ผลการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*

*อารยา พินทุเวหน***
*พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์****
*ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ*****

บทคัดย่อ

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาและยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งยังคงเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจรับรู้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นเป็นภาระในการดูแลตนเอง การวิจัยเชิงพรรณนา ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้กรอบแนวคิดภาระในการดูแลตนเองของโอเบิรส์ (Oberst) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 96 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2557

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 43.25 ปี (S.D. = 11.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 8.97 ปี (S.D. = 7.08) และสาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.4 มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) น้อยกว่า 40 ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตรและร้อยละ 46.9 มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.75 มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.2 มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยและพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกาย การวางแผนค่าใช้จ่ายและการหลีกเลี่ยงที่แออัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด

คำสำคัญ : ภาระในการดูแลตนเอง, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

---

*วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: poolsuk.jan@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

SELF-CARE BURDEN PERCEPTION AMONG HIV/AIDS PATIENTS*

*Araya Phintwahon***
*Poolsuk Janepanish Visudtibhan****
*Kanitha Hanprasitkam*****

Abstract

At present, even though there are more advanced treatments and effective medication to treat HIV/AIDS, a number of HIV/AIDS patients continue to die from complications, including opportunistic infections, probably due to inappropriate or incorrect self-care behavior, which can led to perceived self-care burden. This descriptive study aimed to investigate self-care burden perception among HIV/AIDS patients based on the concept of self-care burden proposed by Oberst. The study sample consisted of 96 HIV/AIDS patients, who did not have opportunistic infections, at an outpatient department, Ramathibodi hospital. The sample was recruited by means of purposive sampling, and data were collected using self-administered questionnaires. Data was collected between June and July, 2014.

The study revealed that the mean age of the participants was 43.25 years (S.D. = 11.4). The majority of them were male, married, and had completed elementary education. The mean duration of HIV infection was 8.97 years (S.D. = 7.08), and the major cause of HIV infection was sexual intercourse. In addition, most of the participants, or 85.41%, had their HIV viral load lower than 40 copies/ml3, and 46.9%, had their CD4 higher than 500 cells/ml3. Also, 93.75% of the participants had adhered to antiretroviral therapy. The study revealed that of the participants, 79.2%, had a low level of self-care burden perception. The study also revealed that exercise, living expense management and avoidance of crowded environments were the activities having a high level of self-care burden.

Key words : SELF-CARE BURDEN, HIV/AIDS PATIENTS

---

*Thesis, Master Degree of Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Nursing student, Master Degree of Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: poolsuk.jan@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Ramathibodi Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 14,901 คนและเสียชีวิต 1,726 คน และในพ.ศ. 2556 ลดจำนวนลงเหลือ 1,646 คนและ 172 คน ตามลำดับ[1] อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งยังคงป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่การติดเชื้อฉวยโอกาสจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง สม่ำเสมอ[2,3,4] และการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแล ให้ความช่วยเหลือแนะนำและติดตามในระยะยาว[5] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลายอย่าง ต้องจัดการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องวางแผนการอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างปกติสุข อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองดังกล่าวจนไม่สามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอได้ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ได้[6]

แนวคิดภาระในการดูแลตนเองเริ่มนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยโอเบิร์ส (Oberst)[7] เชื่อว่าความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งที่ในปัจจุบันมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากจนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ติดเชื้อฉวยโอกาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ของโอเบิร์สภายใต้กรอบแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ของโอเร็ม (Orem) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเอง (self-care demand) ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจทำให้เกิดภาระในการดูแลตนเองได้ [7, 8] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่ตลอดเวลาและเป็นระยะเวลานาน โดย การปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองซึ่งหมายถึงผลลัพธ์ของการรับรู้ความจำเป็นและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยศึกษาภาระในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านคือ

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลงจนมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าปกติ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน[9]

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการการติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลต่อการปรับตัวตามระยะพัฒนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานต้องประกอบอาชีพ และในขณะเดียวกันต้องดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจมีปัญหาในการปรับตัวในด้านนี้มากกว่าบุคคลปกติ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อให้บุคคลอื่นรับรู้[10,11]

การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงลดปริมาณเชื้อเอชไอวีและเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ในร่างกายและการสังเกตอาการผิดปกติจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส และการป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น เป็นต้น[12]

นิยามตัวแปร

ภาระในการดูแลตนเอง หมายถึง ผลลัพธ์การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านความจำเป็นและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง สามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเบิร์ส โดยการนำคะแนนในส่วนของความจำเป็นและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมาคูณกันแล้วถอดรากที่สอง[8]

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัสและการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี[6] รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่มีเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ซึ่งขณะที่ทำการวิจัยไม่ได้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้ต้องกำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18–60 ปีทั้งเพศชายและหญิง 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้หรือสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) ไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขณะเข้าร่วมวิจัยและ4) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane)[13] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 73 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือสูญหาย ผู้วิจัยมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน แต่เนื่องจากยังอยู่ในระหว่างระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่กำหนดไว้ ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มขึ้นทั้งหมด รวมเป็น 96 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามข้อมูลการรับรู้ภาระ

ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งคะแนนภาระในการดูแลตนเองในแต่ละข้อสามารถคำนวณได้จากการนำคะแนนการรับรู้ความจำเป็นและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละข้อที่เป็นแบบมาตราเรียงระดับ 5 ระดับมาคูณกันแล้วถอดรากที่สองและนำมาเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองตามอันตรภาคชั้นได้ดังนี้ การรับรู้ภาระในการดูแลตนเองน้อยที่สุด (1.00–1.79) น้อย (1.80–2.59) ปานกลาง (2.60–3.39) มาก (3.40–4.19) และมากที่สุด (4.20–5.00) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และการทดสอบความเที่ยงด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค โดยแบ่งการทดสอบทั้งความจำเป็นและความยากลำบาก ได้เท่ากับ 0.92 และ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในการดำเนินการ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากการศึกษาจากเวชระเบียนและการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นรายบุคคลในห้องให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยผู้วิจัยจะให้พยาบาลประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิ์ในการปฏิเสธและยอมรับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ โดยการนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปเป็นภาพรวม ไม่เจาะจงเป็นรายบุคคล ซึ่งแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ โดยกำหนดเป็นรหัสซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบว่าเป็นแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างรายใด โดยกลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามในห้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใช้สถิติบรรยายแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 36–60 ปี อายุเฉลี่ย 43.25 ปี (S.D. = 11.4) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด คือ 18 ปีและมากที่สุด คือ 60 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ประกอบอาชีพค้าขายและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001–30,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเวลา 8.97 ปี (S.D. = 7.08) ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกันและเปิดเผยผลเลือดกับบุคคลอื่น กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไวรัสตับอักเสบบี/ซี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตรและมีระดับเชื้อเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า 40 ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตร กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะไม่มีอาการและรับประทานยาต้านไวรัสโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 6.94 ปี (S.D.=5.77) และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาเฉลี่ย 96.26 คะแนน (S.D.=7.17) ดังแสดงรายละเอียด ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	60.4
หญิง	38	39.6
อายุ		
18–35 ปี	19	19.8
36–60 ปี ($\bar{x}$ =43.25 ปี, min= 18 ปี, max= 60 ปี)	77	80.2
สถานภาพสมรส		
โสด	35	36.5
คู่	46	47.9
หม้าย	6	6.3
หย่า/แยก	9	9.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	27.1
มัธยมศึกษา	24	25.0
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	17	17.7
ปริญญาตรี	24	25.0
สูงกว่าปริญญาตรี	5	5.2
ค้าขาย	28	29.2
รับจ้าง	22	22.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	25.0
เกษตรกร	4	4.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	18.7
รายได้ครอบครัว		
น้อยกว่า 10,000 บาท	26	27.1
10,001–30,000 บาท	57	59.4
30,001–50,000 บาท	2	2.1
มากกว่า 50,000 บาท	11	11.5
สาเหตุการติดเชื้อ		
เพศสัมพันธ์ต่างเพศกัน	58	60.4
เพศสัมพันธ์เพศเดียวกัน	18	18.8
ไม่ทราบสาเหตุ	20	20.8

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนปีที่ติดเชื้อ		
น้อยกว่า 5 ปี	39	40.6
6 – 10 ปี	22	22.9
10 ปีขึ้นไป	35	36.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	48	50.0
มี	48	50.0
ความดันโลหิตสูง	17	17.7
ไขมันในเลือดสูง	16	16.7
ไวรัสตับอักเสบบี/ซี	15	15.6
ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร)		
น้อยกว่า 200	12	12.5
200 – 350	14	14.6
351 – 500	23	24.0
มากกว่า 500	45	46.9
ไม่มีผลการตรวจ	2	2.0
ระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (ก้อปปี้/มล.)		
น้อยกว่า 40	82	85.4
มากกว่า 40	14	14.6
จำนวนปีที่รับประทานยาต้านไวรัส		
น้อยกว่า 5 ปี	45	46.9
6 – 10 ปี	28	29.1
มากกว่า 10 ปี	23	24.0
ความต่อเนื่องในการรับประทานยา		
มากกว่า ร้อยละ 95	90	93.7
น้อยกว่า ร้อยละ 95	6	6.3

ข้อมูลภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยภาระในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 ราย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.2 มีภาระในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามระดับคะแนนภาระในการดูแลตนเอง (n=96)

ระดับคะแนนภาระในการดูแลตนเอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.80 – 2.59 (ระดับน้อย)	76	79.2
2.60 – 3.39 (ระดับปานกลาง)	15	15.6
3.40 – 4.19 (ระดับมาก)	5	5.2

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เมื่อจำแนกภาระในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พบว่ากลุ่มตัว อย่างมีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.32, S.D. =0.42) อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวกและการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.52, S.D. =0.46) อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การวางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย การทำหน้าที่บทบาทสมาชิกในครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.48, S.D. =0.47) อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ที่แออัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาต้านไวรัส ถูกต้อง สม่ำเสมอ ตรงเวลา และการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการไอจามหรือเป็นหวัด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับคะแนนเฉลี่ยความจำเป็น ความยากลำบากและภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	ความจำเป็น $\bar{x}$ (S.D.)	ความยากลำบาก $\bar{x}$ (S.D.)	ภาระในการดูแลตนเอง $\bar{x}$ (S.D.)	ระดับภาระ
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป(n=96)				
1.ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งหรือเล่นกีฬา ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	4.01(1.26)	2.68(1.38)	3.06(0.94)	ปานกลาง
2.จัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก	4.61(0.68)	1.85(1.31)	2.75(0.88)	ปานกลาง
3.เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้	4.57(0.72)	1.78(1.15)	2.69(0.76)	ปานกลาง
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (n=96)				
1.วางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช่จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาพยาบาล และค่าเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นต้น	4.65(0.64)	1.94(1.18)	2.85(0.83)	ปานกลาง
2.ทำหน้าที่บทบาทสมาชิกในครอบครัวด้วย ,ช่น ดูแลพ่อ แม่ ลูก สามีหรือภรรยา	4.56(0.89)	1.64(1.12)	2.55(0.73)	น้อย
3.ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นการไปวัด ทำบุญตักบาตร การไปโบสถ์ การไปมัสยิด	4.26(1.07)	1.74(1.15)	2.51(0.61)	น้อย
การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ(n=96)				
1.หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดหรือเต็มไปด้วยผู้คน ,พื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	4.36(1.17)	2.05(1.34)	2.76(0.89)	ปานกลาง
2.รับประทานยาต้านไวรัส ถูกต้อง สม่ำเสมอ ตรงเวลา	4.69(0.75)	1.81(1.34)	2.72(0.89)	ปานกลาง
3.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการ ไอจามหรือเป็นหวัด	4.48(1.01)	1.80(1.27)	2.65(0.89)	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่รายงานว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง 1.5:1 และพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทย โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43.25 ปี แต่อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่พบมากอยู่ในช่วง 20-39 ปี[14] และเมื่อวิเคราะห์ถึงจำนวนปีในการติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเท่ากับ 8.97 ปีนั้นอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเริ่มติดเชื้อเอชไอวีน่าจะใกล้เคียงกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทยจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไวรัสตับอักเสบบี/ซี เบาหวานและหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะยาว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านเอชไอวีเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.94 ปี อาจทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน[6] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 40 ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตรและอยู่ในระยะไม่มีอาการ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จในการรับประทานยาต้านเอชไอวี ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.8 มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในขนาดที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ จะมีระดับเชื้อเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า 50 ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตร ในเวลา 6 เดือน และระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น[6]

ข้อมูลภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งหมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการวิจัยครั้งนี้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.4 มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 40 ก๊อปปี้ต่อมิลลิลิตรและร้อยละ 46.9 มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่มากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร และร้อยละ 88.5 อยู่ในระยะไม่มีอาการของโรคเอดส์ ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดอัตราการตายลงได้[15]

อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนที่พบว่ามีคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและไวรัสตับอักเสบบีและซี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้รับรู้ถึงความจำเป็นและความยากลำบากในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของโรคและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยมีผลต่อภาระในการดูแลตนเอง[16] ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเมื่อจำแนกภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ออกเป็น 3 ด้านตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกาย การวางแผนค่าใช้จ่ายและการหลีกเลี่ยงที่แออัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากที่สุดของแต่ละกิจกรรมการดูแลตนเอง

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ว่าการ

ออกกำลังกายเป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาหรือเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน บางรายคิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้าน ยกของ ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว รวมทั้งมีโรคประจำตัวซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย[17,18,19]

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ไม่มีรายได้เป็นเงินเดือนประจำ ซึ่งอาจมีรายได้ในแต่ละเดือนไม่แน่นอน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอาการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้มีการรับรู้ว่าการวางแผนค่าใช้จ่ายเป็นภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่มีการแข่งขันในการประกอบอาชีพสูงและอัตราค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น โดยปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและความช่วยเหลือด้านสังคม[20]

ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพ มีการเดินทางไปทำงานหรือไปทำธุระนอกบ้าน ติดต่อกับบุคคลอื่น บางครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่แออัดหรือเต็มไปด้วยผู้คนได้ แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส[21] ทำให้มีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมในการวิจัยมีการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแต่ไม่รับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ความยากลำบากในการเข้าถึงกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่มีการจัดกลุ่มเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลตนเองอย่างเพียงพอ จึงควรมีการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ความจำเป็นในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย แต่มีความยากลำบากทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าร่วมอย่างเป็นรูปธรรม นอกเหนือจากการให้ความรู้ เช่น กิจกรรมเต้นแอโรบิค ฝึกโยคะ เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระในการดูแลตนเอง เช่น คุณภาพชีวิต

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่อื่นที่อาจมีความแตกต่างกันในด้านการดำรงชีวิต สภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์

ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553. [ดึงข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2553]. จาก http://www.boe. moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf

2. Buscher, A., Hartman, C., Kallen, M. A.,& Giordano, T. P. Impact of antiretroviral dosing frequency and pill burden on adherence among newly diagnosed, antiretroviral-naïve HIV patients. International Journal of STD & AIDS 2012;23:351-355.
3. Zhou, S., Martin, K., Corbett, A., Napravnik, S., Eron, J., Zhu, Y. Et al. Total daily pill burden in HIV-infected patients in the southern United States. AIDS PATIENTS CARE and STDs 2014; 28:311-17.
4. Cabreo, E., Griffa, L.,& Burgos, A. Prevalence and impact of body physical changes in HIV patients treated with highly active antiretroviral therapy: results from a study on patients and physician perceptions. AIDS PATIENTS CARE and STDs 2010; 24:5-13.
5. ประคอง อินทรสมบัติ. การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ในสมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง; 2544.หน้า 133-164.
6. ประพันธ์ ภานุภาค, มนูญ ลีเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ,วสันต์จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ธีรรัตน์กุล, และคณะ. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
7. Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A. S.,& McCubbin, M. A. Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. Cancer Nursinge 1991; 14: 71-8.
8. Anastasio, C., Mcmahan, T., Daniels, A., Nicholas, P. K.,& Simon, A. K. Self-care burden in woman with human immunodeficiency virus. Journal of The Association of Nurses in AIDS Care 1995; 6:31-41.
9. Choksawadphinyo K. Behaviors and barriers to self-care in people with HIV/AIDS: findings from a qualitative study in Northern Thailand. Asian Journal of Nursing Studies 2005; 8: 31-8.
10. เพ็ญศรี วงศ์พุฒ. ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
11. สุวรรณา บุญยะลีพรรณและคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.พยาบาลสาร 2556; 40: 1-15.
12. Brechtl, JR, Breitbart, W, Galietta, M, Krivo S & Rosenfeld B. The use of highly active antiretroviral therapy (HAART) in patients with advanced HIV infection: impact on medical, palliative care, and quality of life outcomes. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 41-51
13. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (THE METHODOLOGY IN NURSING RESEARCH). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
14. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557. [ดึงข้อมูลเมื่อ วันที่ 20 มิถุนายนพ.ศ.2558]. จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf.
15. Abaasa AM, Todd J, Ekoru K, Kalyango JN, Levin J, Odeke E, et al. Good adherence to HAART and improved survival in a community HIV/AIDS

treatment and care programme: the experience of The AIDS Support Organization (TASO), Kampala, Uganda. BMC health 2008; 8: 1–10.

16. Khalife, KM., Shea, F.,& Schuman, P. Symptom distress and self–care burden among women with late HIV disease. [Retrieved March 17, 2011]. from NLM Gateway database.
17. ฉวีวรรณ จิตต์สาคร. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
18. เฉลิมรัตน์ เพียรพึ่งตน, เนตรชนก พฤฒิสารและพชรภรณ์ ชูชาติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. [ดึงข้อมูลเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2558].จากhttp://www.med.nu.ac.th/chem/exercise.pdf
19. Graham, L. J., & Connelly, D. M. “Any movement at all is exercise”: A focused Ethonography of rural community–dwelling older adults perceptions and experiences of exercise as self–care. Phys iotherapy Canada 2013; 65:333–41.
20. Duangkamol wattradul. Improving health care for HIV/AIDS in thailand: learning from those who suffer [Thesis of Master of Nursing Science] Bangkok: Mahidol University; 2002.
21. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และสุวรรณา บุญยะลีพรรณ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.