมากกว่าผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานครโดยเฉพาะด้านการเงิน ผู้ติดเชื้อทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีและไม่มี ความแตกต่างกัน ผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ต่างกัน ผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ทราบผลเลือดต่างกันมีความต้องการต่างกัน ผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าผู้ติดเชื้อเพศชาย ด้านผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับดี โดยผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ดีกว่าผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการระดับมาก และผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการมากกว่าผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลมีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี และไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือดต่างกัน มีระดับความต้องการแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ดีกว่าผู้ดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ มีความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพไม่แตกต่าง

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, ผู้ดูแล, ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The aim of this study was to investigate health practices of HIV infected individuals and their families including their needs and their perception of AIDS. One hundred and nineteen HIV infected clients and 119 caretakers participated in the study. Forty-five HIV infected participants were clients seeking health care at Siriraj Hospital, Bangkok ; and the remaining 75 were clients at Nakomping Hospital and Sansai Hospital, Chiangmai. Home visits and indepth interviews were used to collect the data. Chi-square and t were used to analyzed the data. The results of the study show that the HIV infected clients' perception of AIDS was good. Generally, the Chiangmai clients' perception of AIDS was better than that of the Bangkok clients. With regard to their needs ; the Chiangmai clients needed more help than the Bangkok clients. Both Chiangmai and Bangkok clients had good health practices. Sex appeared to have a major impact on health practices. Female clients had better health practices than male clients. Almost all of the clients' caretakers were husbands and wives. Their perception of AIDS was good ; the Chiangmai caretakers had a better perception of AIDS and needed more help than those of the Bangkok caretaker. Health

practices of the Chiangmai and the Bangkok caretakers ranged from fair to good. There were no significant differences in health practices between the two groups. Level of education, income, and the duration of HIV infection seemed to have a major impact on needs of clients and their caretakers.

Key words : Self-care, Caregiver, HIV infected clients, Health practices

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการติดตามสถานการณ์ของโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตลอดเวลา (กองโรคเอดส์ 2539) โดยจำนวนผู้ป่วยนับถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 มีผู้ป่วยโรคเอดส์ 35,352 ราย เพศชาย 29,881 ราย เพศหญิง 5,471 ราย เป็นสัดส่วนชายต่อหญิง 5.5 : 1 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 14,932 ราย เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ พบว่าปัจจัยสำคัญที่สุดคือเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเพศสัมพันธ์ในชายรักต่างเพศมากที่สุด (ร้อยละ 65) รองลงมาเป็นเพศสัมพันธ์ในหญิงรักต่างเพศ (ร้อยละ 11) และผลการสำรวจของกลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2539) พบประเด็นที่น่าสนใจคือ การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา หญิงชายบริการที่ติดเชื้อส่วนใหญ่อายุน้อยยังไม่มีความรอบคอบ และเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะปรากฏอาการแสดง และเป็นโรคเอดส์ต้องใช้เวลา

นานถึง 10 ปี (Allen & Curran, 1988) ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้มากเนื่องจากไม่มีการผิดปกติ บางรายจึงดำเนินชีวิตโดยคิดว่าตนไม่ติดเชื้อ ทำให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อไปสู่ครอบครัวและสังคม (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2536) บางรายมีพฤติกรรมแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเนื่องจากต้องการแก้แค้นสังคม (Dilley 1985 cited in Dipasquale 1990) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 57.6 บอกความจริงกับพ่อแม่ ญาติพี่น้องและคู่รัก เพราะคิดว่าเขาสามารถให้กำลังใจได้ แต่อีกร้อยละ 42.4 จะไม่เปิดเผยเพราะเกรงถูกรังเกียจ (ลดาวัลย์ สนวนงาม, 2536) อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2533) ซึ่งมีทั้งผู้สมรสแล้วและเป็นโสด ครอบครัวของเขาเหล่านั้นจึงอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะรับเชื้อเอชไอวีโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้การที่ครอบครัวผู้ให้การดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้มีความกังวล อาจมีกิริยารังเกียจหรือห่างเหินผู้ป่วย โดยไม่รู้ตัว (Lippmann, et al. 1993) ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดขณะให้การดูแลผู้ป่วย เพราะมีภาระอื่นที่ต้องทำ ทำให้ผู้ป่วยน้อยใจจนบางรายสิ้นหวังไม่ดูแลตนเอง อาจก้าวร้าวรุนแรง หรือทำร้ายตัวเอง บางรายกลับมีพฤติกรรมไม่ป้องกันโรค มีการแพร่กระจายโรคให้ผู้อื่น (จงกล ทองโถม 2533)

ผู้วิจัยตระหนักดีกว่าการติดเชื้อเอชไอวีมิเพียงเป็นภาวะวิกฤตของผู้ได้รับเชื้อเท่านั้น แต่ยังเป็นภาวะวิกฤตของผู้ดูแลและครอบครัวด้วย ดังนั้นทั้งผู้ติดเชื้อและครอบครัวของเขาควรเป็นผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องให้ความสนใจทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยง

ต่อการติดต่อและการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้ง การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติในสังคมได้ จึงดำเนินการ ศึกษาเพื่อต้องการทราบการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวในกรุงเทพมหานครและ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีอัตราการป่วยและติดเชื้อสูง เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงในอันที่จะนำมาเป็นพื้นฐานในการดำเนินการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. การรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ครอบครัว

2. ความแตกต่างในการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพระหว่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว

3. ปัจจัยที่มีด้านสัมพันธ์ต่อการรับรู้ต่อ โรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้าน สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ มีความแตกต่าง

2. การรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่

มีความแตกต่างกัน

3. การรับรู้ต่อโรคเอดส์ และความต้องการ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความแตกต่างกัน

4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ดูแลที่มีลักษณะ ส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษา ครั้งนี้ เลือกเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่ผู้ติดเชื้อระบุว่า เป็นผู้มีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดที่สุด และให้การ ดูแลช่วยเหลือมากที่สุด

การดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการ ตรวจและรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกตรวจโรคนอก โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลนครพิงค์ : อำเภอแม่ริม และโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่ทราบผลการ ตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีของตนเองเป็นบวก และไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเองจากผู้ให้ คำปรึกษาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ได้เปิดเผยกับ สมาชิกในครอบครัว ว่าผลการตรวจแอนติบอดีต่อ

เชื้อเอชไอวีของตนเป็นบวก และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 45 คน โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 49 คน และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 25 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 119 คน

2. ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่ทราบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระบุว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดและเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือมากที่สุด และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 45 คน โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 49 คน และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 25 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 119 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบสังเกต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้รับการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ซึ่งมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ โดยกำหนดคะแนนเป็น 1, 2, 3

ชุดที่ 3 และชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล เป็นข้อคำถามซึ่งขยายความอย่างต่อเนื่องมาจากแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ในส่วนของ การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติ

ด้านสุขภาพ

ชุดที่ 5 แบบสังเกต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนและครอบครัวในรายที่ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลอนุญาตให้ไปเยี่ยมบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อ

1.1 เมื่อพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ในคลินิกแต่ละแห่งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความสมัครใจจากผู้ติดเชื้อได้แล้ว พยาบาลนำผู้ติดเชื้อไปห้องปรึกษา ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ และขออนุญาตไปเยี่ยมบ้าน

1.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เจาะลึกด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 และชุดที่ 3 ซึ่งได้สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 83 คน (ร้อยละ 69.7)

1.3 ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ติดเชื้อต้องการทราบและให้การประสานงานการรักษาพยาบาลกับหัวหน้าพยาบาลประจำคลินิก

2. ผู้ดูแล

2.1 ในรายที่ผู้ติดเชื้อมีผู้ดูแลมาด้วย ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ติดเชื้อประสานกับผู้ดูแลเพื่อขอเก็บข้อมูลในวันเดียวกัน สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ได้มาด้วย ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ติดเชื้อชี้แจงการขอเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล ซึ่งถ้าสมัครใจ ขอให้มาพร้อมกับผู้ติดเชื้อในการนัดครั้งต่อไป หรือนัดมาพบกับผู้วิจัยตามที่ผู้ดูแลสะดวกโดยผ่านหัวหน้าพยาบาลของคลินิก

2.2 เมื่อผู้ดูแลสมัครใจ ผู้วิจัยนำมาที่ห้องปรึกษา แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ และขออนุญาตไปเยี่ยมบ้าน

2.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เจาะลึก ด้วยแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 และชุดที่ 4 ซึ่งได้สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 74 คน (ร้อยละ 62.1) พร้อมกับให้ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องการทราบ

3. กรณีที่ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลอนุญาตให้ไปเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกำหนดวัน เวลา สถานที่พบปะ การแต่งกายของผู้วิจัย และรายละเอียดในการเดินทาง ซึ่งได้ไปเยี่ยมบ้าน 37 คน (ร้อยละ 31.0)

3.1 ขณะเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยสังเกตลักษณะของชุมชนที่ครอบครัวของผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่

3.2 ผู้วิจัยสนทนากับสมาชิกทุกคนที่พบในครอบครัวด้วยเรื่องทั่วไป สังเกตสัมพันธภาพ ลักษณะครอบครัว ความเป็นอยู่ และให้คำปรึกษาในเรื่องที่ผู้ติดเชื้อและสมาชิกต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส

การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือดโดยการทดสอบโคสแควร์

3. เปรียบเทียบการรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล ในกรุงเทพมหานครกับจังหวัดเชียงใหม่ด้วยการทดสอบค่าสถิติที

4. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก นำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยแยกคำตอบออกเป็นประเภทหมวดหมู่ แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล

1.1 ผู้ติดเชื้อทั้งหมด 119 คน เป็นเพศชาย 70 คน เพศหญิง 49 คน ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 45 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ 74 คน

ในกรุงเทพมหานคร เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.8 เพศหญิง ร้อยละ 51.1 มีอายุ 20-29 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 57.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.8 หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 11.1 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.5 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.1 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 24.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,000 - 5,999 บาท ร้อยละ 46.6 ภูมิลำเนาเดิมไม่ได้อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาการแต่งงาน 1-6 ปี ร้อยละ 53.2 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.8 มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 53.3 และคู่สมรสมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.6

ในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.8 เพศหญิง ร้อยละ 35.1 มีอายุ 20-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.4 หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 20.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.5 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 23.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000-3,999 ร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 67.5 ระยะเวลาการแต่งงาน 1-6 ปี ร้อยละ 55.3 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 74.3 มีบุตรจำนวน 1-2 คน ร้อยละ 47.3 และคู่สมรสอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.8

ผู้ติดเชื้อทั้งในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ ทราบผลการตรวจเลือดว่าพบเชื้อเอชไอวี ในระยะเวลา 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.45 เหตุผลของการตรวจเลือดคือ ไม่สบาย สามีหรือภรรยา มีการติดเชื้อก่อน และเจาะเลือดในการฝากครรภ์ กลุ่มในกรุงเทพมหานครบอกว่าติดเชื้อจากหญิงบริการมากที่สุด ร้อยละ 47.2 แต่ในจังหวัดเชียงใหม่บอกว่าติดเชื้อจากสามีหรือภรรยาและคู่นอนมากที่สุด คือ ร้อยละ 48.9 เมื่อทราบผลเลือดแล้ว กลุ่มในกรุงเทพมหานคร บอกผลเลือดให้สามีหรือภรรยาทราบมากที่สุด คือ ร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มในจังหวัดเชียงใหม่บอกให้สามีหรือภรรยาทราบ ร้อยละ 51.4 บอกบิดามารดา ร้อยละ 23.0

1.2 ผู้ดูแลทั้งหมด 119 คน เป็นหญิง 75 คน เพศชาย 44 คน โดยผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่เป็นสามีหรือภรรยา มากที่สุด คือ ร้อยละ 73.2 และ 52.6 รองลงมาในกลุ่มเชียงใหม่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 25.6

ในกรุงเทพมหานครผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ร้อยละ 84.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 46.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,000-5,999 บาท ร้อยละ 64.4 และรับทราบว่ามีผลเลือดติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเวลา 4-6 เดือน มากที่สุด คือ ร้อยละ 22.1

ในจังหวัดเชียงใหม่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ร้อยละ 60.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000-3,999 บาท ร้อยละ 67.3 และรับทราบว่าผู้ได้รับการดูแลมีผลเลือดติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเวลา 1-3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 31.1

2. การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติ
ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล

2.1 ผู้ติดเชื้อ

2.1.1 การรับรู้ต่อโรคเอดส์ซึ่งจัดเป็นคะแนนแล้วคำนวณเป็นค่าเฉลี่ย พบว่าผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.59 ของผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร และ 2.70 ของผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ โดยพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจาย ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.84, 2.96, 2.78 และ 2.59 ในกลุ่มกรุงเทพมหานคร และมีคะแนนเฉลี่ย 2.72, 2.97,

2.96 และ 2.70 ในกลุ่มจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อพิจารณาการรับรู้เป็นรายข้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ระดับปานกลาง ในเรื่องเอดส์เป็นโรคติดต่อได้ง่าย การรับประทานวิตามินหรือยาบำรุงจะช่วยให้แข็งแรงและการดูแลรักษาผิวหนังไม่ให้แห้ง

สำหรับข้อที่มีการรับรู้ไม่ดี คือ ในเรื่องสาเหตุของการอ่อนเพลีย เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ด้วยสถิติที่พบว่า ผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร

ตาราง 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์	จังหวัด				t	p- value
	กทม. (n=45)		เชียงใหม่ (n=74)			
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้รายด้าน						
ภาวะเสี่ยง	2.6576	0.241	2.7888	0.205	-3.16	0.002
ความรุนแรง	2.6784	0.257	2.7795	0.252	-2.10	0.038
ประโยชน์การปฏิบัติตน	2.4596	0.316	2.5751	0.198	-2.46	0.016
อุปสรรคการป้องกัน	2.5244	0.370	2.6351	0.435	-1.42	0.157
การรับรู้โดยรวม	2.5876	0.176	2.7038	0.159	-3.71	0.001

2.1.2 ผู้ติดเชื้อทั้งในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่มีความต้องการด้านสุขภาพและสังคม เศรษฐกิจ อยู่ในระดับต้องการมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 2.58 และ 2.83 โดยผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานครมีความต้องการมากในเรื่องยาเพื่อการรักษา และการยอมรับจากบุคคลอื่น ส่วนผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการมากในเรื่องเงินเพื่อการ

รักษา การหมุนกลับของเวลา ความรู้ในการปฏิบัติตน ยารักษา การยอมรับจากบุคคลอื่น การได้อยู่กับครอบครัว การมีอาชีพและความช่วยเหลือจากรัฐ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการของผู้ติดเชื้อด้วยสถิติที่พบว่าผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการด้านต่างๆมากกว่าผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร

ตาราง 2 ความต้องการ ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่

ความต้องการ	Mean	SD	t	p- value
กรุงเทพมหานคร	2.5836	0.284	-5.42	0.001
เชียงใหม่	2.8316	0.213		

2.1.3 การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายโรคภายหลังทราบผลเลือดแล้ว พบว่าการปฏิบัติโดยรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.98 และ 2.96 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ในเรื่องคล้ายๆ กัน คือการหลีกเลี่ยงคนหมู่มาก การออกกำลังกาย การพูดคุยเรื่องโรคกับคนในครอบครัว การสอบถามความรู้จากแพทย์/พยาบาล และการปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากนี้พบว่าการปฏิบัติในระดับไม่ดีเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และการตรวจบาดแผลที่อวัยวะเพศ เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขภาพด้วยสถิติที่พบว่า ผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

2.1.4 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพกับปัจจัยบางประการด้านลักษณะส่วนบุคคล และการติดเชื้อด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์

แตกต่างกัน ($P < 0.05$) ผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ทราบผลเลือดว่ามีการติดเชื้อแตกต่างกัน มีความต้องการด้านต่างๆ แตกต่างกันด้วย ผู้ติดเชื้อเพศหญิงในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคดีกว่าเพศชาย ($P = 0.004$) และผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าเพศชายทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ($P = 0.001$)

2.2 ผู้ดูแล

2.2.1 การรับรู้ต่อโรคเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.59 และ 2.61 โดยการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในระดับดีเช่นกัน มีคะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลในกรุงเทพมหานครเป็น 2.76, 2.60 และ 2.45 และคะแนนเฉลี่ย 2.54, 2.79 และ 2.38 ในผู้ดูแลที่อยู่จังหวัดเชียงใหม่ การรับรู้ระดับปานกลางของผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่คือการติดเชื้อจากการรับเลือดที่บริจาค ความเสี่ยงจากการติดเชื้อของหญิงรักร่วม

เพศและชายรักร่วมเพศ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ มหานคร และในจังหวัดเชียงใหม่มีความแตกต่าง
ต่อโรคเอดส์ด้วยสถิติที่ พบว่าผู้ดูแลในกรุงเทพ- กันในการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรค

ตาราง 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในกรุงเทพมหานครและ จังหวัด เชียงใหม่

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์	จังหวัด				t	p - value
	กทม. (n=45)		เชียงใหม่ (n=74)			
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้รายด้าน						
ภาวะเสี่ยง	2.6129	0.18	2.5432	0.18	1.96	0.053
ความรุนแรง	2.6082	0.21	2.7931	0.15	-5.43	0.001
ประโยชน์การปฏิบัติตน	2.4518	0.28	2.3862	0.30	1.25	0.234
การรับรู้โดยรวม	2.5907	0.16	2.6172	0.13	0.59	0.560

2.2.2 ความต้องการ ผู้ดูแลทั้งสอง
กลุ่มมีความต้องการด้านต่างๆ โดยรวมในระดับ
ต้องการมาก คือ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 และ 2.89
และพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการระดับปานกลาง
เพียงเรื่องเดียวเหมือนกัน คือ การมีเพศสัมพันธ์

กับคู่สมรสโดยมีค่าเฉลี่ย 1.89 และ 2.03 แต่เมื่อ
เปรียบเทียบความต้องการด้วยสถิติที่ พบว่า ผู้ดูแล
ในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการมากกว่าผู้ดูแล
ในกรุงเทพมหานคร

ตาราง 4 ความต้องการระหว่างผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่

ความต้องการ	Mean	SD	t	P - value
กรุงเทพมหานคร	2.6682	0.273		
			-4.49	0.001
เชียงใหม่	2.8961	0.260		

2.2.3 การปฏิบัติด้านสุขภาพ ผู้ดูแล ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ มีการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.84 และ 2.94 ตามลำดับ มีการปฏิบัติบางอย่างที่ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับพอใช้ คือ การสอบถามแพทย์และพยาบาล และการปฏิบัติที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขภาพด้วยสถิติที่ พบว่าผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

2.2.4 เปรียบเทียบการรับรู้ต่อโรคเอดส์ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพกับปัจจัยบางประการด้านลักษณะส่วนบุคคล และระยะเวลาที่ผู้ดูแลรับทราบว่าผู้ติดเชื้อมีผลเลือดบวกด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อต่างกัน มีระดับการศึกษาต่างกัน มีรายได้ต่างกัน และระยะเวลาที่ทราบผลเลือดต่างกันมีความต้องการแตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบการรับรู้ต่อโรคเอดส์และความต้องการระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลด้วยสถิติที่พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้นที่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปรายคือ

1. ผู้ติดเชื้อในงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อตามรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-39 ปีมากที่สุด ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เป็นวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน กำลังสร้างเศรษฐกิจให้กับครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้น เมื่อมีภาวะติดเชื้อจึงส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นผู้หารายได้และเศรษฐกิจในครอบครัวซึ่งพบว่า มีรายได้แต่ละเดือนต่ำกว่า 6,000 บาท จึงสอดคล้องกับที่ผู้ติดเชื้อทั้งกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินในระดับมาก ด้วยเหตุผลต่างๆ กัน การได้รับเชื้อร้อยละ 86.6 ได้รับจากการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะกับหญิงบริการ ซึ่งตรงกับลักษณะการแพร่ระบาดของโรคทั่วโลกในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ทราบผลเลือดในระยะเวลา 1-2 ปี ร้อยละ 89.1 และเหตุผลของการเจาะเลือดมีต่างกัน ทั้งความต้องการส่วนตัวและเจาะเลือดด้วยสาเหตุอื่น ๆ ที่น่าสนใจคือ เจาะเลือดเนื่องจากสามี/ภรรยา/บุตรติดเชื้อมาก่อนหรือเสียชีวิตเพราะโรคเอดส์ถึงร้อยละ 32.4 โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และมีการตรวจพบเนื่องจากเจาะเลือดในการฝากครรภ์ ร้อยละ 14.4 ข้อมูลที่ได้รับนี้จึงสนับสนุนข้อมูลการเฝ้าระวังและข้อมูลแนวโน้ม ของโรคที่กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) คาดคะเนไว้อย่างชัดเจน

2. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเช่นกัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเป็นภรรยามากที่สุดรองลงมาเป็นมารดา พี่สาว น้องสาว และน้าสาว ทั้งนี้ อาจเนื่องจากพื้นฐานทางสังคมโดยทั่วไปที่กำหนดให้

ผู้หญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว (Kizilay 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา สุนตระกูล และเพ็ญศรี กรวิงค์ ประเสริฐ (2537), อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ที่นำเสนอถึง คือ ประมาณร้อยละ 35 ที่ผู้ดูแลเป็นผู้ติดเชื้อด้วย ซึ่งพบว่าเป็นคู่สามีภรรยาทั้งหมด จึงจำเป็นต้องดูแลซึ่งกันและกัน สำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 34.6 ผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ติดเชื้อที่มีสถานภาพโสดหรือม่าย ซึ่งผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี กลุ่มนี้เป็นวัยสูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลอยู่แล้ว แต่ต้องมาดูแลบุตรซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อและบางรายบุตรไม่ได้ทำงาน ผู้ดูแลมีรายได้เพียงเล็กน้อยจากการทำงานเบาๆ จึงนับได้ว่าเป็นครอบครัวที่สังคมควรให้ความสนใจและช่วยเหลือโดยเร็ว

3. ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ และการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับดี

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายโรค รวมทั้งการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรค และทุกคนได้รับการบริการการปรึกษาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง รวมทั้งยังรับทราบผลการตรวจเลือดมากกว่า 1 ปี ประกอบกับปัจจุบันการให้ความรู้โดยสื่อต่างๆ กว้างขวางยิ่งขึ้น จึงทำให้ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ และการปฏิบัติตนในระดับดี

4. ผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีการรับรู้ความ

รุนแรงของโรคและการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย

อธิบายได้ว่า โดยปกติแล้วเพศหญิงมีการสังเกต เอาใจใส่สุขภาพตนเองดีกว่าเพศชายอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อเกิดการติดเชื้อและบางคนยังมีบุตร ซึ่งอาจติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อด้วยก็ตามทำให้เพศหญิงตระหนักถึงอันตรายมากขึ้น จึงมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al 1993) และจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534)

5. ผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากเชียงใหม่เป็นสังคมภูมิภาค โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ระดับหมู่บ้านและตำบล มีความใกล้ชิดรู้จักกัน และมีกรณีเจ็บป่วยให้เห็นจนเกือบเป็นเรื่องปกติ จึงมีการรับรู้ได้มากกว่า นอกจากนี้ การบริการของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ยังมีโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและ ผู้ติดเชื้ออยู่ก่อนด้วย รวมทั้งผู้ติดเชื้อเองยังมีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรม แตกต่างจากกรุงเทพมหานครนั้นเป็นสังคมที่กว้างใหญ่ ต่างคนต่างอยู่มีการปิดบังซ่อนเร้นและไม่เปิดเผย ไม่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ไปเยี่ยมบ้านเพียง 9 คน จึงอาจทำให้การรับรู้ต่อโรคมีความจำกัดกว่า

6. ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการด้านการเงินมากที่สุดและมากกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลจังหวัดเชียงใหม่มีรายได้ต่ำและต่ำกว่าผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล

ในกรุงเทพมหานคร โดยมีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับพืชพันธุ์ ปุ๋ย ยาฆ่าแมลงอย่างต่อเนื่องและบางรายต้องการเงินเพื่อหาอาชีพที่ยั่งยืน เช่น เลี้ยงไก่ ให้กับครอบครัวในอนาคตถ้าเขาเสียชีวิตแล้ว ประกอบกับมีบิดาหรือมารดาที่อายุมาก ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ บางรายต้องเลี้ยงบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดเชื้ออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้จะมีปัญหามากขึ้น ดังนั้นจึงควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรและองค์กรต่าง ๆ ที่ต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ติดเชื้อและครอบครัวในด้านการเงิน (Beedham and Wilson Barnett 1995)

7. ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน

อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์อันตราย ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยโดยตรง จึงมีการแสวงหาข้อมูลและสนใจเรื่องของตน จึง มีการรับรู้ต่อโรคที่ตนเป็นดีกว่าผู้ดูแลซึ่งไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงนั้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่บุคคลและคณะอธิบายไว้ (Brook et al. 1979) จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลบางส่วนมีการรับรู้ระดับไม่ดี และเมื่อสัมภาษณ์เจาะลึกยังยืนยันว่า “เอดส์เป็นโรคที่ติดต่อง่ายมาก” และ “วัคซีนจะช่วยให้โรคเอดส์หมดไปโดยเร็ว” เป็นไปได้ที่ผู้ดูแล รู้สึกว่าเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว น่ารังเกียจ เป็นแล้วตาย เป็นแล้วทรมาณ ไม่มีทางรักษาได้ ดังนั้นในประเด็นดังกล่าวบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสื่อต่าง ๆ ต้องช่วยกันชี้แนะและให้ความรู้ที่ถูกต้องในภาพรวมแก่ประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์และการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคดีกว่าเพศชาย และเพศชายมีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีไม่เท่าเพศหญิง ดังนั้นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ซึ่งให้การดูแลหรือให้บริการทั้งในคลินิกและที่บ้าน ต้องคำนึงถึงความแตกต่างประเด็นนี้ และพิจารณาเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเพศแต่ละรายเพื่อให้เกิดการรับรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นราย ๆ ไป

2. ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลมีความต้องการด้านต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันตามระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องประเมินความต้องการก่อนเพื่อให้การช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลที่ไม่มีงานทำ มีภาระเลี้ยงดูครอบครัวและอาศัยอยู่ในชุมชน

3. ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ผู้ให้บริการต้องประเมินภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยก่อน จากนั้นจึงร่วมกันพิจารณากับครอบครัวว่าจะสามารถออกกำลังกายได้ด้วยวิธีการใด และสถานที่ใดบ้าง สำหรับชุมชนที่ยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ อาจมีการปรึกษาหารือกับ ผู้นำชุมชนเพื่อจัดสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกายเบา ๆ ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งให้ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล แต่

ละครอบครัวในหมู่บ้านได้พบปะกัน ซึ่งอาจจะนำไปสู่กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการสร้างเครือข่ายสังคมซึ่งเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนต่อไป

4. มีการติดตามเยี่ยมผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลที่บ้านสำหรับรายที่สมัครใจและยินดีให้เยี่ยมบ้าน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวหลายประการ ซึ่งไม่สามารถได้รับการสัมภาษณ์ในสถานบริการ ตรวจรักษาในโรงพยาบาลได้ ทำให้สามารถประเมินได้การรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้ชัดเจนขึ้น ช่วยเหลือได้ดีขึ้น นอกจากนี้บริการเยี่ยมบ้านเป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้กับผู้ติดเชื้อและครอบครัว ซึ่งเป็นผลต่อการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นการค้นหาผู้รับบริการรายใหม่ได้ด้วย

5. จากการที่พบข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งด้านการรับรู้ และความต้องการที่แสดงถึงความรู้สึกแท้จริงหลายประการของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล จึงควรนำไปสอดแทรกไว้ในการเรียนการสอนหรือการฝึก

อบรมในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพให้กับนักศึกษา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อเข้าใจผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น

6. จากการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์แตกต่างกัน จึงควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลพร้อมกันอย่างน้อย 1-2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มาพร้อมกันหรือเมื่อผู้รับบริการต้องการ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกัน ซึ่งจะมีผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพตรงกันต่อไป

7. มีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลกลุ่มนี้ที่บ้านในรายที่ยินดีให้เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ เพราะผลจากการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำแนะนำ ให้ความรู้และให้คำปรึกษานอกจากมีผลโดยตรงแล้ว ยังน่าจะมีผลต่อประชาชนในระแวกบ้านหรือชุมชนด้วย โดยเฉพาะมีการติดตามศึกษาและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดรวมทั้งครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2539). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ (Weekly Epidemiological Surveillance Report). ปีที่ 27, ฉบับที่ 2 S, 8 มีนาคม, 13-24.

กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2539). สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ (HIV / AIDS update) ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 จนถึงมกราคม 2539. February 8, 1-6.

เกศินี จุฑาวิจิตร. (2533). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จกกล ทองโถม. (2533). กระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดเชื้อเสพติดชนิดฉีด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรการแพทย์และสาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. (2536). ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ “ชาย” และ “หญิง”. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดาวัลย์ สอนงาน. (2536). พฤติกรรมทางเพศของชายไทยในยุคโรคเอดส์ระบาด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 18-19 พฤศจิกายน 2536.
- สุธีรา สุนตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2537). การเผชิญกับอันตรายของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อ HIV. เอกสารการประชุมวิชาการครั้งที่ 8 ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช. (จินตนา ยูนิพันธ์ และพยอม อยู่สวัสดิ์ บรรณาธิการ).
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Allen , J.A. and Curran , J. (1988). Prevention of AIDS and HIV Injection : Needs and Priority for Epidemiology Research. *Am J. of Public Health* , 73, 381-386.
- Beedham , H.M. and Wilson-Barnet , J. (1995). HIV and AIDS Care : Consumers Views on Needs and Service. *J. of Advanced Nursing* , 22, 677-686.
- Brook , H.R. et al. (1979). Overview of Adult Health Status Measures Fielded. *Medical Care*. 17 (7), 1-131.
- Dipasquale , J.A. (1990). The Psychological Effects of Support Groups on Individual Infected by the AIDS Virus. *Cancer Nursing* , 13 (5) , 278-285.
- Lippmann , S.B. et al. (1993). AIDS and The Family : Implication for Counselling. *AIDS-Care*. 1 , 71-78.
- Porter , K. et al. (1993). Factor Associated with Lack of Awareness of HIV Infection before Diagnosis of AIDS , *British Am J*. 307 (July) , 20-23.