การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

นางสาวนปภัช เมืองมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The study of resilience and social support in HIV/AIDS client at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration Thai Red Cross AIDS Research Centre

Miss Napaphach Muangma

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2016
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
โดย	นางสาวนปภัช เมืองมา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิงอัญชลี อวิหิงสานนท์)

นปภัช เมืองมา : การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (The study of resilience and social support in HIV/AIDS client at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration Thai Red Cross AIDS Research Centre) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 120 หน้า.

เหตุผลของการทำวิจัย : ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมทั้งหมด 1,201,839 ราย จากการคาดประมาณ ปี พ.ศ.2558 และยังมีชีวิตอยู่ประมาน 600,000 ราย แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างพยายามที่จะลดการเลือกปฏิบัติและการตีตรา แต่ก็มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพียง 355,123 ราย ที่เข้าถึงการรักษาภายใต้ระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้อาจ ส่วนหนึ่ง อาจเกิด จากผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติมี หลายการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความยืดหยุ่น สามารถลดผลกระทบจากการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติได้ ทั้งยังส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อการศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีการทำวิจัย : การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาสาสมัครทุกรายได้ เขียนเอกสารให้ความยินยอม ก่อนเข้าร่วมการศึกษานี้ และ จึงทำการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ,แบบวัดความยืดหยุ่น ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลจาก Wagnlid and Young (1993) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 การแปลผล ความยืดหยุ่นใช้ระดับคะแนน สูง(147-175) ปานกลาง(121-146) ต่ำ(<121) และ แรงสนับสนุนทางสังคมแปลผลด้วย ระดับคะแนน สูง(≥74), ปานกลาง(47-73), ต่ำ(20-46) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิเคราะห์ผลโดย ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์ทางสถิติ ดำเนินการโดยใช้ SPSS รุ่น 22.0 และใช้ค่า $p < 0.005$ เพื่อระบุความมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา : จากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 130 ราย อายุเฉลี่ย Median (IQR) 43 (36 - 49) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69 และเป็นเพศหญิง 31% ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 47 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 43 และประมานร้อยละ26 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีระยะเวลาการรักษา ปริมาณเม็ดเลือดขาวหลังการรักษาเฉลี่ย 11.3(IQR 5-16.6) ปี เกือบ 2 ใน 3 (72%) มีปริมานเม็ดเลือดขาว ณ ปัจจุบันมากกว่า 500 cell/mm^3 ค่าเฉลี่ยของเม็ดเลือดขาว CD4 Median (IQR) 608.5 (484 - 782) cell/mm^3 และมีปริมาณไวรัสเอชไอวี ณ ปัจจุบันน้อยกว่า 50 copies/ml ถึงร้อยละ 99 ทั้งนี้ร้อยละ 55 มีระดับความยืดหยุ่นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 142.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 24.2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่นได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.25, $p < 0.01$) และร้อยละ 61 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง (ค่าเฉลี่ย = 70.2 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =13.3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่อายุ (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = - 0.348, $p < 0.01$) ระดับการศึกษา (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.31, $p < 0.01$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.32, $p < 0.01$) และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.26, $p < 0.01$)

สรุป : จากการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัยผู้ใหญ่ ที่มีระดับไวรัสต่ำ และระดับเม็ดเลือดขาวสูงพบว่าส่วนใหญ่ มีความยืดหยุ่นในระดับสูงและมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนไปทางสูงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นที่สูงขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ อายุที่มากขึ้น การศึกษาระดับสูง และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่ยาวนาน

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2559

5874018730 : MAJOR MENTAL HEALTH
KEYWORDS: RESILIENCE / SOCIAL SUPPORT / HIV CLIENT

NAPAPHACH MUANGMA: The study of resilience and social support in HIV/AIDS client at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration Thai Red Cross AIDS Research Centre. ADVISOR: ASSOC. PROF.DECHA LALITANANTPONG, M.D., 120 pp.

Background: By 2015, Thailand had accumulated amount of 1,201,839 HIV infected people and approximately 600,000 HIV-infected patients were expected alive. Although relevant agencies try to reduce discrimination and stigmatization, however, only 355,123 HIV-infected patients have been treated under the National Health System. The lower uptake of treatment in National Health system may be partly due to the stigma and discrimination. Many studies found that social support and resilience can reduce the impact of stigma and discrimination. Additionally, it also contributes to the quality of life of people living with HIV.

Objective: This study aimed to evaluate the resilience and social support among HIV/AIDS clients at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thailand.

Methods: This study was approved by the institutional review board at Chulalongkorn University and all clients gave their written consent prior entry to the study. The three self-report questionnaires (Demographic data form, Thai Resilience Scale by Wagnlid and Young (1993), and Social support Questionnaire were administered at a visit between October to December 2016. Low, moderate and high level of resilience were defined as a score of <121, 121-146, 147-175 respectively. Low, moderate and high level of social support were defined as a score of 20-46, 47-73, ≥74 respectively. The Resilience scale was presented by proportion and percentage. The associated factors of resilience and social support of HIV/AIDS client were analysed by Chi-square test , Pearson's correlation. Statistical analysis was performed by IBM SPSS Statistics version 22.0. P<0.05 was used for statistically significant.

Results: One hundred and thirty HIV clients participated in this study. The median age was 43 (IQR: 36 - 49) years. Most of the participants are male (69% male vs. 31% female), Almost 47% of them were single and 43% reported bachelor degree education. Approximately 26% of them had monthly income 5,000-10,000 Baht All of them received antiretroviral therapy with the median duration of HIV treatment was 11.3(IQR 5-16.6) years. Almost two-third (72%) of them had current CD4 cell count more than five-hundred cells/mm3. Median CD4 was 608.5 (IQR 484-782) cells/mm3. Ninety-nine percent had viral suppressed (HIV RNA <50 copies/ml). Fifty-five percent had high level of resilience (mean = 142.2, S.D. = 24.2). Sixty-one percent had moderate to high level of social support (mean = 70, S.D. = 13.3).The factors related to resilience were social support (Pearson's r = .25, p < 0.01). The factor related to social support were age (Pearson's r = -.348, p < .01) and education (Pearson's r = .31, p < .01) and the duration of treatment (Pearson's r = .26, p < .01, p <0.01) and monthly income (Pearson's r = .32, p < .01).

Conclusion: In this study of well-suppressed and high CD4, HIV infected adults, majority of them had high levels of resilience and moderate to high level of social support. The higher of social support were associated to higher resilience score. Additionally, the social support was related to older age, higher educational level and the longer duration of HIV treatment.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2016

Student's Signature .....
Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จไปได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูง จากศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภานุภาค ผู้อำนวยการ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ที่กรุณาอนุเคราะห์ให้ ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความ กรุณา ตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และ แพทย์หญิงอัญชลี อวิหิงสานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำปรึกษา และให้คำแนะนำตลอดจน แก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ คุณศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ที่คอยให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ตลอดจนคุณจิรัชยา วงศ์ษาบุตร ที่ให้คำปรึกษา ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณเพื่อนๆ และรุ่นพี่นิสิตปริญญาโททุกท่านที่คอยเป็นกาลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เข้าร่วม โครงการวิจัยในครั้งนี้และให้ความร่วมมือ ตลอดจนอนุญาตให้เก็บข้อมูล ในการทำศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และคุณวราภรณ์ กิ่งแก้ว ที่คอยให้ ความรัก ความเข้าใจ และให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ แด่คณาจารย์ ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นประโยชน์แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้อง สำหรับข้อบกพร่องใด ที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจาก ทุกท่าน ที่ได้เข้ามาศึกษาเพื่อเป็นประโยชน์ ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

บทที่ 1 1

บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามของการวิจัย (Research Questions) 4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) 4

ขอบเขตของการวิจัย 5

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation) 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition) 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application) 7

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) 8

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 8

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข 10

บทที่ 2 11

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 12

2. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น 32

3. แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม 44

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

บทที่ 3 53
วิธีการดำเนินการวิจัย 53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 53
ประชากร 53
กลุ่มตัวอย่าง 53
การสุ่มตัวอย่าง Sampling technique 54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement) 55
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) 58
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) 59
บทที่ 4 60
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 61
ส่วนที่ 2 แสดงผลการวัดระดับความยืดหยุ่น และผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย 66
ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม 70
บทที่ 5 75
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 75
สรุปผลการวิจัย 77
การอภิปรายผล 83
ข้อเสนอแนะ 88
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา 88

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป 88
การนำผลการวิจัยไปใช้ 90
รายการอ้างอิง 91
ภาคผนวก 98
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 120

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 61

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำแนกตามระดับความยืดหยุ่น (n = 130)..... 66

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 130)..... 67

ตารางที่ 4 แสดงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษาและความยืดหยุ่น ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient (n=130) 68

ตารางที่ 5 แสดงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient (n=130) 69

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น (Resilience) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง..... 70

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 73

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2557 จาก รายงานของสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีถึง 36.9 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต เนื่องจากโรคเอดส์ 1.2 ล้านคน คาดประมาณ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ใหญ่ สะสมแล้วทั้งสิ้นประมาณ 1,201,839 คน ในจำนวนนี้ ยังมีชีวิตอยู่ 426,707 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 7,324 คน[1] ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนสะสม 355,123 ราย โดยมีผู้ป่วยที่รับยาใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 33,837 ราย[2] คนไทยยังมีความกลัว รังเกียจ และกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 48.9 ซึ่งสูงกว่าผลสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2557 ถึงร้อยละ 14.2 ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับเอดส์ ยังคงมีอยู่จริงในสังคม การรับรู้เกี่ยวกับ เรื่องเอชไอวี/เอดส์ นั้นยังมีน้อยมาก โดยพบว่าคนไทยกว่าร้อยละ 54 ยังคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้มาจากการถูกยุงกัด อีกทั้งไม่รู้และไม่แน่ใจว่า คนไทยทุกคนมีสิทธิ์ ได้รับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่สถานพยาบาลของรัฐฟรี ปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 56.5 ไม่รู้และไม่แน่ใจ ว่าสามารถรับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสฟรี หากพบการติดเชื้อถึงร้อยละ 80.4[3] ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์ประพันธ์ ภานุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กล่าวว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติ เป็นปัญหาหลักในการที่จะทำให้การป้องกันเอชไอวี/เอดส์มีประสิทธิภาพ[4] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดสรรงบประมาน การดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ถึง 30.127 ล้านบาท เพื่อดำเนินการ สนับสนุนให้เกิด การลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ในผู้ป่วยเอชไอวี[5]

ฮีฟแนท (HIV-NAT) เป็นหน่วยงานของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ที่ร่วมมือกับสถาบันวิจัยในประเทศเนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย เนื่องจากมีการระบาดของเอชไอวี ในประเทศ

ไทย ประกอบกับมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร ในการรักษาพยาบาล เพราะ ค่าใช้จ่ายในการการรักษา รวมถึงยารักษาโรค มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงมีการปรึกษาและร่วมมือจัดตั้งศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ขึ้น ในปี พ.ศ. 2539 เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษายา และวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่ใช้รักษาเอดส์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบ-บี และซี ทั้งในผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็ก มีเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย หลายแห่งในประเทศไทย และทั่วโลกทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ได้มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสใหม่ๆ กว่า 4,000 คน ตั้งแต่เปิดดำเนินการมาในปี พ.ศ. 2539 มี ผลการศึกษาวิจัย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั่วโลก มาแล้วกว่า 300 การศึกษา จึงเป็นที่รู้จักกันทั่วโลก

นอกจากนี้ ฮีฟแนท ยังช่วยพัฒนาศักยภาพในการศึกษาวิจัยทางคลินิกให้กับแพทย์และพยาบาลไทยและกัมพูชา ให้สามารถทำการศึกษาวิจัยกับนานาประเทศได้ และได้จัดการประชุมนานาชาติด้านเอดส์เป็นประจำทุกปี ตลอดระยะเวลา 27 ปี ที่ผ่านมา มีผู้มาร่วมประชุมครั้งละ 700 ถึง 800 ราย โดยเป็นชาวต่างชาติ ประมาณครึ่งหนึ่ง จากสถิติปี พ.ศ. 2558 ฮีฟแนท มีผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อเนื่อง ระยะยาวเป็นผู้ใหญ่ทั้งสิ้น จำนวน 1,438 ราย ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น 303 ราย[(6)] โดยผู้ติดเชื้อที่เข้ามารับการรักษา มีลักษณะหลากหลาย เช่น เป็นผู้ติดเชื้อที่พึ่งตรวจพบว่า มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือติดเชื้อมาเป็นเวลานาน ยังไม่ได้เริ่มเข้ารับการรักษา และต้องการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี บางรายพบว่ามีการดื้อ ต่อยาต้านไวรัส และพบว่ามีโรคติดเชื้ออื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบ วัณโรค เป็นต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องระยะยาว ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ได้รับการบริการตรวจรักษาและรับยาต้านไวรัส เอชไอวี ตามสิทธิการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของตน ไม่แตกต่างจากผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วไป เพียงแต่ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์แห่งนี้ เป็นศูนย์บริการเฉพาะ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่านั้น

การศึกษาในต่างประเทศมีรายงานการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับความยืดหยุ่นและ การตีตรารวมถึงการเลือกปฏิบัติ จากสังคม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การศึกษาดังกล่าวพบว่า ความยืดหยุ่น สามารถลดแรงขับด้านลบ ต่อร่างกายและจิตใจได้ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความผาสุกในชีวิต[7] Earnshaw.VA และคณะ[8] พบว่าการเสริมสร้างเศรษฐกิจและชุมชนให้เข้มแข็ง และการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา รวมถึงการปรับตัวในระดับบุคคลจะช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่น ซึ่งสามารถส่งผลช่วยลดความการตีตราและ การเลือกปฏิบัติได้ในที่สุด

การศึกษาปัจจัยปกป้อง และความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าความยืดหยุ่นเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการทำความเข้าใจ การติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาเอชไอวี ช่วยลดการตีตราและอคติ ที่มีต่อโรคและส่งเสริมการป้องกันเอชไอวี /เอดส์[9] การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เป็นการเสริมสร้างความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ในการรับมือกับการตีตรา[10] มีการศึกษาในแอฟริกาใต้พบว่าการส่งเสริมความยืดหยุ่นในโรงเรียน โดยใช้โรงเรียนเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ในการเผชิญปัญหา การแพร่ระบาดของเอชไอวี โดยให้ครูมีบทบาทหลัก เป็นผู้สร้างเครือข่ายกับผู้ให้บริการที่ทำงานในระบบ ที่จะสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อในบทบาทที่ เป็นผู้ส่งเสริมประสานสัมพันธ์ และให้โรงเรียนเป็นแหล่งสนับสนุน เสริมสร้างความยืดหยุ่น[11]

จากข้อมูลเบื้องต้น ดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิจัยได้มีโอกาส ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นเวลากว่าสามปี จึงมีความสนใจในการศึกษาความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยประเด็นนี้ ในประเทศไทยมาก่อน โดยมุ่งหวังว่าการศึกษา จะทำให้ทราบระดับความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะเกิดประโยชน์ในการเป็นแนวทางสำหรับเสริมสร้างความยืดหยุ่น แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเล็งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดแรงขับด้านลบ จากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ

ซึ่งสอดคล้องนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านเอชไอวีที่พยายาม แก้ไขปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

2. แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

3. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

2. ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสาน ความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการรักษา จากเวชระเบียน แบบวัดความยืดหยุ่น และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีตัวแปร ที่ต้องการศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศสภาพ และสภาวะทางเพศ สถานภาพสมรส/มีคู่รักร่วมเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส โรคประจำตัวทางจิตเวช

ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษา-ปัจจุบัน CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และปัจจุบัน VL ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และปัจจุบัน สูตรยาต้านไวรัส โรคแทรกซ้อนจากเอชไอวี

ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ Resilience (ความยืดหยุ่น)

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

1. ผู้วิจัยทำการศึกษา ในอาสาสมัครที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทุกเพศ และอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจ รักษา ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เท่านั้น ซึ่งมีบริบทและระบบในการให้บริการ เฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ โดยทีมแพทย์ พยาบาลรวมถึงทีมบุคลากร ที่มีความเชี่ยวชาญ

เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แตกต่างจากสถานพยาบาลทั่วไป ที่ระบบและการให้บริการจะมีผู้ป่วยโรคอื่นๆรับการรักษาร่วมด้วย

2. การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ทำการศึกษาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกเพศ และอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจ รักษา ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เท่านั้น ทำการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น ในระยะเวลา 3 เดือน ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ย่อมมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ และสภาพแวดล้อม ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยม และสื่อต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมที่พบจากการศึกษานี้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

1. ความยืดหยุ่น: Resilience

กระบวนการของการปรับตัว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ในการประสบกับเหตุการณ์ทุกข์ยาก ลำบาก การบาดเจ็บการสูญเสีย ความเศร้าโศก หรือสถานการณ์ ที่เป็นวิกฤตรุนแรงในชีวิต และฟื้นตัว จากสภาพปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบ มีการพัฒนาทางด้านความคิด และอารมณ์ต่อความกดดัน ความเจ็บปวด มีการปรับพฤติกรรม ก่อให้ เกิดการเรียนรู้และการพัฒนา ผลที่ได้ จะแสดงออกมาในด้านที่ดี โดยในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งระดับความยืดหยุ่นออกเป็น 3 ระดับคือ 1. ระดับสูง 2. ระดับปานกลาง 3. ระดับต่ำ ในการศึกษานี้ใช้แบบวัดความยืดหยุ่นที่พัฒนาโดยทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience scale) ของ Wagnlid and Young (1993)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ในการศึกษานี้ หมายถึงผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผ่านการตรวจเลือด เพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามมาตรฐานการตรวจ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์

เพื่อการศึกษา วิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และปัจจุบันเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้ร่วมโครงการวิจัยอื่น นอกเหนือจาก โครงการติดตามรักษาต่อเนื่องระยะยาว ที่ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยเท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

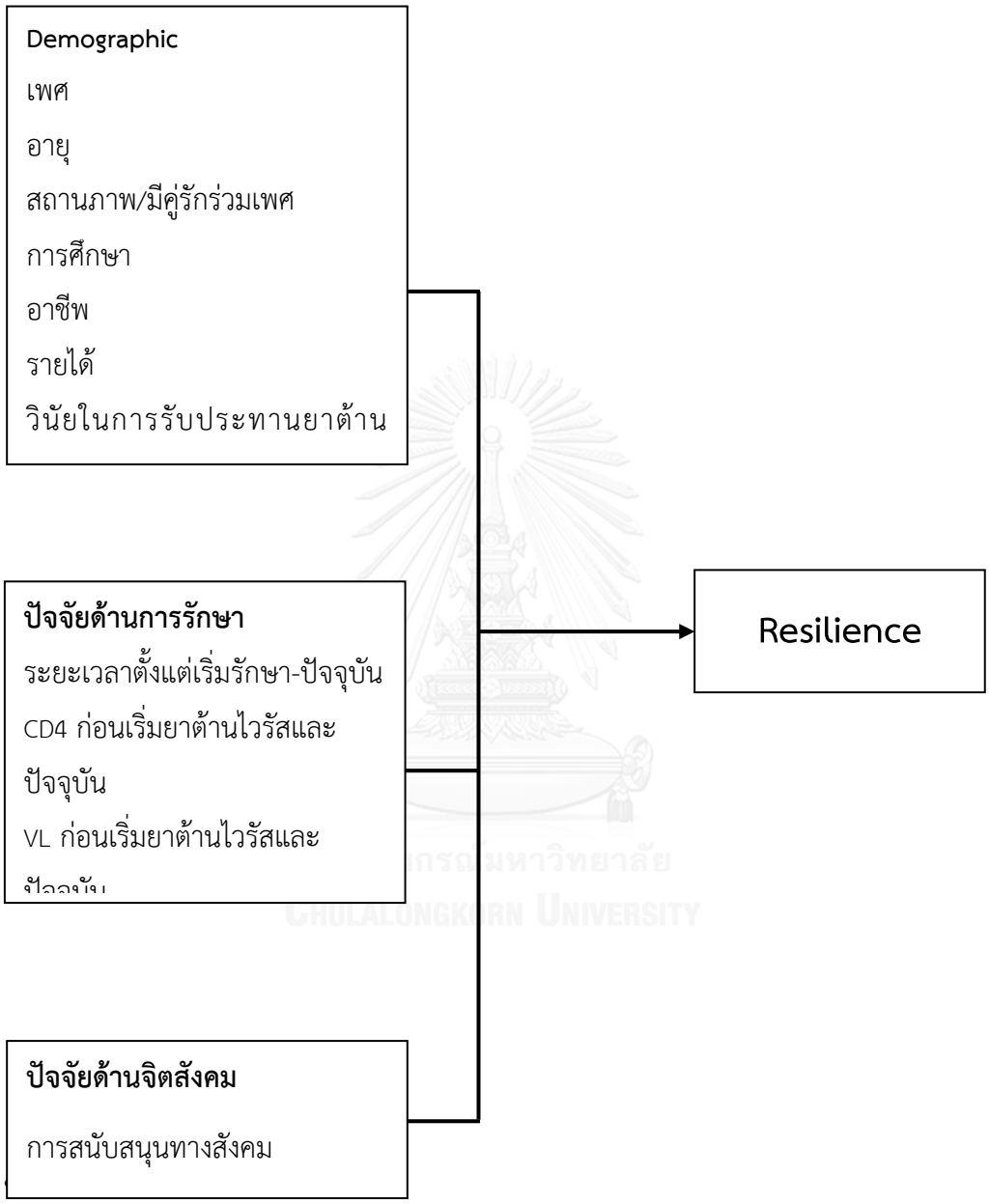
1. ระดับความยืดหยุ่น ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เพื่อทราบความสามารถ ในการเผชิญปัญหาและการฟื้นตัวหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัย ทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เพื่อทราบถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ผลการวิจัย อาจนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการเสริมสร้างปัจจัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) **ตัวแปรตาม (Dependent variable)**



การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังโครงการผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม มีกระบวนการเข้าถึงอาสาสมัครมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อ ผู้อำนวยการ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เข้าพบหัวหน้าศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์และเจ้าหน้าที่เพื่อขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการเก็บข้อมูลในอาสาสมัครที่มาพบแพทย์ตามนัด ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ในช่วงเวลาระหว่างที่อาสาสมัครรอพบแพทย์ หรือรอรับยาหลังพบแพทย์ ทำการขอความยินยอมจากอาสาสมัครโดยผู้วิจัยให้คำอธิบายตอบข้อสงสัย ทั้งนี้ อาสาสมัครสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัย เมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ โดยปราศจากการบังคับ จูงใจ

- มีการจัดสถานที่ ที่เป็นส่วนตัว ในการตอบแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครและผู้วิจัยจะอยู่ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อตอบแบบสอบถาม และเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว อาสาสมัครจะนำแบบสอบถาม คืนแก่ผู้วิจัย แบบสอบถามจะถูกระบุด้วยตัวเลข ซึ่งไม่สามารถระบุ ถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้

- อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถาม วิจัยแบบสอบถามทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและ แบบวัดความยืดหยุ่น

- ข้อมูลในส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านการรักษาซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามอาสาสมัครและตรวจสอบจากเวชระเบียน อาสาสมัคร ของศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ด้วยตนเอง

- เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 – 35 นาทีขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บข้อมูลหลังกระบวนการตรวจตามปกติเสร็จสิ้น ทั้งนี้อาสาสมัครมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถาม ข้อที่ไม่ต้องการตอบได้

- ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงนำไปคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามลำดับ

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

(Obstacle and Strategies to Solve the Problems)

ข้อมูลบางอย่างที่มีความเป็นส่วนตัวสูง เช่น เพศสภาพ อาจไม่ได้รับคำตอบที่ตรงตามจริง เนื่องจากในวัฒนธรรมไทย และการยอมรับในสังคมปัจจุบัน การเปิดเผยเรื่องเพศสภาพ ที่นอกเหนือจากเพศชาย หญิง ยังไม่เป็นที่ยอมรับ และกลุ่มตัวอย่างอาจรู้สึกไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการอธิบายถึงความสำคัญของข้อคำถามดังกล่าว และการชี้แจงถึงการรักษาความลับของข้อมูลแก่อาสาสมัคร โดยแบบสอบถามจะระบุ โดยรหัสเป็นตัวเลข ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของอาสาสมัคร ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวตนของอาสาสมัคร และผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถ สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1.1 ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.2 พยาธิสภาพและการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.3 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.4 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.6 อุบัติการณ์และการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยและแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560

2. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น

2.1 ความหมายของความยืดหยุ่น

2.2 คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่น

2.3 การฟื้นฟูความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต

2.4 หลักคิดที่สำคัญของความยืดหยุ่น

2.5 ลักษณะคุณสมบัติของบุคคลที่มีความหยุ่นตัวในภาวะวิกฤต

2.6 องค์ประกอบของความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต

2.7 ความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.8 การประเมินความยืดหยุ่น

3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

3.3 หน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

3.4 สมมุติฐานของการสนับสนุนทางสังคม

3.5 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1.1 ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึงการที่ได้รับเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) เข้าสู่ร่างกาย ด้วยสาเหตุซึ่งเป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดชนิดฉีด หรือการรับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง ที่มีเชื้อเอชไอวี เป็นต้น เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีจะทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)

Human immunodeficiency virus (HIV) หรือเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นไวรัสก่อโรคเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome; AIDS) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อเอชไอวีแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือเชื้อเอชไอวี HIV-1 และ เชื้อเอชไอวี HIV-2 โดยที่เชื้อเอชไอวี HIV-1 พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแถบแอฟริกากลาง สหรัฐ ยุโรป แปซิฟิกตะวันตก และเอเชีย ส่วน เชื้อเอชไอวี HIV-2 มักพบชุกชุมแถบแอฟริกาตะวันตก[12] รูปร่างของไวรัสเอชไอวี เป็นรูปร่างกลม แกนกลางเป็นรูปกรวยล้อมรอบด้วยชั้นไขมันบางๆ ภายในแกนกลางของเชื้อมีโปรตีนชื่อ p24 ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดที่กระตุ้น ให้ระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์สร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน หรือ แอนติบอดี (Antibody) ต่อไวรัสนี้ ซึ่งแอนติบอดีตัวนี้ แพทย์ใช้ในการตรวจวินิจฉัย ผู้ป่วยว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ นอกจากนั้น ยังประกอบด้วยเอ็นไซม์อีก 3 ชนิดที่ใช้ในการเจริญเติบโตของไวรัสนี้ คือ โปรตีเอส (Protease) รีเวิสทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) และอินตีเกรส (Integrase) เปลือกนอกสุดของไวรัสเป็นโมเลกุล ของโปรตีนกับคาร์โบไฮเดรตรวมกัน (Glycoprotein) ชื่อ gp120 และ gp41 ซึ่งใช้ในการเข้าไปในเซลล์ที่เป็นเป้าหมายของไวรัส

เซลล์ที่เป็นเป้าหมายหลักของไวรัสเอชไอวี คือ เม็ดเลือดขาวลิมโฟซัยท์ (Lymphocyte) ชนิด ทีเซลล์ (T-cell) ที่มีซีดี 4 เป็นบวกที่บริเวณผิวนอกของเซลล์ (CD 4 positive T-cell, สารเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต้านทานโรค) ซึ่งเซลล์นี้มีบทบาท สำคัญมากในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ต้านทานโรค เชื้อเอชไอวี อาศัยสัตว์มีกระดูกสันหลังเป็นแหล่งเพาะเชื้อและเพิ่มจำนวน เป็นส่วนใหญ่แต่ก็พบการติดเชื้อในหอย และแมลงด้วยเช่นกัน retroviruses ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงได้ หลายโรค อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคระบบประสาท และภูมิคุ้มกันเสื่อม ในขณะเดียวกันก็อาจติดเชื้อโดยไม่ก่อให้เกิดโรคใด ๆ เลย การศึกษาโดยแยก retroviruses จากแหล่งเพาะเชื้อและเพิ่มจำนวนชนิดต่างๆ พบว่ามีโครงสร้างของอนุภาค และวิธีการเพิ่มจำนวนคล้ายกัน[13]

ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. ทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Intercourse) การติดต่อโดยการสัมผัส สารคัดหลั่ง สารหล่อลื่นที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยขาดการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศต่างเพศ (Heterosexual) หรือเพศเดียวกัน (ในกรณี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือ Homosexual) ก็ตาม

2. ทางเลือด (Blood donor) หรือ ส่วนประกอบของเลือด (Blood component)

2.1 ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้นโดยการใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อ ส่วนใหญ่พบได้ในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

2.2 การรับเลือด องค์ประกอบของเลือด และปัจจัยช่วยในการแข็งตัวของเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ ปลูกถ่ายไขกระดูก

3. ติดเชื้อแต่กำเนิดจากมารดาสู่ทารก ตั้งแต่แรกคลอด กล่าวคือทารกมีการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จากมารดาขณะคลอดเป็นการ ติดเชื้อระหว่างคลอด หรือติดหลังคลอด ในกรณีที่มารดาให้นมบุตรได้ ส่วนใหญ่จะติดระหว่างอยู่ในครรภ์และระหว่างคลอด

1.2 พยาธิสภาพและการดำเนินโรค ของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV disease/AIDS) ก่อให้เกิดพยาธิสภาพสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันด้วยการ แตกทำลาย CD4 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีปริมาน CD4 ต่ำลงจนกระทั่ง ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อ และทำให้เกิดการติดเชื้อโรค จากเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection, OI) กล่าวคือเมื่อจำนวน CD4 และ T lymphocytes ลดลงมาก ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มากขึ้น เพราะ CD4 เป็นด่านที่ทำหน้าที่ ป้องกันและทำลายเชื้อโรค รวมถึงโรคมะเร็งบางชนิด ที่จำเพาะต่อโรคเอดส์ เช่น โรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับภาวะเอดส์ (AIDS-related malignancies) ซึ่งได้แก่ Kaposi's sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin’s (Non-Hodgkin's lymphoma; NHL) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ที่ระบบประสาทส่วนกลางชนิดปฐมภูมิ (Primary central nervous system lymphoma) และมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้นเชื้อเอชไอวี ยังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลืองประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร และผิวหนังโดยตรง และทำให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆ จากการติดเชื้อเอชไอวี[14]

1.3 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ลักษณะทางคลินิกและระยะต่างๆ โรคเอดส์ลักษณะทางคลินิกภายหลังร่างกายได้รับเชื้อ เอช ไอ วี เข้าสู่ร่างกาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ[12] ได้แก่

ระยะที่ 1 Acute HIV Infection หรือ Primary HIV Infection

อาการเฉียบพลันของการติดเชื้อ(Acute clinical illness) ที่พบบ่อย คือประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ แต่สามารถเกิดได้ ตั้งแต่ 6 วัน ถึง 6 สัปดาห์ อาการ คล้ายไข้หวัดอย่างรุนแรง อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ไข้ต่ำๆ น้ำหนักลดลงเล็กน้อย ถ่ายอุจจาระเหลว ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) ปวดศีรษะ บางรายอาจมีผื่น คออักเสบ (Pharyngitis) อ่อนเพลีย (Fatigue) ต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy) อาการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่ อาการไข้จากคออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Epstein-Barr virus mononucleosis โดยมีข้อสังเกตที่เกี่ยวกับ Primary HIV Infection มีดังนี้

- อาการทางทางคลินิกเกือบทั้งหมดหายเองได้ แต่อาการบางอย่าง เช่น อ่อนเพลีย (Fatigue) อาจยังคงเป็นอยู่ได้นานหลายเดือน

- ต่อมน้ำเหลืองโต มักตรวจพบประมาณสัปดาห์ที่ 2 ตำแหน่งที่สามารถพบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ รักแร้ ท้ายทอย และที่คอ เคยมีรายงานว่า อาจพบอาการม้ามโตร่วมด้วย

- ลักษณะของผื่น เป็นผื่นแดง ไม่คัน แต่อาจเป็นทั้งตัวได้ ขนาดของผื่น มีขนาด 5 ถึง 10 มิลลิเมตร (เส้นผ่านศูนย์กลาง) ผื่นจะขึ้นบริเวณใบหน้าหรือลำตัว แต่อาจเป็นทั้งตัว

ได้ อาการทางผิวหนังอื่นๆได้แก่ reseola-like rash, diffuse urticaria, avesicular, pustular exanthem, desquamation of the palms and soles, alopecia และบางรายอาจรุนแรงถึง erythema multiforme ได้ ผมร่วงและผิวลอก มักเกิดขึ้นในเดือนที่ 2

- แผลในปากพบได้ค่อนข้างบ่อยที่พบน้อยลงไป คือ แผลที่หลอดอาหาร (Esophagus) และ anus หรือ penis

- ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่มีอาการแพ้แสง (Photophobia) อาจเกี่ยวข้องกับ aseptic meningitis หรือ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากไวรัส (Viral meningitis)ได้

- เชื้อราในช่องปาก หรือ ในหลอดอาหาร (Oral or esophageal candidiasis) หากเกิดขึ้น แสดงว่าผู้ป่วย มีการถูกทำลายของเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4+T cell) จำนวนมาก ซึ่งบ่งชี้ถึง การที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จำเพาะกับการติดเชื้อ HIV เป็นอย่างมาก ทั้งนี้อาการของการติดเชื้อรา นี้ส่วนใหญ่จะสามารถหายเองได้

- อาการของระบบทางเดินหายใจ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ คือ Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) ในกรณีที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4+ T cell) ถูกทำลายและมีจำนวนลดลง อย่างมาก ทำให้ร่างกายติดเชื้อ ที่ทำให้เกิดโรค ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจดังกล่าว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ระยะที่ 2 Asymptomatic HIV infection หรือ Clinical latency

ระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV หรือ clinical latency) เชื้อเอชไอวี ไม่ได้สงบนิ่ง ยังคงมีการแบ่งตัว ในอัตราที่สูงและภูมิคุ้มกันคือ CD4+T cell จะถูกทำลายลงเรื่อยๆ ระยะเวลานับจากเริ่มติดเชื้อเอชไอวี จนเกิดอาการของเอดส์ประมาณ 8-10 ปี แต่ก็พบว่ามีรายงาน ผู้ติดเชื้อไม่เกินร้อยละ 5 ที่มีการดำเนินโรค แบบรวดเร็ว (Rapid progressors) คือ น้อยกว่า 3 ปี และอีกประมาณไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบ long-term non progressors คือ ติดเชื้อมานานเกิน 10 ปี โดยไม่มีอาการและไม่มีการลดลงของ CD4+ lymphocytes ทั้งนี้พบว่า มีปัจจัยหลายอย่าง ที่มีผลต่อการดำเนินโรค ได้แก่ ปัจจัยทางเชื้อไวรัส, ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน และอื่นๆ

ระยะที่ 3 Early symptomatic disease / AIDS-related complex (ARC)

ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ เป็นระยะที่อาการแสดง จะมีความสัมพันธ์กับระดับภูมิต้านทาน ในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะมีอาการมากน้อยขึ้นกับจำนวน CD4 ที่ถูกทำลายลงเรื่อยๆ ดังนี้

โดยทั่วไปถ้า CD4+ T cell เริ่มลดลงจนต่ำกว่า 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น คือ Reactivation Herpes Zoster (Shigles) การเกิดงูสวัด พบได้ร้อยละ 10 - 20 ซึ่งเกิดจาก reactivation ของ varicella-zoster หรือเชื้ออีสุกอีใส โรคเชื้อราที่เล็บ แผลแอฟทัส (Apthous ulcers) ผิวหนังอักเสบชนิดเกล็ดรังแคที่ไรผม ข้างจมูก ริมฝีปาก ฝ้าขาวข้างลิ้น (Hairy leukoplakia) ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส (Epstein-Barr virus/EBV) มีลักษณะเป็นฝ้าขาวที่ด้านข้างของลิ้น ซึ่งขูดไม่ออก หรืออาการโรคโซริอาซิส (สะเก็ดเงิน) ที่เคยเป็นอยู่เดิมกำเริบ เป็นอาการทางคลินิกอาการแรก ที่บ่งถึง ภาวะภูมิคุ้มกันเริ่มบกพร่อง (Immunodeficiency) อุบัติการณ์จะพบประมาณร้อยละ 5 – 10

ระยะนี้ถ้าตรวจพบว่า CD4 มีจำนวนระหว่าง 200-500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการ ทางผิวหนังและเยื่อบุช่องปาก หรือไม่ก็ได้ อาการที่อาจพบได้มีดังนี้ เริมที่ริมฝีปาก หรืออวัยวะเพศ ซึ่งกำเริบบ่อย และเป็นแผลเรื้อรังงูสวัด ที่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า 2 แห่ง โรคเชื้อราในช่องปาก หรือช่องคลอด ท้องเสียบ่อย หรือเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน มีไข้ อุณหภูมิสูงเกิน 37.8 องศาเซลเซียส แบบเป็นๆ หายๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือน ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่ง ในบริเวณไม่ติดต่อกัน (เช่น คอ รักแร้ ขาหนีบ) นานเกิน 3 เดือน น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบจากแบคทีเรีย ซึ่งเป็นซ้ำบ่อย

เชื้อราในช่องปาก Oral canididiasis (Oral thrush) มีลักษณะทางคลินิก 4 แบบ ได้แก่

- Pseudomembranous Candidiasis หรือ thrush ลักษณะเป็นแบบฝ้าขาว คล้ายคราบน้ำหรือเนยขาว (Cottage cheese) เป็นแผ่นๆ หลุดลอกได้ง่าย ตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือ soft palate tonsils และ buccal mucosa ที่พบน้อยลงไป ได้แก่ บริเวณบนและขอบลิ้น hard palate และ hypopharynx โดยทั่วไป mucosa จะมีการอักเสบและแดงร่วมด้วย

- Atrophic candidiasis มีลักษณะเป็นแบบ flat erythematous เป็นรอยแดงๆ เป็นแผลตื้นๆ ผิวเลี่ยน มักมีอาการเจ็บ พบบ่อยบริเวณลิ้น เพดานเจ็บ แสบเวลากินอาหาร

- Plugaes คือ เป็นปื้นอักเสบแดงโดยไม่มี ฝ้าขาวให้เห็น Hypertrophic candidiasis มีลักษณะคล้ายคลึงกับ OHL เป็นฝ้าขาวที่ขูดไม่ออก มักพบบริเวณขอบลิ้น palate และbuccal mucosa

- Angular cheilitis มีอาการอักเสบที่มุมปาก มีรอยแตก Constitutional Symptoms การที่ผู้ติดเชื้อ HIV มีไข้ (องศาเซลเซียส มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน และ/หรือน้ำหนักลดลงไปมากกว่าร้อยละ 10 และ/หรือท้องเดินเรื้อรังโดยไม่พบสาเหตุ ถือเป็นอาการใกล้เอดส์ หรือ AIDS-related complex และการที่มีทั้งสามอาการร่วมกันและมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก เรียกภาวะนี้ว่า Wasting Syndrome

อาการแสดงทางคลินิกอื่นๆ ที่อาจพบได้ ในระยะนี้ได้แก่

- Thrombocytopenia ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ สามารถพบได้ ร้อยละ 3 ของผู้ติดเชื้อHIV ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการรุนแรงทางคลินิก ผู้ป่วยมักมี platelet count > 50,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดปัญหาเลือดออกแทรกซ้อนต่อเมื่อ platelet count น้อยกว่า 10,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร

- Pruitic papular eruption (PPE) เป็นอาการทางผิวหนังที่พบได้ค่อนข้างบ่อยของผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศเขตร้อน เช่น อัฟริกา และไทย พบประมาณร้อยละ 18 - 46 ในแอฟริกาและร้อยละ 27 ในไทย ลักษณะทางคลินิกคือ เริ่มด้วยอาการคันมากตามผิวหนัง มีการเกาบ่อยๆและตามด้วยตุ่มแดง (Papules) คล้ายยุงหรือแมลงกัด เมื่อตุ่ม

เรื้อรังมากขึ้นจะเห็นเป็นรอยดำหรือแผลเป็น ตำแหน่งที่พบบ่อย คือบริเวณแขนขา ในรายที่เป็นรุนแรงขึ้นจะกระจายไปยังลำตัวส่วนน้อยที่เกิดขึ้นบริเวณใบหน้า

ระยะที่ 4 Advanced HIV diseases หรือ AIDS

ระยะที่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือโรคเอดส์เต็มขั้น (Advanced HIV diseases หรือ AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง อย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) ในอัตราที่สูงขึ้น ทุกระบบของร่างกาย เมื่อภูมิต้านทานร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD4+ T cell ถูกทำลาย จนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร จัดว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในอัตราที่สูงขึ้น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อาการไข้ อาการต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว อาการติดเชื้อทั้งระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยังพบอาการของโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย คือ มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มีอาการเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) จะมีก้อนโตตามส่วนต่างๆของร่างกาย เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส คือเชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว วัณโรค เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำ อย่างเดียว หรือ ติดเชื้อ ชนิดใหม่ หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการดังนี้ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ไข้ หนาวสั่น หรือไข้สูงเรื้อรัง ติดต่อกันหลายสัปดาห์ หรืออาจนานเป็นเดือน อาการไอเรื้อรัง หรือหายใจหอบเหนื่อย อาจเกิดจากจากวัณโรคปอด หรือปอดอักเสบ ท้องเดินเรื้อรัง จากเชื้อราหรือ โปรตัวซัว น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้ง และอ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติ จากการติดเชื้อ ในสมอง ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน กลืนลำบาก หรือเจ็บเวลากลืน เนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา สายตาพร่า มัวมองไม่ชัด หรือเห็นเงาหยากไย่ ลอยไปมา จากจอตาอักเสบ ตกขาวบ่อย มีผื่นคันตามผิวหนัง มีจุดแดงจ้ำเขียว หรือเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ สับสน ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมผิดแปลกไปจากเดิม เนื่องจากความผิดปกติของสมอง

1.4 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายและมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่ายกาย และจิตสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย[12]

การติดเชื้อเอชไอวี มีการแบ่งออกเป็นหลายระยะ โดยระยะที่มีผลกระทบทางด้านร่างกาย อย่างชัดเจนและรุนแรงมากที่สุด คือ การติดเชื้อระยะสุดท้ายที่เรียกว่า Advanced HIV disease เป็นระยะที่ มีกลุ่มอาการภูมิคุ้มกัน บกพร่องอย่างรุนแรง เกิดโรคฉวยโอกาส ในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่

1.1 การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบบ่อยคือ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่นๆ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดบวม หรือการติดเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบ การติดเชื้อราหรือโปรโตซัว ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการไข้เรื้อรัง, หอบเหนื่อย, หายใจเร็ว, ไอ ,เจ็บหน้าอก, หายใจลำบาก ซูบผอมน้ำหนักลด

1.2 การติดเชื้อ ในระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการที่พบบ่อยในโรคเอดส์ ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง กลืนอาการลำบาก การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร หรือมีแผลในหลอดอาหาร จากการติดเชื้อ Cytomegalovirus นอกจากนี้มีอาการกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ เช่น อาการปวดท้อง ตัวเหลือง มีภาวะทุพโภชนาการ

1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การติดเชื้อ Cryptococus ในสมอง ทำให้เกิดสมองอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก บางรายเชื้อจะลุกลาม เข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex) จะมีอาการความจำเสื่อม ความคิดอ่านเชื่องช้า หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ สมองเสื่อม แขนขาชาหรืออ่อนแรง ชักกระตุก

1.4 ความผิดปกติ ของผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยเอดส์จะมีร่างกายผอมลง ปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนัง (Kaposi’s sarcoma) มีจ้ำสีม่วงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็ง

ต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ก้อนโตตามร่างกาย อาการติดเชื้อตามผิวหนัง ได้แก่ เริม, งูสวัด, หูดชนิดต่างๆ แบคทีเรียชนิดต่างๆ ที่ทำให้เกิดมีการอักเสบหรือตุ่มหนอง การติดเชื้อราหรือปาราสิตต่างๆการเกิดผื่นตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่างๆ

1.5 ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อ Candida ในปาก ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อยอีกอย่างหนึ่งในระบบนี้ ได้แก่ อาการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่างๆ ได้เช่นเดียวกับระบบอื่นๆ

1.6 ความผิดปกติในระบบหัวใจ ได้แก่ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาการหัวใจโต อาการทางหัวใจมักเกิดร่วมกับความผิดปกติในระบบอื่นๆด้วย

1.7 ความผิดปกติของไต เช่น มีความไม่สมดุล ของสารอิเล็คโตรไลท์ และความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ความผิดปกติในการดูดซึมของทางเดินอาหาร ความผิดปกติของต่อมหมวกไต อาจมีภาวะไตวาย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการได้รับยารักษาโรคเอดส์ ที่มีพิษต่อไต การขาดเลือดหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บ บริเวณเอวหรือมีอาการปัสสาวะผิดปกติ

1.8 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากการติดเชื้อชนิดต่างๆ ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิต่างๆหรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.9 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการอักเสบและปวดข้อพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ก็อาจพบอาการบวม ข้อติดแข็ง ซึ่งอาจมีสาเหตุสำคัญมาจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเข้าสู่บริเวณข้อ

1.10 ความผิดปกติในระบบเลือด มักมีอาการซีด และอ่อนเพลีย เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบร่วมกับเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำด้วยและยังพบว่ามีความผิดปกติในรูปร่างและหน้าที่ จึงอาจพบอาการเลือดออกง่าย หรือจ้ำเลือดตามตัว

1.11 ความผิดปกติทางโภชนาการ เป็นปัญหาที่พบเสมอและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นๆ ตามมาในผู้ป่วยเอดส์ และเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินโรคผู้ติดเชื้อจะมีอาการผอมซีด ไม่มีแรง อ่อนเพลีย และง่ายต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย สาเหตุสำคัญของการขาดสารอาหาร คือ

- รับประทานอาหารได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ จากสาเหตุต่างๆ เช่น มีความเจ็บปวดในช่องปากและกลืนลำบากจากการติดเชื้อรา และสาเหตุด้านจิตใจ เช่น รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย การมีภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีอาการอ่อนเพลีย มีรูปร่างที่ผอมแห้ง จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่าดัชนีมวลกายต่ำ และพบว่าพลังงานที่ได้รับจากอาหารสัมพันธ์กับ ปริมาณCD4และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด[15]

1.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ง่าย อาจเป็นผื่นลมพิษ หอบหืด หรืออาการอักเสบผิวหนังอย่างรุนแรง

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม

ด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่นๆ[16] โดยผู้ป่วยเอดส์จะมีความเครียด ตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวี ไปจนตลอดชีวิต มีความวิตกกังวล ในรายที่วิตกกังวลมาก มักกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวการถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต ย้ำคิดย้ำทำ และอาจมีอาการป่วย ของโรคกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic disease) ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวล จะเปลี่ยนแปลงไป ตามความรุนแรงของอาการ

ผลการวินิจฉัยโรค การรักษา นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์ยังมีความเครียด อันเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การถูกแสดงความรังเกียจ ทั้งทางสีหน้าและท่าทาง การถูกเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวี ของตนเอง รวมทั้งการไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจ แผนการ

รักษาพยาบาล ทำให้ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีประโยชน์เป็นภาระ หมดกำลังใจ ในการต่อสู้กับสิ่งที่ต้องเผชิญและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ในรายที่มีอาการของโรค มีความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์นั้น ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึก สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีรูปร่างที่ผอมแห้ง มีตุ่มพุพองตามผิวหนัง ผู้ป่วยหลายรายมีทัศนคติต่อตนเองในทางลบคือ รู้สึกว่าตนเองผิด อับอาย และมีตราบาป เนื่องจากรับรู้ว่าสังคมประณามตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมสำส่อน ผิดจริยธรรมรวมถึง รักร่วมเพศหรือติดสารเสพติด ทำให้แยกตัวจากสังคม โดยการรับรู้ตราบาป จากการเป็นโรคเอดส์ เป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า[17] จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ตราบาป ด้านความกังวลที่จะเปิดเผย สถานะ การติดเชื้อเอชไอวี ของตนเองสูงกว่าด้านอื่นๆ[18] นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์โดยทั่วไป มักรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและขาดความภาคภูมิใจ เนื่องจากมีความสามารถทางกายลดลง ทำ ให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

ปัญหาทางจิตสังคม ที่สำคัญในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์[19] กลุ่มอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้อง กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาการทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพ ทางสมองหรือทางกาย จากการติดเชื้อ HIV หรือโรคแทรกซ้อน จากการติดเชื้ออาการทางสมองและระบบประสาทส่วนกลาง เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อ HIV แม้แต่กลุ่มที่ยังไม่มีอาการแสดงอื่นๆ ของโรคเอดส์ชัดเจน กลุ่มอาการทางจิตเวชที่พบบ่อย จากการติดเชื้อ HIV ได้แก่ อาการสมองเสื่อมจากโรคเอดส์ (AIDS dementia), organic mood disorder, และ organic personality disorder นอกจากนี้ยังอาจพบ อาการแสดงอื่นๆ เช่น acute delirium, อาการโรคจิต และ mania ได้ด้วยสาเหตุของกลุ่มอาการทางจิตต่างๆ นี้ ยังอาจเกิดจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น toxoplasmosis, cryptococcal meningitis, lymphoma, และวัณโรค อาการสมองเสื่อมจากโรคเอดส์ (AIDS dementia) เป็นอาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญดังนี้อาการที่พบบ่อย ความจำเสื่อม สมาธิลดลง apathy แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม psychomotor retardation, ขาดความกระตือรือร้น ปวดศีรษะ (มักไม่รุนแรง), อาการที่พบได้บ้าง motor deficits, อาการชัก อาการทางจิตเวชต่าง ๆ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน, อาการที่พบได้น้อยได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับความ

รู้สึกตัว decreased level of consciousness, aphasia, apraxia อาการทางจิตเวช ที่เป็นผลจากการปรับตัวกับปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อ อาการทางจิตเวช ที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ adjustment disorder ภาวะการเกิดอาการทางจิตที่มีสาเหตุ เกิดจากการไม่สามารถ ปรับตัวกับปัญหาหรือสิ่งที่มากระทบได้, โรคอารมณ์เศร้า และโรควิตกกังวล นอกจากนี้ อาจพบปัญหาการใช้สารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งอาจพบในกลุ่มผู้ติดเชื้อ บางกลุ่มได้ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีอาการถึงขั้นโรคจิต (Brief psychosis) ได้ แต่พบได้น้อย

ในระยะแรกของการระบาดของโรคเอดส์ ปฏิกิริยาของครอบครัวและสังคมต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ สมาชิกในชุมชน รวมถึงสมาชิกในครอบครัว มีความเกลียดกลัว มองว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง น่าเกลียด เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาเสพติด บางครั้งโกรธแค้นผู้ป่วย ที่เป็นสาเหตุให้ตนเองถูกสังคม รังเกียจ บางสังคมเชื่อว่าเกิดจากการลงโทษ ทางศีลธรรม ส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งในด้านสังคม การทำงาน และการให้บริการรักษา เกิดการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่ง ไม่เปิดเผยตนเอง ถึงแม้จะมีอาการของโรค ระยะต่อมา ผู้ป่วยเอดส์มีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อช่วยเหลือตนเองและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เผชิญหน้ากับปัญหา ที่ไม่ได้รับการยอมรับ จากสังคมและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ประกอบกับประชาชนและสื่อต่างๆ เริ่มเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นครอบครัว และชุมชน เริ่มยอมรับสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว หรือ ครอบครัว สังคมยังไม่ยอมรับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสาะแสวงหา ที่พึ่งพักพิงในวาระสุดท้าย เช่น ศูนย์สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรเอกชนต่างๆรวมถึงวัด ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์[20]

ผลกระทบต่อชุมชน พบว่าในบางชุมชน ที่ไม่เข้าใจและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพียงพอ ทำให้เกิดความตื่นตระหนก คนในชุมชน มีความรู้สึกกลัวและรังเกียจ ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ยอมรับ และต่อต้าน เกิดการแบ่งแยก ทั้งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชน การอาศัยในชุมชน ทำให้บางครอบครัวต้องย้ายถิ่นที่อยู่ เพื่อหลีกเลี่ยง การถูกรังเกียจ เลือกปฏิบัติ และการครหา ต่างๆ ดังนั้น ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ[21]

1. ชุมชนเกิดความตระหนก จากการรับรู้ว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ หากคนในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ เข้าใจสถานการณ์การติดต่อการแพร่กระจาย ยอมรับและให้ความร่วมมือ ความตื่นตระหนกก็จะลดน้อยลง แต่โดยทั่วไปประชาชนในชุมชน ยังไม่เข้าใจ และรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เพราะกลัวเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้าน เลือกปฏิบัติ ตีตรา รังเกียจ

2. พฤติกรรมของสมาชิกในชุมชน ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เปลี่ยนไปเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เพื่อนบ้านที่เคยช่วยเหลือเกื้อกูล ก็เลิกสมาคมด้วย ไม่ไปมาหาสู่ เหมือนเดิม มีพฤติกรรม แบ่งแยกเลือกปฏิบัติ แบ่งกลุ่มระหว่างสังคมคนปกติ และสังคมที่มีผู้ติดเชื้ออยู่

3. วิถีชีวิตในชุมชนเปลี่ยนไป จากที่เคยอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข สามัคคีปรองดอง ก็เกิดความระแวง ระวัง เก็บตัวบางชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต เกิดความกลัว หันเข้าพึ่งพาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเช่น วัด มากขึ้น

4. พฤติกรรมทางเพศ คนในชุมชนอาจเกิดความกลัว ลดพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เปลี่ยนค่านิยม อาจมีการพฤติกรรมมีคู่ประจำ นอกเหนือจากคู่สมรส แทนการซื้อบริการทางเพศและการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ บางรายอาจมีการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเอดส์ มักมีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำ ให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งที่คิดว่ามีคุณค่าต่อตนเอง ดังการศึกษาของ Kremer and Ironson[22] ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ มีสาเหตุมาจากความทนทานในการรักษา โดยการใช้ยา เพื่อการฟื้นสภาพ ผู้ป่วยเอดส์บางรายคิดว่า การป่วยเป็นโรคเอดส์เกิดจากเพราะเวรกรรม หรือการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อาจเปลี่ยนมานับถือ เพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ บางรายเสื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากคิดว่าสิ่งที่ตนนับถือไม่ได้ช่วยเหลือตน ให้หายจากอาการเจ็บป่วย ออกจากโรงพยาบาล บรรเทาความทุกข์กายใจ[23-25]

ผู้ป่วยโรคเอดส์ ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อจิตใจและอารมณ์อย่างมาก อันเป็นผลจากการสูญเสีย ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ การควบคุมตนเอง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการถูกสังคมรังเกียจ สูญเสียอนาคต วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสิ่งที่ยังเป็นห่วง ทำให้เกิดภาวะความเครียดและวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ และสิ้นหวังกังวลต่อความตาย อาจรู้สึกกลัว ความกลัวที่พบมากในผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่ ความเจ็บปวดที่ไม่ทุเลาลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ ความเป็นส่วนตัวไม่สามารถ กลับไปทำงานหรือภารกิจของตนให้สำเร็จ ถูกละทิ้งจากครอบครัว และเสียชีวิตตามลำพังอย่างโดดเดี่ยว

การคุกคามทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์[26, 27] คือ ความเครียด อันมีสาเหตุมาจากความหมดหวังที่จะหายจากโรค การรับรู้ว่าตนเองจะต้องตายเพราะโรคนี้ ความรู้สึกกลัวตายจะมีมาก ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนกลัว เมื่อรู้ว่าความตายใกล้จะมาถึง บุคคลจะกลัวต่อความตาย ความกลัวที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ได้แก่

- ความเจ็บปวดที่ไม่ทุเลาลง

- การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

- การสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย

- การไม่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับสภาพของร่างกาย

- การสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจการ การควบคุมต่อแผนการดูแลและคุณภาพชีวิต

- การสูญเสียความเป็นส่วนตัว

- การที่ไม่สามารถกลับไปทำทำงานหรือภารกิจของตนให้สำเร็จ

- การถูกละทิ้งจากครอบครัวหรือสิ่งสำคัญอื่นๆ

- การเสียชีวิตโดยลำพัง

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์[28] พบว่าการตีตรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยเอดส์ โดยมีอัตราสูงถึงร้อยละ 38.60 และมีการเจ็บป่วยทางจิต ภายหลังได้รับวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 29 มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีการปกปิดผลเลือด ไม่กล้า เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวถูกตีตรา รังเกียจและเลือกปฏิบัติ

ณภัควรรต บัวทอง[29] พบว่าปัจจัยด้านการรักษา คือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษา ถึงปัจจุบัน, CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจุบัน, VL ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจุบัน, สูตรยาต้านไวรัส, วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส, โรคแทรกซ้อนจากเอชไอวี, ภาวะซึมเศร้า, แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เปรมจิตร์ ตันบุญยืน[30] พบว่าปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤.01

1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายขาดในขณะนี้ การป้องกันการติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ วิธีที่ยังมีประสิทธิภาพสูงที่สุด ในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์คือ การใช้ถุงยางอนามัย ทั้งถุงยางอนามัย สำหรับเพศชาย และถุงยางอนามัยสำหรับเพศหญิง แต่ถุงยางอนามัยสำหรับเพศหญิง ยังไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากมีราคาแพงและใช้ไม่สะดวก ส่วนการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก คือ การให้ยาต้านเอชไอวีแก่มารดา ที่ติดเชื้อและการให้ยา ในเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งมีประสิทธิภาพ ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ได้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 แต่ปัญหาที่พบคือ มารดามาฝากครรภ์ช้า หรือไม่ได้ฝากครรภ์ จึงไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการป้องกัน จึงยังพบเด็กทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก รายใหม่อยู่เรื่อยๆ

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดคือ การใช้เข็มฉีดยาที่สะอาดและไม่ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น แต่การที่ยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะที่เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงเป็นข้อมูลที่แสดงว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง ผู้วิจัยหลายกลุ่ม จึงได้มีการพัฒนาและวิจัย วิธีการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีใหม่ๆ เพื่อเสริมกับประสิทธิภาพของการใช้ถุงยางอนามัย โดยในช่วง 2-3 ปีนี้ มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ หลายการศึกษาโดยเฉพาะการใช้ต้านเอชไอวีที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเครื่องมือในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ก่อนที่จะได้รับเชื้อในผู้ที่มีความเสี่ยง

มีหลายการศึกษาที่แสดงว่า เมื่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่น กลุ่มชายรักชาย ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด หรือผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี แต่มีคู่ที่ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านเอชไอวีชนิดเดียว กับที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการติดเชื้อเอชไอวีลดลงโดยยาต้านเอชไอวี มีประสิทธิภาพ ประมาณร้อยละ 40-50 แต่การกินยาต้านเอชไอวีนี้เป็นการป้องกันเสริมหรือร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังมีการพัฒนายาต้านเอชไอวี เป็นรูปแบบเจล เพื่อให้ผู้หญิงที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้ใส่เข้าไปในช่องคลอดทั้งก่อน และหลังการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างแรกที่ผู้หญิงสามารถเลือกใช้ได้ ในกรณีที่ผู้ชายไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย แม้ว่าประสิทธิภาพของเจลชนิดนี้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่สูงมาก คือประมาณร้อยละ 40 และยังขึ้นกับความสม่ำเสมอในการใช้เจล

นอกจากนี้ยังมีหลักการที่ใช้ยาต้านไวรัส เอชไอวีรักษา ผู้ติดเชื้อ และในขณะเดียวกัน ยังเป็นเครื่องมือในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ไปสู่คู่ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อ หมายถึงเมื่อให้การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีคนนั้นๆ แล้ว จะทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลง ส่งผลให้ปริมาณเชื้อเอชไอวี ในสิ่งคัดหลั่งที่อวัยวะเพศลดลง และลดการติดต่อของเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งหลักการนี้สามารถลดการติดเชื้อ ไปสู่คู่ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีได้สูงถึงร้อยละ 96 ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด

ทั้งนี้ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ สามารถป้องกันได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการป้องกันโดยวิธีต่างๆ ที่ขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ในปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยและพัฒนายาใหม่ๆ รวมไปถึงการวิจัยที่จะทำให้การรักษาเป็นแบบหายขาด

อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ มักได้รับการวินิจฉัยช้า ไม่ได้มีการตรวจเลือด คัดกรอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยง รวมไปถึงหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้ได้รับการรักษาช้า ซึ่งอาจจะทำให้มีผลการรักษาที่ไม่ได้หรือเกิดผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนตามมา[31]

1.6 อุบัติการณ์และการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยและแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560[32]

ประเทศไทยคาดการณ์ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิต ด้วยแบบจำลองการระบาด (AIDS epidemic model และ Spectrum) ณ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 423,778 คน หรือคิดเป็นความชุกประมาณร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย อายุระหว่าง 15-49 ปี จากจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 179,590 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 6,304 คน จากจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 1,821 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 78 คน จากจำนวนทั้งหมดข้างต้น 3,180 คนติดเชื้อในกลุ่มประชากรชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังมีชีวิตและอยู่ร่วมกับเชื้อประมาณ 3,221 คน ณ สิ้นปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่กำลังกินยาต้านเอชไอวีทั้งหมด 284,434 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ของผู้ติดเชื้อและยังมีชีวิตทั้งหมด

ผลจากการเข้าถึงและรับยาต้านเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมทั้งมาตรการรณรงค์ส่งเสริม การตรวจหาการติดเชื้อและมาตรการป้องกันโรคด้วยการใช้ถุงยางอนามัย สามารถลดจำนวน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 ได้ร้อยละ 65 กระนั้นก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 จนถึงขณะนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดเพียงร้อยละ 30 หากยังไม่มีนวัตกรรมมาเพิ่มเติม โอกาสในการยุติการแพร่ระบาด อาจยิ่งห่างไกลออกไปตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ประเทศไทยได้ประกาศใช้เกณฑ์ เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี แก่ผู้ตรวจพบการติดเชื้อทุกคน ทันทีที่ตรวจพบเชื้อ และเมื่อผู้ติดเชื้อพร้อม ที่จะเริ่มกินยาต้านเอชไอวี ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิด การรักษาเป็นการป้องกัน (Treatment as prevention) ที่เป็นข้อค้นพบทางการแพทย์ที่สำคัญ ทั้งนี้จะควบคู่กับการส่งเสริม ให้สถานพยาบาลทุกแห่ง ใช้วิธีการตรวจหาการติดเชื้อแบบรู้ผลภายในวันเดียวกัน (Same Day Result HIV Testing) และการให้บริการปรึกษาเพื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ในทุกระดับ CD4 ซึ่งผลจากการใช้เกณฑ์ใหม่นี้ ในปีงบประมาณ

2558 มีผู้เริ่มรับยารายใหม่ 32,926 คน เทียบกับ ปีงบประมาณ 2557 ที่มีเพียง 27,884 คน และค่าเฉลี่ยมัธยฐาน CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านเอชไอวี เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 เท่ากับ 125,129 และ 196 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตามลำดับ

นอกจากนี้การป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก พบอัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด เมื่อ พ.ศ. 2556 ร้อยละ 2.3 เหลือเพียงร้อยละ 2.1 ใน พ.ศ. 2557 และร้อยละ 1.9 ใน พ.ศ. 2558 ซึ่งไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก เมื่อมิถุนายน พ.ศ. 2559 ว่าสามารถขจัด การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก (Elimination of Mother to Child Transmission on HIV and Syphilis) ได้สำเร็จ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย จะต้องรักษาระดับความสำเร็จนี้ รวมถึงลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อลงให้ได้ จนไม่มีเด็กเกิดใหม่ที่ติดเชื้อจากแม่อีกต่อไป

มาตรการด้านการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ที่นอกเหนือจากการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ หรือการใช้เข็มฉีดยา พร้อมอุปกรณ์ที่สะอาดแล้ว การแนะนำการให้ยาต้านเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis) โดยใช้ยาต้านเอชไอวีสองชนิด ได้แก่ Tenofovir และ Emtricitabine คู่กัน เพื่อเป็นทางเลือกเสริม ให้แก่ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง ในการรับเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้

การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 เห็นชอบเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ในพ.ศ. 2573 คือไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคน เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี และไม่มีการตีตรารังเกียจและเลือกปฏิบัติ ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลัก ที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เป้าหมายดังกล่าวจะเป็นจริงได้นั้น ต้องมีการทำงานที่บูรณาการด้านป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การป้องกัน การติดเชื้อ การออกเชิงรุกเข้าหาประชากรเป้าหมาย การให้คำปรึกษาและตรวจหา การติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี การติดตามการรักษาและกินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ในรูปแบบการมีส่วนร่วม ทั้งจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ที่ประเทศไทยได้ประกาศนั้น ถือเป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลก ได้ขานรับตามปฏิญญาทางการเมือง ฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อมิถุนายน พ.ศ. 2559 ณ การประชุมระดับสูง ว่าด้วยโรคเอดส์ ที่นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกาที่ผ่านมา โดยตั้งเป้ายุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. 2573 โดยภายใน พ.ศ. 2563 จะลดการติดเชื้อรายใหม่ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวเนื่องจากเอดส์ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี และขจัดทุกรูปแบบของการตีตรารังเกียจและกีดกัน และโดยเฉพาะด้านการรักษานั้น จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ ทราบสถานะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และจากจำนวน ผู้ทราบสถานะ การติดเชื้อแล้วทั้งหมด ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ที่สามารถกดปริมานไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/mm3 ได้สำเร็จ หรือโดยย่อคือนโยบาย 90-90-90

ภายใต้เป้าหมาย ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ ได้ระบุว่า ภายใน พ.ศ. 2563 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเข้าถึงการรักษา 30 ล้านคน และการเสียชีวิต เนื่องจากการติดวัณโรคร่วมต้องลดลงร้อยละ 75 เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ใน พ.ศ. 2573 เป็นเป้าหมายที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ และประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายของประเทศด้วย ระยะแรกวางเป้าหมายในปี พ.ศ. 2563 ไว้ 3 เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90 ของประชากร กลุ่มเสี่ยงได้รับทราบสถานะ การติดเชื้อร้อยละ 90 ของผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับการรักษา และร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวีลงได้ โดยใช้กรอบแนวทางในการดำเนินงาน ที่เรียกว่า RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 ได้วาง เป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับรู้สถานะการติดเชื้อ โดยมุ่งเน้นที่ร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มหลักจะเห็นได้ว่า การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติ การมีความสำคัญที่จะสนับสนุน ไปสู่เป้าหมายและกรอบแนวทาง

การดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ ได้ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560

2. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่น

2.1 ความหมายของความยืดหยุ่น

ความยืดหยุ่น : Resilience

Resilience มีรากฐานมาจากภาษาละติน คำว่า Salire หมายถึงการกระโดดขึ้น (To spring up) และคำว่า Resilire หมายถึงการสะท้อนกลับ (To spring back)[33]

กรอทเบอร์ก[34] กล่าวว่า Resilience คือความสามารถในการฟื้นตัวซึ่ง ถือเป็นศักยภาพของบุคคล ทั้งนี้อาจเป็นกลุ่มหรือเป็นชุมชนก็ได้ ความยืดหยุ่นสามารถลดความรุนแรง ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความยากลำบากไปได้ด้วยดี มีการเสริมสร้างการพัฒนาทางความคิด มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอย่างเหมาะสม โดยอาศัยความเชื่อที่ว่าตนเองมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1) เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ เชื่อมั่นในคุณค่าและความสามารถของตนเองในการควบคุมและสามารถจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2) เชื่อว่าตนเองมีความสำคัญ กล่าวคือมีคุณค่าและความหมายเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

3) เชื่อว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ ต่อชีวิตของตนเองได้และความยืดหยุ่นนี้ สามารถพัฒนาได้ ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใดก็ตาม

สมาคมนักจิตวิทยาแห่งอเมริกา (American Psychological Association)[35] มองว่า Resilience คือ กระบวนการของการปรับตัว ในการประสบกับเหตุการณ์ทุกข์ยากลำบาก การบาดเจ็บการสูญเสีย ความเศร้าโศก หรือสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตรุนแรงใน

ชีวิต และฟื้นตัวจากสภาพปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบ มีการพัฒนาทางด้านความคิดและอารมณ์ต่อความกดดัน ความเจ็บปวด มีการปรับพฤติกรรม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาผล ที่ได้จะแสดงออกมาในด้านที่ดี

ปัจจุบัน Resilience กำลังเป็นที่สนใจอย่างแพร่หลาย ในประเทศแถบตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ในการทำความเข้าใจบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก และการคงความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ ในขณะที่บางคนปรับตัวไม่ได้ สูญเสียการทำหน้าที่ และอาจรุนแรงถึงขั้นล้มเหลว แต่คำว่า resilience ยังไม่แพร่หลายในประเทศไทย และขาดการศึกษาในเรื่องนี้ การให้คำนิยามมีการใช้ในความหมายต่างๆ เช่น พลังสุขภาพจิต, ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญภาวะวิกฤติ, ความยืดหยุ่น และทนทานการฟื้นพลัง และการฟื้นสภาพ[36]

พจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคำว่า resilience ว่ามี 2 ความหมาย คือ 1) ความยืดหยุ่น 2) ความหายจากโรคได้[37]

ในการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผู้วิจัย เลือกใช้นิยาม resilience ในความหมายว่า ความยืดหยุ่น

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้มีการนิยามคำซึ่งมีความหมายในทางเดียวกันกับความยืดหยุ่น (Resilience) โดยใช้คำว่า RQ (Resilience Quotient) ให้ความหมายว่าเป็นพลังใจ, พลังสุขภาพจิต เป็นคุณลักษณะของจิตใจ ประเภทหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับปัญหาที่รุนแรง หรือภาวะวิกฤตในชีวิตได้ ทั้งนี้เมื่อกล่าวถึง ภาวะวิกฤตของชีวิตเป็นอย่างไร และระดับความรุนแรง ของภาวะวิกฤตแค่ไหน ที่บุคคลรับได้หรือไม่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของตน

ในมุมมองของกรมสุขภาพจิต ภาวะวิกฤตหมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความว้าวุ่นใจ สับสน และความผิดปกติที่บุคคลไม่สามารถใช้วิธีคิดและการปฏิบัติที่เคยใช้ได้ ในภาวะ

ปกติมาจัดการได้ หากพิจารณาความหมายตามนี้ ภาวะวิกฤตของแต่ละคนอาจมีความรุนแรงหรือผลกระทบที่แตกต่างกัน ขึ้นกับหลายปัจจัย อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าปัญหาภาวะวิกฤตของแต่ละคนจะเป็นอย่างไรแต่เมื่อเกิดกับบุคคลใดแล้ว ย่อมส่งผลกระทบแก่ผู้ที่ประสบกับภาวะวิกฤตินั้นๆ ทำให้ภาวะเกิดความเครียดที่รุนแรง บางรายอาจถึงขั้นคิดทำร้ายตนเอง หรือกลายเป็นปมปัญหาในจิตใจที่เรื้อรัง ทำให้อารมณ์ และบุคลิกภาพผิดปกติจนอาจถึงขั้นป่วยทางจิตเวชได้[38] บุคคลที่เจ็บป่วย หรือมีความบกพร่องด้านต่างๆ ก็สามารถมีความยืดหยุ่นได้ นั่นคือ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย และด้านเชาวน์ปัญญาสามารถที่จะมีความยืดหยุ่นที่มีความเข้มแข็ง มีความหมาย และมีความพึงพอใจกับการสูงอายุได้[39]

Gang Wu และคณะ[40] พบว่าความยืดหยุ่น (Resilience) คือความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดและความทุกข์ยาก ภาวะวิกฤติและความเครียด การบาดเจ็บและความทุกข์ยากเรื้อรัง อาจมีผลกระทบอย่างมาก ต่อการทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเกิดวิกฤต หรือโรคสะเทือนขวัญหลังเหตุการณ์รุนแรง (PTSD), ภาวะซึมเศร้า หรืออาจเกิดอาการผิดปกติทางจิตอื่นๆ ทั้งนี้พบว่าคนบางกลุ่ม มีความสามารถในการผ่านภาวะวิกฤตหรือเผชิญปัญหาได้ โดยไม่เกิดความผิดปกติทางจิต ค้นพบว่าปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดความยืดหยุ่นนั้น ประกอบด้วยหลายปัจจัยทั้งด้านพันธุกรรมและพัฒนาการ ตลอดจนสารเคมีในระบบประสาท ล้วนมีผลต่อการพัฒนาความยืดหยุ่น ดังนั้นการจะพัฒนาความยืดหยุ่น อาจทำได้โดยทำการสร้าง หรือส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคมและสารเคมีในระบบประสาท ที่ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความยืดหยุ่น

Rutten BPF และคณะ[41] ศึกษา Resilience in mental health : linking psychological and neurobiological perspectives พบว่าความยืดหยุ่นนอกจากมีผลต่อการปกป้องสุขภาพจิตแล้ว ยังสามารถช่วยในการปรับตัวและฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังประสบภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเผชิญความเครียด

Rosowsky[42] กล่าวว่าความยืดหยุ่น เป็นความเข้มแข็งพื้นฐานเฉพาะบุคคล ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ ในทุกระยะของชีวิต ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาต่อไปได้

ในขณะเดียวกัน ถ้าบุคคลไม่ได้ใช้ ความเข้มแข็งนี้ก็จะสามารถเสื่อมลงได้ ความยืดหยุ่นเป็นการอธิบายถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีการพัฒนาได้ตลอดเวลา เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ที่ส่งผลให้เกิดความสามารถในการอยู่รอด การเอาชนะ การเรียนรู้ และการฟื้นคืนจากเหตุการณ์ในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเกิดจาก การรวมกันของคุณสมบัติภายในเช่น ความเข้มแข็ง สมรรถภาพส่วนตัว และคุณสมบัติภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม จึงส่งเสริมให้เกิดการเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย และอารมณ์ภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ[43]

2.2 คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่น

Wagnild[44] กล่าวว่า บุคคลที่มีความยืดหยุ่น จะตอบสนองต่อความท้าทายของชีวิต หรือปัญหา อุปสรรคต่างๆ ด้วยความกล้าหาญ และความอดทนทางอารมณ์ แม้ว่าบุคคลจะไม่สามารถควบคุมทุกๆ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่นอุบัติเหตุ ภัยพิบัติ อาชญากรรม ความเจ็บป่วย และเศรษฐกิจได้ แต่บุคคลสามารถเลือกได้ ว่าจะควบคุมหรือตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้น อย่างไร และสามารถเลือกที่จะจัดการกับสิ่งนั้น ได้ด้วยความยืดหยุ่น โดยความยืดหยุ่น เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว และอารมณ์ทางลบอื่นๆ และยังสามารถลดผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้

Wagnild[45] ความยืดหยุ่น ได้รับการประเมินว่าเป็นปัจจัยในการป้องกันส่วนบุคคลสำหรับการมีสุขภาวะทางกาย จากคำนิยามตามทฤษฎีของความยืดหยุ่นที่ประกอบด้วยคุณลักษณะของความสมดุลของใจ ความมั่นใจในตนเอง ชีวิตที่มีความหมายความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ และความอุตสาหะ คาดว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูงจะสามารถจัดการตนเองกับโรคเรื้อรัง ได้ประสบความสำเร็จมากกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ

Rutter and Masten[46] กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่เป็นปัจจัยปกป้องเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ยากลำบากหรือปัญหาที่ยุ่งยาก และทำให้เกิดการปรับพฤติกรรม

ไปในทางบวก คือ ตัวกันชน (buffer) หรือปัจจัยชดเชยที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรง

Earvolino[47] พบว่า ผลลัพธ์ที่สำคัญ หรือสิ่งที่เกิดตามมาจากการมีความยืดหยุ่น คือมีความสามารถเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้จากปัญหา หรือสิ่งที่เผชิญ และการปรับตัวในทางบวก

คุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่น มี 5 ข้อ[44, 45, 48] ประกอบด้วย

1) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful Life) คือการที่บุคคลมีความรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมายและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของคุณลักษณะอื่น การมีเป้าหมายในชีวิตจะก่อให้เกิดแรงขับเคลื่อน เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คุณลักษณะดังกล่าวจะปัจจัยที่ช่วยทำให้สามารถก้าวต่อไปและผ่านพ้นปัญหา อุปสรรคดังกล่าวได้

2) ความอุตสาหะ (Perseverance) คือการที่บุคคลตัดสินใจ มุ่งมั่น อุตสาหะที่จะดำเนินชีวิตต่อไปในขณะที่มีอุปสรรค หรือหมดกำลังใจ มีความผิดหวัง เป็นการกระทำที่ยังคงอยู่ทั้งที่มีความทุกข์หรือไม่ได้รับการสนับสนุน เป็นคุณสมบัติของบุคคล เป็นความเต็มใจที่จะพยายามอย่างต่อเนื่องในการมุ่งมั่นพยายาม ทั้งที่ยังเผชิญปัญหา อุปสรรค หรือแม้กระทั่งมีความทุกข์อยู่ ความยืดหยุ่นเป็นความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและเกิดความอุตสาหะ ทำให้เกิดความมุ่งมั่น กล้าหาญและความอดทนทางอารมณ์ที่จะต่อสู้กับอุปสรรคหรือความทุกข์ สามารถสร้างความอุตสาหะได้จากการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและบรรลุตามเป้าหมายนั้น

3) ความสมดุลของใจ (Equanimity) เป็นคุณลักษณะ ที่มีทัศนคติของชีวิตและประสบการณ์ที่มีความสมดุล ที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรง เมื่อต้องตอบสนองต่อความทุกข์ บุคคลที่มีความยืดหยุ่นจะมองว่าชีวิต อย่างสมดุล กล่าวคือไม่ได้เอนเอียงว่าชีวิตเลวร้ายหรือดีเยี่ยม ไม่สุดโต่ง แต่จะมองเห็นความสมดุล อย่างเป็นจริง ซึ่งเป็นหนึ่ง ในเหตุผล ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความยืดหยุ่น จะเป็นคนที่มองโลกในแง่ดี จะเรียนรู้จากการใช้

ปัญญาและประสบการณ์ ทั้งของตนเองและของผู้อื่น เพื่อจะตอบสนองต่อปัญหานั้น ผู้ที่มีความสมดุลใจมักจะเป็นคนมีอารมณ์ขัน

4) ความมั่นใจในตนเอง (Self Reliance) คุณลักษณะที่เป็นคน ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ที่จะมีความตระหนักและเข้าใจ มั่นใจในความสามารถและรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเอง เกิดจากประสบการณ์ ในชีวิตและการฝึกปฏิบัติ ที่นำไปสู่ความมั่นใจในความสามารถของตน ตลอดจนการรับรู้ในข้อจำกัด ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขข้อจำกัดนั้นๆ ผู้ที่มีความมั่นใจ ในตนเองจะเรียนรู้ปัญหา จากประสบการณ์เดิมและพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา และนึกถึงความสำเร็จ ที่ผ่านมาในอดีตเพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญปัญหา หรืออุปสรรค ครั้งใหม่ที่จะเข้ามา

5) ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ (Existential Aloneness) คือ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นจะเรียนรู้ ที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยตัวเอง เป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตนเอง เป็นการตระหนักว่าบุคคลแต่ละคน มีความเป็นเอกลักษณ์หรือมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างสามารถแบ่งปันได้ในขณะที่ บางเหตุการณ์ บางอย่างต้องเผชิญเพียงลำพัง และเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่ได้เป็นการปิดกั้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่หมายถึงว่าคนคนนั้น จะต้องยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บุคคลแต่ละคน มีความยืดหยุ่นที่เป็นความสามารถ ในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตต่อไปได้ เพียงแต่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้เท่านั้น ผู้ที่มีความยืดหยุ่นจะมีความกล้าหาญและมีความอดทนทางอารมณ์ ที่จะตอบสนองความท้าทายในทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งความยืดหยุ่น เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต จะช่วยปกป้องและช่วยให้ฟื้นกลับมาจากอารมณ์ด้านลบต่างๆ และมีศักยภาพ ที่ช่วยลดอารมณ์ด้านลบ ที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ หากมีความยืดหยุ่นมาก ก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิต ดีขึ้นได้จากคำนิยามตามทฤษฎีของความยืดหยุ่น ที่ประกอบด้วยคุณลักษณะของความสมดุลของใจ ความมั่นใจในตนเอง ชีวิตที่มีความหมาย ความสามารถในการอยู่ตามลำพังได้ และความอุตสาหะ

คาดว่าบุคคล ที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูง จะสามารถจัดการตนเองกับโรคเรื้อรังได้ประสบความสำเร็จ มากกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ

คุณลักษณะของความยืดหยุ่นทั้ง 5 ข้อ สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความเหมาะสม สำหรับทุกวัยทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้แบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience) ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีจนถึงอายุ 103 ปี และจากการวิเคราะห์ปัจจัยระบุได้ว่า แบบวัดความยืดหยุ่นมี 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การยอมรับตนเองและชีวิต 2) ความสามารถส่วนบุคคล[45]

ความยืดหยุ่นของจิตใจ จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาเครียดของร่างกาย ซึ่งก็คือความเจ็บป่วย หรือภาวะทุพพลภาพ และปัญหาเครียดของจิตใจ ได้ดียิ่งขึ้น หากมีการสนับสนุนทางสังคม ที่ดีร่วมด้วย เนื่องจากความยืดหยุ่นขึ้น อยู่กับความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดและความสัมพันธ์ในสังคม[48] ความยืดหยุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ช่วยให้บุคคล ฟื้นกลับมาจากอารมณ์ด้านลบต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกายได้ หากมีความยืดหยุ่นมาก ก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้[44] การสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถพยากรณ์ ความยืดหยุ่นได้ ซึ่งความยืดหยุ่น เป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย การดูแลตนเอง ความสม่ำเสมอต่อการรักษาการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย[49]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 การฟื้นฟูความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้ให้ความสำคัญต่อความยืดหยุ่นเช่นกัน หากแต่มีการให้คำนิยาม และกำหนดคำใหม่ ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกันว่า Resilience Quotient หรือ RQ ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของสุขภาพจิต ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ดี มีสุขของคนและจิตใจ ความยืดหยุ่น Resilience Quotient : RQ คือการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต เป็นศักยภาพทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับใจและฟื้นตัว ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก อันเป็นคุณสมบัติที่ช่วยให้บุคคล ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้ อย่างมีความสุข เป็นกระบวนการปรับใจและฟื้นตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก หรือวิกฤตได้สำเร็จ แสดงให้เห็นถึง

การเอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิต โดยใช้พลังสุขภาพจิตที่ดีที่เข้มแข็ง ยิ่งไปกว่านั้น ยังสามารถใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิต ในทางที่ดีขึ้น หลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านพ้นไป การฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต จึงเป็นความสามารถที่จำเป็น และสำคัญสำหรับทุกคนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะยากดีมีจน แข็งแรงหรือเจ็บป่วย เป็นบุคคลที่สำคัญหรือสามัญชน เพราะทุกคนอยู่ใต้กฎเกณฑ์เดียวกัน นั่นก็คือ ไม่สามารถจะล่วงรู้ได้ว่า จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตเมื่อใด และจะหนักหนาสาหัสเพียงไร ดังนั้น จึงควรเตรียมต้นทุนทางใจไว้ให้เพียงพอกับการรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้น

การฟื้นฟูพลังใจภายหลังภาวะวิกฤต จึงเป็นความสามารถที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่คนเราต้องการพลังสุขภาพจิต มากกว่าภาวะปกติทั่วไป โดยพลังสุขภาพจิตนี้จะนำพาให้ก้าวผ่านปัญหานั้นไปได้ ไม่ซ้ำเติมให้ชีวิตแย่ลงกว่าที่เป็นอยู่ และบางคนยังสามารถสร้างโอกาสจากภาวะวิกฤต พัฒนาจิตใจให้เจริญงอกงามมากยิ่งขึ้น การส่งเสริม การเรียนรู้วิธีการฟื้นฟูพลังใจภายหลังภาวะวิกฤต จึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ที่จะต้องเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามจิตใจอย่างไม่คาดคิดมาก่อน ดังนั้น สิ่งที่ต้องเรียนรู้เป็นอันดับแรกคือ คุณลักษณะแบบใดที่เรียกว่าบุคคลนั้นมีคุณลักษณะของการฟื้นฟูพลังใจภายหลังภาวะวิกฤต

2.4 หลักคิดที่สำคัญของความยืดหยุ่น[50] ประกอบด้วย

1) ความเข้มแข็งในจิตใจ

2) สภาพแวดล้อมปัจจัยภายนอก เช่น พ่อ แม่ ครู อาจารย์

3) สามารถพัฒนาได้หากจัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อหนุน

4) สำหรับผู้ที่มี ยืดหยุ่นสูงจะสามารถฟื้นฟูจิตใจตนเองภายหลังภาวะวิกฤตได้เร็วกว่าผู้ที่มี ความยืดหยุ่นต่ำ

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบวัด ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งทางใจ เพื่อประเมินความสามารถในการฟื้นฟูจิตใจหลังเผชิญเหตุการณ์หรือภาวะ

วิกฤตขึ้น ชื่อแบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นแบบวัดที่แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรค

ความหยุ่นตัวในภาวะวิกฤตเป็นศักยภาพด้านอารมณ์และจิตใจในการกลับคืนสู่ภาวะปกติภายหลังที่เผชิญปัญหาหรือวิกฤตสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากได้สำเร็จแสดงถึงความสามารถ ในการเอาชนะปัญหาและอุปสรรคของชีวิต โดยใช้ความยืดหยุ่น ยังสามารถเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส สามารถพัฒนาจิตใจ ความคิด และดำเนินชีวิตให้ดี และประสบผลสำเร็จได้ ภายหลังที่ได้เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตนั้นให้ผ่านพ้นไป ความหยุ่นตัวในการภาวะวิกฤตนี้ มีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ที่ต้องพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้น

2.5 ลักษณะคุณสมบัติ บุคคลที่มีความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต

เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ[51] กล่าวว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นมีลักษณะดังนี้

1. มีประสบการณ์ในการเผชิญหรือเอาชนะความทุกข์ยากมาบ้างแล้ว

2. มีมุมมองทางบวก มองส่วนที่เป็นประโยชน์ ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่

3. มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ สามารถเรียนรู้จากบทเรียนในอดีต

4. เข้าใจตัวเอง รู้จุดอ่อน จุดแข็งของตัวเอง ควบคุมอารมณ์และความคิดของตัวเองได้

5. รู้จักสร้างพลังใจให้ตัวเอง ล้มแล้วลุกได้

6. มีทักษะในการสื่อสาร ต่อรอง ขอความช่วยเหลือ

7. มีทักษะในการจัดการปัญหา พยายามหาทางออกที่ดีที่สุด

8. มีสัมพันธภาพที่ดีและราบรื่นกับคนใกล้ชิด มีบุคคลเป็นที่ปรึกษา

9. มีอารมณ์ขัน

Chulalongkorn University

ศุภรัตน์และเยาวนาฏ[52] กล่าวว่า Resilience หมายถึง ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม หลังจากเผชิญปัญหา อุปสรรค หรือ ภาวะวิกฤติในชีวิต องค์ประกอบของการก้าวสู่การมี resilience ตามแนวคิด ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และ ฉันทำได้ (I can)[52] ได้แก่

1. สิ่งที่ฉันเป็น (I am) หมายถึง การเป็นคนที่มีการสนับสนุนจากปัจจัยภายในทำให้ มีจิตใจที่เข้มแข็ง โดยมีการแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การเป็นที่รักของคนอื่นๆ คือ การที่รับรู้ว่าตนเองเป็นที่ชื่นชอบและเป็นที่รักของคนอื่น และรู้ว่าคนอื่นๆ คาดหวังอะไรจากตนเอง

1.2 การเป็นผู้มีความรัก ความเห็นใจ และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แสดงความรักต่อบุคคลอื่นออกมาได้ในหลายรูปแบบ และมีความเข้าใจถึงสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมาให้รับรู้ ทำให้เกิดทักษะการเข้าสังคมได้อย่างดี

1.3 การเป็นผู้มีความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นภายในตนเอง เป็นการรับรู้ว่าตนเองสำคัญ และมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้และประสบความสำเร็จได้

1.4 การเป็นผู้มีอิสรภาพในตนเอง การมีความเชื่อมั่นในความสามารถและเข้าใจในขีดความสามารถของตนเองและรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดตามมา

1.5 การเป็นผู้ที่มีความหวัง ศรัทธาและเชื่อมั่นในสิ่งที่ถูกต้องเป็นการเชื่อเรื่องความถูกผิด ศรัทธาในศีลธรรม และปฏิบัติตามหลักในศาสนาที่ตนนับถือ

2. สิ่งที่ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ถึงการมีแหล่งทรัพยากรภายนอกที่ดูแล และช่วยเหลือและเอื้อประโยชน์ โดยมี 5 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

2.1 การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ คือ การที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว คนภายนอก และการเป็นผู้ได้รับการดูแล จากครอบครัวที่ดีเพียงพอ

2.2 การมีความสามารถปฏิบัติตนตามกฎเกณฑ์ต่างๆ เป็นการที่ได้รับการสอนจากพ่อแม่ ผู้ปกครองโดยผ่านทางการกระทำของตนเอง เช่น หากทำผิด ก็จะได้รับการลงโทษ และถ้าหากทำตามกฎกติกา ก็จะได้รับคำชมเชย

2.3 การมีต้นแบบ คือ การที่มีแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามหลักศีลธรรมจรรยาและทำได้ตามหลักในศาสนาที่ตนนับถืออยู่

2.4 การมีอิสระในการทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นการได้รับการสนับสนุนในการทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีการให้ความช่วยเหลือในยามจำเป็น

2.5 การมีแหล่งด้านสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการรวมทั้งด้านความปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการของชีวิต

3. ความสามารถที่ฉันมี (I can) เป็นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 มีความสามารถในการสื่อสาร

3.2 มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา

3.3 มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และผลักดันต่างๆ

3.4 มีความสามารถในการประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นได้

3.5 มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจกับผู้คนรอบข้างเพื่อให้สามารถขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกได้ เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน เป็นต้น

2.6 องค์ประกอบของความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต

Wagnild และ Young[53] กล่าวว่าความยืดหยุ่นมี 5 องค์ประกอบดังนี้

1. ความสงบทางใจ (Equanimity) การมีความสมดุลในจิตใจ

2. ความอุตสาหะ (Perseverance) การที่มีความพยายามที่จะสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) การมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา

4. การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายในชีวิต (Meaningfulness)

5. การดำรงชีวิต โดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิต ของแต่ละฝ่ายของใครของคนนั้น (Existential aloneness)

2.7 ความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่ามีการศึกษาความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังต่อไปนี้

Theresa S. Betancourt และ คณะ[54] ทำการศึกษา Annual Research Review Mental health and resilience in HIV/AIDS-affected children – a review of the literature and recommendations for future research พบว่าในการวิจัย เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความยืดหยุ่น (Resilience) ในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีนั้นการยืดหยุ่นเป็นประโยชน์อย่างมาก

Dale และ คณะ[55] ทำการศึกษาในผู้หญิงอเมริกันที่ติดเชื้อเอชไอวี 138 รายและไม่ติดเชื้อเอชไอวี 64 รายพบว่าการมีความยืดหยุ่นสูง มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี และติดเชื้อเอชไอวี

Carmina R. Fumazc และ คณะ[56] ศึกษาความยืดหยุ่นและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระยะยาว พบว่าความยืดหยุ่นมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตการเข้าสู่วัยชรา

Georgina Spies และ Soraya Seedat[57] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

Holtz, C.S.Sowell, R.Velasquez, G.[58] ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตสังคม ของผู้หญิงเม็กซิกันที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ พบว่ายังมีความยืดหยุ่นและมีความหวัง ที่สำคัญยังคงต้องการ ให้มีการสนับสนุนบริการ ด้านสุขภาพจิตที่จะช่วยให้จัดการผลกระทบทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

2.8 การประเมินความยืดหยุ่น

การประเมินความยืดหยุ่น

แบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience Scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความยืดหยุ่นและเป็นหนึ่งในหลายๆทางเลือก ที่สามารถบอกปริมาณของมุมมอง หลากหลายมิติของแนวคิดนี้ โดยแบบวัดความยืดหยุ่นเป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความยืดหยุ่น (Resilience) เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงและมีความตรง เมื่อใช้วัดความยืดหยุ่น ในประชากรที่หลากหลาย[45]

3. แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวางนับได้ว่าเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่มีความสำคัญ เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรม การปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม[59, 60]

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพ ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ที่อยู่ร่วมกันในสังคมเดียวกัน ถือเป็น ระดับของความต้องการพื้นฐาน ทางสังคมของบุคคล ประกอบไปด้วย การสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ และความเชื่อถือไว้วางใจ รวมถึงการสนับสนุน ทั้ง

การกระทำและความคิด ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและการให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และการให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ เช่นคำแนะนำรวมถึงข้อมูล ตลอดจนวัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ[61]

Cobb[62] กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูล ที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวบุคคลนั้นๆ เป็นการสื่อสารระหว่างกันทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งกันและกัน เทิดทูนนับถือซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆมีความผูกพันต่อสังคม และคนในสังคม

Barrera[63] กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงานและการให้คำแนะนำข้อมูล

Thoits[64] ได้ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือในด้านอารมณ์สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญกับความเครียด หรือความเจ็บป่วยได้ ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender[65] กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคล รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของผู้อื่น โดยได้จากกลุ่มคนในสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ข่าวสาร คำแนะนำอันจะทำให้บุคคลนั้น สามารถดำรงอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข

Schaefer, Coyne and Lazarus[66] กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายเท ความเครียดของบุคคล ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละบุคคล มีความสามารถในการรับรู้ความเครียด แตกต่างกัน ดังนั้น บุคคลจึงต้องแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า หรือสิ่งสนับสนุน หากต้องพบกับความเครียดในชีวิต ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่า จะสามารถเผชิญกับความเครียด และจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย หรือไม่เหมาะสม และได้ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก และการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทาให้บุคคลนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ (tangible support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และบริการ

House[67] ให้ความหมายของการของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

Caplan และคณะ[68] กล่าวว่าถึงการสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบของความต่อเนื่องที่มีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งความมั่นคง ทางร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้รับมีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี

Norbeck and Tilden[69] การสนับสนุนทางสังคม ช่วยปกป้องภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือทำหน้าที่เป็นตัวช่วย เป็นสิ่งที่ช่วยลดความรุนแรง จากสิ่งที่มากระทบเช่น ความเครียดเป็นต้น

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึงการที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง จากบุคคลในสังคมด้านต่างๆ ประกอบด้วยการได้รับความผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน เวลาและแรงงาน เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมไปในทิศทาง ที่ต้องการคือการมีสุขภาพดี

3.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb)[62] แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้าน ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ซึ่งจะเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่า ตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และได้รับความจริงใจ

2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับ เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อได้รับการยอมรับจากผู้อื่นหรือสังคม

3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender, Murdaugh, and Parsons[70] แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ตามธรรมชาติ (natural support systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ยอมรับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และให้การช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (peer support systems) บุคคลที่เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น สามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา

3. กลุ่มองค์กรศาสนา (organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันที่ วัด โบสถ์ มัสยิด หรือสถานที่กลุ่มจัดไว้ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ในศาสนานั้นๆ แบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อ และแนวทางการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4. กลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (organized professional support systems) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และบริการเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหาเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน ไม่เพียงพอ

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized self – help support groups not directed by health professionals) ประกอบด้วย อาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่นกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง

Brandt and Weinert[71] แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น5 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิด ความอบอุ่นใจ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นๆในสังคม

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคลได้รับการพัฒนาด้านความคิด การตัดสินใจ

4. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

5. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Weiss[72] แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 ด้าน

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์ โดยส่วนรวมคือ จะทำให้คนรู้สึก ปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ และปกติจะพบในผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกัน ของคนที่มี สถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือมาทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์ คล้ายกัน การมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้เกิดการยอมรับ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด การที่คนขาดการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้คนรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านโอกาสในการดูแลรับผิดชอบ เกิดขึ้นเมื่อคนเรามีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับ การดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า หากว่าคนเราไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า ไม่มีความหมาย

4. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ ซึ่งการยอมรับจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนมีพฤติกรรม ความสามารถตามบทบาทของตน ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทตามหน้าที่ในอาชีพหรือครอบครัว ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับ ก็ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

5. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือ เกิดจากได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน หรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันเท่านั้นจะให้การช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

6. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับคำแนะนำ หรือหาคนปรึกษาที่ไว้ใจได้เป็นที่พึ่งได้ การสนับสนุนในรูปแบบนี้ มักจะเกิดจากบุคคลที่มาจากสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลและบุคคลากร ในทีมสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

House[73] แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่การสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รัก เป็นที่ไว้ใจ เป็นที่ห่วงใยของผู้อื่น

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านวัตถุแรงงาน (instrumental support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล รวมทั้งการเสียเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล (information support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำซึ่ง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินค่า (appraisal support) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และทำให้รู้จักการเปรียบเทียบ กับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม

3.3 หน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

Pender[65] แบ่งหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประการ คือ

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (health maintenance) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ด้วยการลดสภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวัน

2. ส่งเสริมสภาวะสุขภาพ (health promotion) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี

3. ป้องกันความเจ็บป่วย (illness prevention) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มีวิจารณญาณ เลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อให้คนปรับพฤติกรรม เพื่อผ่อนคลายระดับของอันตรายหรือความเครียดที่ประสบอยู่ได้

3.4 สมมุติฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม

Sarafino EP[74] อธิบายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมี 2 สมมุติฐานคือ

1. Buffering hypothesis สมมุติฐานนี้ อธิบายว่าเมื่อบุคคลประสบกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ เช่นปัญหาการเงินอย่างรุนแรง บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะตกอยู่ใน สภาวะเครียดน้อยกว่า บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในบุคคลที่มี ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะสามารถคาดหวังได้ว่า มีบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ และสามารถอยู่ในสถานการณ์ ดังกล่าวได้โดย ไม่มีความเครียด อีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดผลของความเครียด เนื่องจากมีบุคคลให้ความช่วยเหลือ ในการแก้ไขปัญหา คอยให้กำลังใจ

2. Direct effect hypothesis สมมุติฐานนี้อธิบายว่า คนที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะเพิ่มความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น (Sense of belongingness) การที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะทำให้คนมีวิถีสุขภาพ ที่ดีกว่าคนที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ทำให้ลดการติดเชื้อ เนื่องจากมีความรู้สึกว่า ตนเป็นที่ต้องการของคนอื่น และเป็นที่เอาใจใส่ของผู้อื่น จึงต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดีทั้งด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย ก่อนที่จะปล่อยให้ปัญหาด้านสุขภาพรุนแรงมากขึ้น

3.5 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

Cobb[62] พบว่าผู้ป่วยเป็นเรื้อรังที่มีความรุนแรงเช่น วัณโรค หรือโรคเรื้อรังทั่วไป เช่นความดันโลหิตสูง หรือแม้แต่ อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมาก ที่บ่งบอกถึง ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้

Burgler[75] พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัว คอยให้การสนับสนุน ในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ มากกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค พบรายงานผลการศึกษา ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย กล่าวคือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถ ในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรค ของบุคคลได้อีกด้วย

กล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เกิดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ถูกตีตรา จากสังคม[3] ทั้งยังมีการถูกเลือกปฏิบัติ ที่ยังคงพบเห็นได้จากสังคมทั่วไป จึงทำให้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นไปได้ยาก ส่งผลกระทบถึงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังที่ Flaskerud และ Ungvarski อ้างถึงใน Alonzo[76] ว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี donlou และคณะ[77] กล่าวว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเพียงพอจะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าต่ำ Iribarren และคณะ[78] ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ปรากฏอาการของเอดส์ เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการตนเอง เมื่อต้องเผชิญปัญหาต่างๆพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการจัดการตนเองที่เป็นประโยชน์มากที่สุด การค้นพบนี้สามารถนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการจัดการตนเองและในการแนะนำกลยุทธ์ การจัดการตนเองของอาการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ณภัควรรต บัวทอง[29] พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุตั้งแต่18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \sigma^2}{d^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได

$Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล =95%

σ^2 = varience ของข้อมูล = SD^2

d = ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

(จากค่าเฉลี่ยไม่เกิน 1% คือมีค่าตั้งแต่ 99.28-101.28) ซึ่งมีช่วงกว้าง 2%

จากการศึกษาเดิม[79] พบว่าการฟื้นคืนได้ของนักศึกษา โดยรวม 210 คน

ค่า Mean = 100.24 คะแนน SD. = 11.01

ดังนั้น ค่าเฉลี่ย = 100.24 คะแนน SD =11.01 σ^2=121.22 d=2.0

เมื่อแทนค่าในสูตร $= \frac{(1.96)^2(11.01)^2}{(2.0)^2}$

$= 116.4196 = 117$

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดซึ่งคาดประมาณ 10%

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษาคือ 130 ราย

การสุ่มตัวอย่าง Sampling technique

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วย วิธี Systematic sampling จากลำดับรอรับการตรวจรักษาของผู้ป่วย 1 รายเว้น 1 ราย จากคลินิกตรวจรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยระยะยาว ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 10 รายต่อวัน

Inclusion criteria

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ผู้ป่วย ในโครงการดูแลระยะยาว ซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่น
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยซึ่งเป็นชาวต่างชาติ ไม่ได้มีสัญชาติไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล (แบบสอบถามที่อาสาสมัครทำด้วยตนเอง) ดังต่อไปนี้

แบบสอบถาม ข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส/การมีคู่ครองเพศเดียวกัน วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส และโรคประจำตัวทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยด้านการรักษา แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามอาสาสมัคร ด้วยตนเองและอ้างอิงจากระเบียนของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และปัจจุบัน, ปริมาณไวรัสเอชไอวี (VL) ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจุบัน, สูตรยาต้านไวรัส ที่รับประทาน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาถึงปัจจุบัน, โรคแทรกซ้อนขณะที่ ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม

แบบวัดความยืดหยุ่น

แบบวัดความยืดหยุ่นซึ่งพัฒนาโดยทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์[80] เพื่อวัดระดับความยืดหยุ่น ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience scale) ของ Wagnlid and Young (1993) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามมีมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 7

คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ	3	คะแนน
เฉยๆ	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ	5	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	6	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	7	คะแนน

การแปลผลระดับความยืดหยุ่น มีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 – 175 คะแนน

มีเกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งระดับของความยืดหยุ่นออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 147-175 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นระดับสูง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 121-146 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 121 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นระดับต่ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงด้วยของเครื่องมือนี้ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ โดยนำได้ทดสอบในผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ 0.83 พบค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แปลและดัดแปลงโดย ณภัควรรต บัวทอง[29] แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษจากหน่วยงาน การบริการทรัพยากรสาธารณสุข สำหรับเอชไอวี/เอดส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ตำตอบแต่ละข้อเป็น likert scale มีคะแนนแต่ละข้อ 1-5 คะแนน การคิดคะแนนในคำถามข้อที่ 1-8 ,13-15 และ 19 ใช้การกลับคะแนนจาก 1 เป็น 5 คะแนน , 2 เป็น 4 คะแนน , 3 เป็น 3 คะแนน , 4 เป็น 2 คะแนน และ 5 เป็น 1 คะแนน ส่วนคำถามข้ออื่นให้คะแนน ตามปกติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

การแปลผลใช้วิธีแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าคะแนนรวมของ maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวม ของ minimum possible และหารด้วยจำนวน อันตรภาคชั้น

แบ่งออกเป็น

ระดับต่ำ คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง	20-46	คะแนน
ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง	47-73	คะแนน
ระดับสูง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง	74	คะแนนขึ้นไป

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของณภัควรรต บัวทอง[29] ได้ผ่านการประเมินความตรงทางภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อีกทั้งผู้แปลได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่เอชไอวีในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 30 ราย พบค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดค่าความ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการติดต่อหัวหน้าทีมแพทย์ตลอดจนหัวหน้าทีมพยาบาล ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ด้วยวาจาเพื่อขออนุญาต ดำเนินการเก็บข้อมูลและเมื่อได้รับการอนุญาต อย่างเป็นทางการ โดยได้รับเอกสารตอบรับอนุญาต จากศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ประสาน ทางทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและไม่รบกวนกระบวนการดูแลรักษา ตามปกติในหน่วยเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล 130 ชุด และมีความเชื่อมั่นว่า แบบสอบถามทุกฉบับ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทุกชุด เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้คำอธิบาย ในกรณีที่อาสาสมัครต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย จึงทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำและคำปรึกษาต่างๆ แก่อาสาสมัครทุกเมื่อ ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้อาสาสมัคร ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) โดยการให้อาสาสมัครรับทราบข้อมูลในการทำวิจัย ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ อาสาสมัครสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการที่จะเข้าร่วมงานวิจัย อาสาสมัครสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และผู้วิจัยให้อาสาสมัครลงนาม ในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Written consent)

2. การเก็บรักษา ความลับของอาสาสมัคร โดยไม่มี Identifier ในแบบบันทึกข้อมูลที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) การตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัย จะเป็นไปใน ภาพรวมเสมอ

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

ทั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ทั้งสิ้น 3 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่นใช้ระดับความยืดหยุ่น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ มาทำการวิเคราะห์

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi square, t-test, Pearson’s correlation และ Oneway ANOVA เพื่อสรุปผลระดับความยืดหยุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุน ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยมีจำนวนแบบสอบถาม ที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 130 ชุด มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

<u>ส่วนที่ 2</u> แสดงผลการวัดระดับความยืดหยุ่น และผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

<u>ส่วนที่ 3</u> แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 42.77 (9.46) ค่าต่ำสุด = 24 ,ค่าสูงสุด = 68		
<36	29	22.3
36-45	49	37.7
46-55	40	30.8
>55	12	9.2
เพศสภาพ		
หญิง	40	30.8
ชาย	47	36.2
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	43	33.1
สถานภาพสมรส		
โสด	61	46.9
แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา	49	37.7
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	8	6.2
หย่าร้าง	6	4.6
แยกกันอยู่	6	4.6
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	1	0.8
ประถมศึกษา	17	13.1
มัธยมศึกษา	31	23.8
อาชีวศึกษา	18	13.8
ปริญญาตรี	56	43.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	8.5
เกษตรกร	9	6.9
รับจ้างทั่วไป	29	22.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	9.2
พนักงานเอกชน	23	17.7
ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	46	35.4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ไม่มีรายได้	3	2.3
มีรายได้	127	97.7
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	3	2.3
1,000- 5,000	11	8.5
5,001-10,000	34	26.2
10,001-15,000	20	15.4
15,001-20,000	14	10.8
20,001-25,000	11	8.5
25,001-30,000	20	15.4
มากกว่า 30,000 บาท	17	13.1
โรคประจำตัวทางจิตเวช		
ไม่มี	130	100
ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunity Infection)		
มี	33	25.4
ไม่มี	97	74.6
วินัยการรับประทานยาต้านไวรัส (ลืมรับประทานยาต้านไวรัสในช่วงเวลาดังต่อไปนี้)		
เคยลืมรับประทานยาในช่วง 7วันที่ผ่านมา		
มี	1	0.8
ไม่มี	129	99.2
เคยลืมรับประทานยาในช่วง 1เดือนที่ผ่านมา		
มี	8	6.2
ไม่มี	122	93.8
เคยลืมรับประทานยาในช่วง 3เดือนที่ผ่านมา		
มี	16	12.3
ไม่มี	114	87.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เคยลืมรับประทานยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
มี	25	19.2
ไม่มี	105	80.8
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงปัจจุบัน (ปี)		
ระยะเวลา <5 ปี	21	16.2
ระยะเวลา 5-10 ปี	32	24.6
ระยะเวลา >10 ปี	77	59.2
ปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4 cell/mm^3) ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส		
Median(IQR) = 237(126.5 - 335.5) Min=2 , Max=953		
< 200	57	43.8
201-300	24	18.5
301-500	40	30.8
>500	7	5.4
ปริมาณเม็ดเลือด (CD4) ขาวในปัจจุบัน		
Median(IQR) = 608(483.75 - 785) Min=41 , Max= 1416		
<200	3	2.3
201-300	7	5.4
301-500	27	20.8
>500	93	71.5
ปริมานไวรัสเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัส		
Median (IQR) = log 4.68 (log 4.19 – log 5.14) : Min = log 2.30 , Max = log 8.0		
log 2.01 – log 3.0	6	4.6
log 3.01 – log 4.0	17	13.1
log 4.01 – log 5.0	66	50.8
> log 5.0	41	31.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 43 (36-49) ปี

เป็นเพศหญิงร้อยละ 30.8 และเพศชายร้อยละ 36.2 โดยมีเพศสภาพเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 33.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 46.9 แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยาร้อยละ 37.7 สถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ร้อยละ 6.2 และสถานภาพหย่าร้างร้อยละ 4.6 แยกกันอยู่ร้อยละ 4.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 43.1 ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 50.7 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 5.4 และไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 0.8

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 35.4 รับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 22.3 ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 17.7 รับราชการ รัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 9.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 8.5 เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 97.7 ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 2.3 เมื่อแยกตามช่วงรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 10,001 ถึง 15,000 และ 25,001 ถึง 30,000 คิดเป็นร้อยละ 15.4 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ มากกว่า 30,000 คิดเป็นร้อยละ 13.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 15,001 ถึง 15,000 คิดเป็นร้อยละ 10.8 ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000 ถึง 5,000 และมีรายได้อยู่ในช่วง 20,001 ถึง 25,000 จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 8.5 ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้อยู่จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.3

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection วินิจฉัยโดยแพทย์) คิดเป็นร้อยละ 74.6 และพบว่ามีประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection วินิจฉัยโดยแพทย์) คิดเป็นร้อยละ 25.4 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยมีประวัติหรือเป็นโรคทางจิตเวชที่วินิจฉัยโดยแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าเคยลืมรับประทานยา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.2 รองลงมาคือลืมรับประทานยา ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.3 โดยที่เคยลืมรับประทานยา ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบันมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 5 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.6 และระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.2 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวก่อนเริ่มยาต้านไวรัส น้อยกว่า 200 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 43.8 และรองลงมาอยู่ในช่วง 301 ถึง 500 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 30.8 และอยู่ในช่วง 201 ถึง 300 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 18.5 ในขณะที่มีส่วนน้อยที่เริ่มยาต้านไวรัส ที่ปริมาณเม็ดเลือดขาวมากกว่า 500 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 5.4

ผลการศึกษาพบว่าปริมาณเม็ดเลือดขาว ณ ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวมากกว่า 500 cell/mm^3 มากถึงร้อยละ 71.5 แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ปริมาณเม็ดเลือดขาวอยู่ในช่วง 301 ถึง 500 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 20.8 และปริมาณเม็ดเลือดขาวอยู่ในช่วง 201 ถึง 300 cell/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 5.4 และน้อยกว่า 200 คิดเป็นร้อยละ 2.3 ในขณะที่ปริมาณไวรัสเอชไอวี ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ log 4.7(4.2-5.1) * copies/ml และ ผลการศึกษาพบว่า หลังรับประทานยาต้านไวรัสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณไวรัสเอชไอวี ณ ปัจจุบันน้อยกว่า 50 copies/ml

***** ค่า **Log** ปริมาณไวรัสเอชไอวี สามารถ ดูคำอธิบายได้ในภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวัดระดับความยืดหยุ่น และผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำแนกตามระดับความยืดหยุ่น (n = 130)

ระดับความยืดหยุ่น	จำนวน	ร้อยละ
ความยืดหยุ่นระดับสูง (147-175คะแนน)	72	55.3
ความยืดหยุ่นระดับปานกลาง (121-146คะแนน)	40	30.7
ความยืดหยุ่นระดับต่ำ (น้อยกว่า 121คะแนน)	18	13.8

	Mean	SD	Min	p25	Median	p75	Max
ความยืดหยุ่น	142.2	24.2	33	136	147.5	156	175

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.3 มีความยืดหยุ่นในระดับสูง และมีระดับความยืดหยุ่นปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.7 ในขณะที่ร้อยละ13.8 พบว่ามีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ (M = 142.2 ,SD =24.2)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 130)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ตั้งแต่ 74 คะแนนขึ้นไป)	46	35.4
ระดับปานกลาง (47-73 คะแนน)	79	60.8
ระดับต่ำ (20-46 คะแนน)	5	3.8

	Mean	SD	Min	p25	Median	p75	Max
แรงสนับสนุนทางสังคม	70.2	13.3	36	61	70	80	98

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง และมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 35.4 ในขณะที่ร้อยละ 3.8 พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (M = 70.2 ,SD =13.3)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ตารางที่ 4</u> แสดงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษาและความยืดหยุ่น ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient (n=130)

ปัจจัยที่ศึกษา	ความยืดหยุ่น	
	r	P-value
อายุ (ปี)	-0.20	0.821
รายได้เฉลี่ย(ต่อเดือน)	0.77	0.382
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา	-0.65	0.464
ปริมาณ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส	0.037	0.677
ปริมาณ CD4 ปัจจุบัน	-0.003	0.971
ปริมาณไวรัสเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัส	0.106	0.236
ปริมาณไวรัสเอชไอวี ปัจจุบัน	-0.106	0.228
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.256	0.003 **

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง ที่ 4 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรักษากับความยืดหยุ่นด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

<u>ตารางที่ 5</u> แสดงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient (n=130)

ปัจจัยที่ศึกษา	แรงสนับสนุนทางสังคม	
	r	P-value
อายุ (ปี)	-0.348	0.000**
รายได้เฉลี่ย(ต่อเดือน)	0.321	0.000**
ระดับการศึกษา	0.317	0.000**
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา	-0.268	0.002**
ปริมาณ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส	-0.073	0.410
ปริมาณ CD4 ปัจจุบัน	-0.128	0.146
ปริมาณไวรัสเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัส	0.017	0.849
ปริมาณไวรัสเอชไอวี ปัจจุบัน	0.118	0.180
ความยืดหยุ่น	0.256	0.003**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง ที่ 5 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรักษากับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficiency) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ อายุ รายได้เฉลี่ย(ต่อเดือน) ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และความยืดหยุ่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น (Resilience) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง **โดยใช้สถิติ Chi-square (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านจิตสังคม)**

ปัจจัย	Total (n)%	ความยืดหยุ่น			P-value
		ระดับความยืดหยุ่นสูง (N=72)	ระดับความยืดหยุ่นปานกลาง (N=40)	ระดับความยืดหยุ่นต่ำ (N=18)	
อายุ (ปี) Mean (SD) = 42.77 (9.46) : Min = 24, Max = 68					0.99
<36	29(22.3)	16(55.2)	10(34.5)	3(10.3)	
36-45	49(37.7)	28(57.1)	14(28.6)	7(14.3)	
46-55	40(30.8)	22(55)	12(30)	6(15)	
>55	12(9.2)	6(50)	4(33.3)	2(16.7)	
เพศ					0.71
ชาย	47(36.2)	26(55.3)	14(29.8)	7(14.9)	
หญิง	40(30.8)	24(60.0)	10(25.0)	6(15.0)	
MSM	43(33.1)	22(51.2)	16(37.2)	5(11.6)	
สถานภาพ					0.75
โสด	61(46.9)	34(55.7)	18(29.5)	9(14.8)	
สมรส	49(37.7)	25(51.0)	18(36.7)	6(12.2)	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	20(15.4)	13(65.0)	4(20.0)	3(15.0)	
การศึกษา					0.55
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	18(13.9)	8(44.4)	6(33.3)	4(22.2)	
มัธยมศึกษา	31(23.9)	16(51.6)	12(38.7)	3(9.7)	
อาชีวศึกษา	18(13.9)	11(61.1)	3(16.7)	4(22.2)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	63(48.5)	37(58.7)	19(30.1)	7(11.1)	
อาชีพ					0.19
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11(8.5)	7(63.6)	3(27.3)	1(9.1)	
เกษตรกร	9(6.9)	6(66.7)	2(22.2)	1(11.6)	
รับจ้างทั่วไป	29(22.3)	11(37.9)	12(41.4)	6(20.7)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12(9.2)	11(91.7)	1(8.3)	0(0.0)	
พนักงานเอกชน	23(17.7)	15(65.2)	6(26.1)	2(8.7)	
ธุรกิจส่วนตัว/อื่น ๆ	46(35.4)	22(47.8)	16(34.8)	8(17.4)	
รายได้					0.55
มีรายได้	127(97.7)	71(55.9)	390(30.7)	17(13.4)	
ไม่มีรายได้	3(2.3)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	

*p < 0.05

ตารางที่ 6 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม) โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัย	Total (n)%	ความยืดหยุ่น			P-value
		ระดับความยืดหยุ่นสูง (N=72)	ระดับความยืดหยุ่นปานกลาง (N=40)	ระดับความยืดหยุ่นต่ำ (N=18)	
สามเดือนที่ผ่านมาลืมกินยา	16(12.3)	8(50.0)	4(25.0)	4(25.0)	0.38
หกเดือนที่ผ่านมาลืมกินยา	25(19.2)	13(52.0)	7(28.0)	5(20.0)	0.6
ระยะเวลาในการได้รับยาต้าน(ปี) Median IQR = 11 (5 - 16) : Min = 1 , Max = 22					0.48
< 5	21(16.2)	11(52.4)	6(28.6)	4(19.0)	
5 – 10	32 (24.6)	19(59.4)	10(31.3)	3(9.4)	
> 10	77(59.2)	42(54.5)	24(31.2)	11(14.3)	
ปริมาณ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส Median (IQR) = 237(126 - 335) : Min = 2 , Max = 953					0.59
≤ 50	18(13.8)	10(55.5)	5(27.8)	3(16.7)	
51 – 200	41(31.5)	21(51.2)	16(39.0)	4(9.8)	
201 – 350	44(33.8)	24(54.5)	11(25.0)	9(20.5)	
> 350	27(20.8)	17(63.0)	8(29.6)	2(7.4)	
ปริมาณ CD4 ปัจจุบัน Median (IQR) = 608 (483 - 785) : Min = 41 , Max = 1416					0.32
≤ 50	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	
51 – 200	2(1.5)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	
201 – 350	14(10.8)	7(50.0)	5(35.7)	2(14.2)	
> 350	113(86.9)	64(56.6)	34(30.1)	15(33.3)	
Log10 HIV RNA ก่อนเริ่มยาต้าน (copies/ml)					0.42
Median (IQR) = log 4.68 (log 4.19 – log 5.14) : Min = log 2.30 , Max = log 8.0					
log 2.01 – log 3.0	6(4.6)	4(66.7)	2(33.3)	0(0.0)	
log 3.01 – log 4.0	17(13.1)	12(70.6)	2(11.8)	3(17.6)	
log 4.01 – log 5.0	66(50.8)	36(54.5)	23(34.8)	7(10.6)	
> log 5.0	41(31.5)	20(48.8)	13(31.7)	8(19.5)	
HIV RNA ณ ปัจจุบัน <50 copies/ml)	128(98.5)	70(54.7)	41(32.0)	17(13.3)	0.28
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม					0.003*
ระดับสูง	46(35.4)	31(67.4)	11(23.9)	4(8.7)	
ระดับปานกลาง	79(60.8)	39(49.4)	29(36.7)	11(13.9)	
ระดับต่ำ	5(3.8)	2(40.0)	0(0.0)	3(60.0)	

***p < 0.05**

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัย ทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย Univariate analysis พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น ($p<0.005$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา) โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Total (n%)	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม			P-value
		สูง (N=46)	ปานกลาง (N=79)	ต่ำ (N=5)	
อายุ (ปี) Mean (SD) = 42.77 (9.46) : Min = 24, Max = 680					0.004*
<36	29(22.3)	21(72.4)	8(27.6)	0(0.0)	
36-4	49(37.7)	14(28.6)	34(69.4)	1(2.0)	
46-55	40(30.1)	8(20.0)	29(72.5)	3(7.5)	
>55	12(9.2)	3(25.0)	8(66.7)	1(8.3)	
เพศ					0.17
ชาย	47(36.1)	11(23.4)	33(70.2)	3(6.4)	
หญิง	40(30.8)	15(37.5)	24(60.0)	1(2.5)	
MSM	43(33.0)	20(46.5)	22(51.2)	1(2.3)	
สถานภาพ					0.12
โสด	61(46.9)	25(41.0)	33(54.1)	3(4.9)	
สมรส	49(37.7)	14(28.6)	35(71.4)	0(0.0)	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	20(15.4)	7(35.0)	11(55.0)	2(10.0)	
การศึกษา					<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	18(13.8)	2(11.1)	15(83.3)	1(5.55)	
มัธยมศึกษา	31(23.8)	5(16.1)	26(83.9)	0(0.0)	
อาชีวศึกษา	18(13.8)	7(38.9)	8(44.4)	3(16.7)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	63(48.4)	32(50.8)	30(47.6)	1(1.6)	
อาชีพ					0.60
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11(8.4)	4(36.4)	6(54.5)	1(9.1)	
เกษตรกร	9(6.9)	4(44.4)	5(55.6)	0(0.0)	
รับจ้างทั่วไป	29(22.3)	6(20.7)	22(75.9)	1(3.4)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12(9.2)	6(50.0)	6(50.0)	0(0.0)	
พนักงานเอกชน	23(17.7)	8(34.8)	15(65.2)	0(0.0)	
ธุรกิจส่วนตัว/อื่น ๆ	46(35.3)	18(39.1)	25(54.3)	3(6.5)	
มีรายได้					0.06
มีรายได้	127(97.7)	46(36.2)	77(60.6)	4(3.1)	
ไม่มีรายได้	3(2.3)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	
สามเดือนก่อนหน้านี้ลืมกินยา	15(11.5)	5(33.3)	11(73.3)	0(0.0)	0.89
หกเดือนก่อนหน้านี้ลืมกินยา	25(19.2)	7(28.0)	15(60.0)	3(12.0)	0.07
ระยะเวลาในการได้รับยาต้าน(ปี) Median IQR = 11 (5 - 16)					0.03*
< 5	21(16.1)	9 42.9)	11(52.4)	1(4.8)	
5-10	32(24.6)	18 (56.2)	13(40.6)	1(3.1)	
> 10	77(59.2)	19 (24.7)	55(71.4)	3(3.9)	

P<0.05*

ตารางที่ 7 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา) โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Total (n%)	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม			P-value
		สูง (N=46)	ปานกลาง (N=79)	ต่ำ (N=5)	
CD4 cell count ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส Median (IQR) = 237(126 - 335) : Min = 2 , Max = 953					0.61
≤ 50	18(13.8)	4(22.2)	13(72.2)	1(5.6)	
51 – 200	41(31.5)	17(41.5)	24(58.5)	0(0.0)	
201 – 350	44(33.8)	16(36.4)	26(59.1)	2(4.5)	
> 350	27(20.7)	9(33.3)	16(59.3)	2(7.4)	
CD4 cell count ณ ปัจจุบัน Median (IQR) = 608 (483 - 785) : Min = 41 , Max = 1416					0.17
≤ 50	1(0.8)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	
51 – 200	2(1.5)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	
201 – 350	14(10.8)	6(42.9)	8(57.1)	0(0.0)	
> 350	113(86.9)	38(33.6)	70(61.9)	5(4.4)	
Log10 HIV RNA ก่อนเริ่มยาต้าน (copies/ml)					0.99
Median (IQR) = log 4.68 (log 4.19 – log 5.14) : Min = log 2.30 , Max = log 8.0					
log 2.01 – log 3.0	6(4.6)	2(33.3)	4(66.7)	0(0.0)	
log 3.01 – log 4.0	17(13.0)	6(35.3)	10(58.8)	1(5.9)	
log 4.01 – log 5.0	66(50.8)	24(36.4)	39(59.1)	3(4.5)	
> log 5.0	41(31.5)	14(34.1)	26(63.4)	1(2.4)	
HIV RNA ณ ปัจจุบัน < 50	128(98.5)	45(37.5)	78(60.9)	5(3.9)	0.99

P<0.05*

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p<0.005$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยโดยทำการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ได้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งรับการรักษาระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองและผู้วิจัยสอบถาม รวมถึงประวัติจากเวชระเบียน (ซึ่งผู้วิจัย ได้ดำเนินการขออนุญาต ใช้ข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ในการศึกษาวิจัยและได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลดังกล่าว ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ทั้งนี้เพื่อให้การใช้ข้อมูล ดังกล่าวถูกต้อง ตามหลักการเก็บรักษา ข้อมูลผู้ป่วย ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และเกิดประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยอย่างเหมาะสม) แบบวัดความยืดหยุ่น แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของข้อมูล หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมกับปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ Pearson’s correlation Coefficient

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวัดระดับความยืดหยุ่น และผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม(แรงสนับสนุนทางสังคม)

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน พบว่ามีช่วงอายุ Median (IQR) 43 (36-49) ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 30.8 และเพศชายร้อยละ 36.2 โดยมีเพศสภาพเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 33.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสดร้อยละ 46.9 แต่งงาน/ อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยาร้อยละ 37.7 สถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ร้อยละ 6.2 และสถานภาพหย่าร้างร้อยละ 4.6 แยกกันอยู่ร้อยละ 4.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 43.1 ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 50.7 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 5.4 และไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 0.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 35.4 รับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 22.3 ประกอบอาชีพพนักงานเอกชนคิดเป็นร้อยละ 17.7รับราชการ รัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 9.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 8.5 เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 97.7 ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 2.3 เมื่อแยกตามช่วงรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.2 รองลงมาอยู่ในช่วง10,001 ถึง 15,000 และ 25,001 ถึง 30,000 คิดเป็นร้อยละ 15.4 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 30,000 คิดเป็นร้อยละ 13.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 15,001 ถึง 15,000 คิดเป็นร้อยละ 10.8 ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000 ถึง 5,000 และมีรายได้อยู่ในช่วง 20,001 ถึง 25,000 จำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 8.5 ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้อยู่จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลการวัดระดับความยืดหยุ่น และผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 142.2 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.6 มีความยืดหยุ่นในระดับสูง และมีระดับความยืดหยุ่นปานกลางรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 31.5 ในขณะที่จำนวนน้อย ร้อยละ 13.9 พบว่ามีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ (M = 142.2 ,SD =24.2)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน มีค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 70 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง และรองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.4 มีจำนวนน้อย คิดเป็น ร้อยละ 3.8 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (M = 70, SD =13.3)

<u>ส่วนที่ 3</u> ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่น และ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธี Univariate analysis พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 เป็นกลุ่มที่มีระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางค่อนไปทางสูง พบว่ามีระดับความยืดหยุ่นในระดับสูง มากถึง ร้อยละ 49.4 และ

ร้อยละ 36.7 มีความยืดหยุ่นระดับปานกลาง ร้อยละ 13.9 มีความยืดหยุ่นระดับต่ำ ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 35.4 พบว่า มีระดับความยืดหยุ่นในระดับสูง ร้อยละ 67.4 และร้อยละ23.9 ที่มีระดับความยืดหยุ่นในระดับปานกลาง และร้อยละ 8.7 ความยืดหยุ่นในระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 ที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีระดับความยืดหยุ่นในระดับสูง มากถึงร้อยละ 40 ในขณะที่ร้อยละ 60 มีระดับความยืดหยุ่นในระดับต่ำ

ทั้งนี้เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรักษา ด้วย Univariate analysis ไม่พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรักษาใด ที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่ม บางการศึกษา แยกปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ในกลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือ ในกลุ่มหญิงติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือแยกตามช่วงอายุ เช่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความยืดหยุ่นกับปัจจัยส่วนบุคคลในการศึกษานี้ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายของปัจจัยใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ประกอบด้วยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 36.2 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 30.8 และ เพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 33.1 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านจิตสังคมมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าปัจจัยดังกล่าวและความยืดหยุ่น ด้วยวิธี Univariate analysis (Chi-square test)พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.005$)

<u>ส่วนที่ 4</u> ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย แลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธี Pearson's chi-square test และ Univariate analysis (Chi-square test) พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คืออายุน้อยกว่า36 ปี มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และอายุเฉลี่ย 44 ปี (ช่วงอายุ 39-50 ปี) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และอายุเฉลี่ยที่ 52 ปี (ช่วงอายุ 46-52 ปี) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มขึ้น ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับยิ่งลดลง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอายุ ($p < 0.005$)

ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยทางเพศ ซึ่งแบ่งออกเป็นเพศชาย เพศหญิง และชายรักชายนั้น เพศชาย ร้อยละ 23.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 70.2 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 6.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และเพศหญิง ร้อยละ 37.5 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 60 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 2.5 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และชายรักชาย ร้อยละ 46.5 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 51.2 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ2.3 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าปัจจัยด้านเพศ ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p>0.05$)

ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยสถานภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสถานภาพโสด ร้อยละ 41 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 54.1 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 4.9 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ สถานภาพสมรส ร้อยละ 28.6 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 71.4 มีระดับแรง

สนับสนุนทางสังคมปานกลาง ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 35 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 55 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 10 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์กัน (p >0.05)

ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยการประกอบอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 54.5 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 9.1 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และเมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร พบว่าร้อยละ 44.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 55.6 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ทั้งนี้ไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ20.7 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 75.9 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 50 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 50 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง จากการศึกษาไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ เมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชนพบว่าร้อยละ 34.8 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 65.2 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ทั้งนี้ ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/อื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 39.1 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 54.3 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 6.5 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพนั้น ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน (p >0.05)

ทั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 11.1 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 83.3 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 5.55 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 83.9 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง จากการศึกษาไม่พบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ในขณะที่การศึกษาระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 38.9 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 44.4 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 16.7 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ทั้งนี้พบว่าการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50.8 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 47.6 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 1.6 มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ สรุปได้ว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p< 0.005$)

ในการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าช่วงเวลาในการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 6.1 ปี (ช่วงเวลาโดยเฉลี่ย 4.7-13.9 ปี) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และช่วงเวลาในการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 13.8 ปี (ช่วงเวลาโดยเฉลี่ย 8.6-16.7 ปี) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และช่วงเวลาในการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 14.8 ปี (ช่วงเวลาโดยเฉลี่ย 9.2-19.9 ปี) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ สรุปได้ว่า ช่วงเวลาในการเริ่มการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง ($p<0.005$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การอภิปรายผล

การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ในการศึกษาข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม แม้จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 30.8 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43 (36-49) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 46.9 และรองลงมาคือ แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา คิดเป็นร้อยละ 37.7 และจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 35.4

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความยืดหยุ่นในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความยืดหยุ่นในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในอเมริกา ของ Sannisha K. Dale และคณะ[55] และการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ของ Carmina R. Fuma และคณะ[56] ความสอดคล้องนี้ ผู้วิจัยคาดว่าเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีปัจจัยส่วนบุคคลที่คล้ายคลึง กับการศึกษาข้างต้น กล่าวคือ มีช่วงอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงผู้สูงอายุ (Mean = 43) ได้ผ่านประสบการณ์ การใช้ชีวิตมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทั้งยังผ่านระยะเวลาการรักษา การติดเชื้อเอชไอวี มาเป็นเวลานาน ความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤติ และปัญหา ย่อมสูงขึ้นเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ชีวิต การเรียนรู้จากอุปสรรค และนำมาปรับใช้กับสิ่งที่เข้ามากระทบ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคม รวม 3 ด้าน ผู้วิจัยจึงขออภิปรายเป็นรายด้านดังนี้

2.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล**

ระดับความยืดหยุ่น ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ไม่ได้เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ในที่นี้หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส/มีคู่รักร่วมเพศ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yongfang Xu และคณะ[81] ที่นอกจากจะพบว่าเพศชายมีความยืดหยุ่นมากกว่าเพศหญิง ยังพบว่า ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้ ความไม่สอดคล้อง อาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ซึ่งในการศึกษาที่พบว่าปัจจัย ส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ กับความยืดหยุ่นนั้น กลุ่มประชากร อายุเฉลี่ย 59.7 ปี ในขณะที่กลุ่มประชากรในการศึกษานี้อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43 ปี และกลุ่มประชากรในการศึกษานี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายรักชายในจำนวนที่ใกล้เคียงกับ เพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นความแตกต่างของประชากรที่ทำการศึกษา จึงอาจเป็นสาเหตุของความไม่สอดคล้องในการศึกษาดังกล่าว และเช่นเดียวกันกับการศึกษาความยืดหยุ่นในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ของ Dale และคณะ[82] ทำการศึกษาผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการมีรายได้สูงและระดับการศึกษา มีผลต่อความยืดหยุ่นอย่างมีนัยยะสำคัญ ซึ่งความแตกต่างของตัวเครื่องมือแบบวัดความยืดหยุ่น ซึ่งในการศึกษาของ Dale และคณะ ได้ใช้แบบประเมิน CD-RIS (Connor-Davidson Resilience Scale) ซึ่งประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม คำตอบแต่ละข้อเป็น Likert scale มีคะแนนแต่ละข้อ 1-4 คะแนนในขณะที่การศึกษานี้ใช้ แบบวัดความยืดหยุ่นที่พัฒนามาจาก (Resilience scale) ของ Wagnild and Young ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เนื่องเป็นแบบวัดที่พัฒนา เพื่อใช้ในประชากรที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน ทั้งนี้นอกจากความแตกต่างข้างต้นแล้ว ยังมีความแตกต่างในกลุ่มประชากรในปัจจัยทางเพศ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางสังคม ประเพณีวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ก็มีความแตกต่างกัน

2.2 **ปัจจัยด้านการรักษา**

ระดับความยืดหยุ่น ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรักษา ($p > 0.05$) ทั้งนี้แม้ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่กลับไม่พบว่าปัจจัยวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส, ระดับปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV RNA) รวมทั้งระยะเวลาในการรักษา และระดับ CD4 ทั้งก่อน และหลังเริ่มยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dale และคณะ[82] ซึ่งศึกษาความยืดหยุ่น ที่เกี่ยวข้องกับวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัส และปริมาณไวรัสเอชไอวีในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อ เอชไอวีในสหรัฐอเมริกา แล้วพบว่า ความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์กับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีโรคทางจิตเวช หากแต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lyon และคณะ[83] ที่ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น ในกลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าการมีระดับความยืดหยุ่นสูง มีความสัมพันธ์กับการไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าความไม่สอดคล้อง เกิดจากสาเหตุ ดังนี้ เนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มประชากร สืบเนื่องจากในการศึกษานี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากร ที่ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้ง เพศชาย เพศหญิง และกลุ่มชายรักชาย และทั้งสามกลุ่ม ยังมีจำนวนใกล้เคียงกัน การประเมินระดับความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นการวัดการเผชิญภาวะวิกฤตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีปัจจัยด้านการรักษาคงที่ กล่าวคือ มีระดับภูมิคุ้มกันสูง คงที่มาเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีปริมาณไวรัสเอชไอวี ที่บ่งบอกได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตอบสนองต่อการรักษา และมีภาวะสุขภาพกายแข็งแรง อาจกล่าวได้ว่าไม่ได้เกิดภาวะวิกฤติ ณ ช่วงเวลาที่ทำการประเมิน ทำให้ผลการศึกษา ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรักษา ดังกล่าว

2.3 **ปัจจัยด้านจิตสังคม**

ระดับความยืดหยุ่น ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคม ในที่นี้หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ระดับความยืดหยุ่นในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านจิตสังคม) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

การอภิปรายผล แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงปานกลางค่อนไปทางสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภควรรต บัวทอง[29] ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ทั้งนี้ เมื่อทำการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย univariate โดยใช้ Chi-square's test พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา

แรงสนับสนุนทางสังคม นับได้ว่าเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีนั้น จะพบว่าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว คนรอบข้าง และทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำตลอดจน การตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ เช่น

สิ่งของเครื่องใช้ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ I.Overbeck[84] ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากคนในครอบครัว จะช่วยในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญปัญหาและสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยรวมถึงรับมือกับภาวะเครียด

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม ปานกลางค่อนไปทางสูงและมีผลการรักษาเอชไอวี ณ ปัจจุบันได้ผลดีกล่าวคือ ส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวมากกว่า ก่อนเริ่มการรักษา รวมทั้งยังมีปริมาณไวรัสเอชไอวี ลดลงสู่ระดับที่ไม่สามารถก่อพยาธิสภาพได้ และไม่พบว่า มีอาการ แสดงของเอดส์อีกด้วย ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Valerie และคณะ[85] การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อการรักษาเอชไอวี

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนความยึดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มีระดับสูงและปานกลางค่อนไปทางสูงตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัย คาดว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่ง ผ่านประสบการณ์ การเผชิญปัญหา ในที่นี้ประเมินจาก จำนวนปีในการเข้ารับการรักษาการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรักษา ที่ 11 ปี ซึ่งนับได้ว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน สำหรับการปรับตัว ในสถานการณ์ การเผชิญปัญหา ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการ วัดคะแนนความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคม ออกมาได้ในระดับที่สูงและปานกลางค่อนไปทางสูงตามลำดับ

เนื่องจากการศึกษานี้ ทำศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นศูนย์วิจัยและศึกษา ให้บริการทางการรักษาพยาบาลเฉพาะโรค มีความพร้อมและบริบทที่แตกต่างจาก สถานพยาบาลโดยทั่วไปทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้ จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรโดยทั่วไปได้ แต่อาจใช้เป็น ตัวอย่างในการปรับรูปแบบ การให้บริการเพื่อหวังผล ในการดูแลกลุ่มผู้ติด

เชื้อเอชไอวีเอดส์ อย่างเหมาะสมกับบริบท ของการจัดการ การให้บริการทางการรักษาพยาบาล เฉพาะกลุ่มได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่าความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระดับความยืดหยุ่นดังกล่าว ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา หากแต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านจิตสังคม ในที่นี้หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเห็นว่าเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงขอเสนอข้อเสนอแนะ ในการทำการศึกษาครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากความยืดหยุ่น มีคุณสมบัติที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาได้ ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบ ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินการคงระดับความยืดหยุ่นในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาระยะยาว ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการคำนึงถึง องค์ประกอบร่วมอื่นๆเช่น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ณ ช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้ควรประเมินร่วมกับ คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตอื่นๆร่วมด้วยเช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษา ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส เพื่อประเมินการเผชิญ ภาวะวิกฤตและเป็นการคัดกรอง เพื่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3. ควรทำการศึกษา ในกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด หรือกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษา ในด้านนี้ ซึ่งผลการศึกษาอาจเกิดประโยชน์ในการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ในขณะเดียวกันก็จะสามารถ ระบุแนวทางการให้ความช่วยเหลือ ตรงตามความต้องการเฉพาะกลุ่ม อย่างเหมาะสม

4. ควรทำการศึกษา ระดับความยืดหยุ่นของ ในสถานพยาบาลทั่วไป ที่มีบริบทการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐาน การบริการทางสาธารณสุข ของแหล่งบริการทางสุขภาพ ซึ่งประชากรทุกกลุ่มเข้าถึงได้ เช่น โรงพยาบาล ที่ให้บริการในทุกระดับระดับทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงศูนย์บริการเฉพาะทางอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อเล็งเห็นผลถึงการเผชิญภาวะ วิกฤติอย่างเหมาะสมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5. เนื่องจากปัจจุบัน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความหลากหลายทางเพศ การศึกษาเฉพาะกลุ่ม อาจเป็นประโยชน์ในการศึกษาและทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มแยกเช่น ทำเฉพาะ เพศ ชาย หญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มคนข้ามเพศ เป็นต้นเนื่องจากความแตกต่างทางเพศสภาพนั้นส่งผลถึงบริบทและพฤติกรรม ค่านิยม ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

6. ควรศึกษาความยืดหยุ่น ในด้านความสัมพันธ์กับการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับจาก คนรอบข้าง และสังคม และรวมถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีต่อตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วย ทั้งนี้ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลในเชิงลึก ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมิน สภาวะทางจิตสังคม ซึ่งอาจเล็งถึงประโยชน์ การค้นพบสาเหตุของปัญหา และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการตีราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการแก้ปัญหาเอชไอวี ในปัจจุบัน

Chulalongkorn University

7. ควรทำการศึกษา เชิงคุณภาพ เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อประเมินแหล่งประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอยู่และเพื่อเล็งผลถึงการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตระหนักถึงการมีอยู่ของแหล่งประโยชน์เหล่านั้น ทั้งนี้เมื่อเกิดการตระหนักย่อมส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าถึงแหล่งประโยชน์ดังกล่าว ทำให้ความรู้สึก ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ ลดลงได้บ้าง และสืบเนื่องจาก ความยืดหยุ่นเป็นคุณสมบัติ ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและวิกฤติการณ์ในชีวิต ดังนั้น ควรศึกษาถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติในอดีตร่วมด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระดับความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือ ระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกินกว่าครึ่งอยู่ในระดับสูง บ่งบอกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิตในระดับสูง จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเข้มแข็ง ในตนเองในระดับหนึ่งทั้งนี้ความเข้มแข็งนี้ ยังสามารถพัฒนาได้อีก ผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งทางใจ มีความยืดหยุ่น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น ($p< 0.005$) จึงเป็นที่ชัดเจนว่า การให้ความสนับสนุนจากสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกมีผลต่อความยืดหยุ่น หรือความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน แม้ปัจจุบันจะมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนมากมาย ให้ความสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งในเชิงระบบ และการให้ข้อมูลข่าวสาร แต่ก็ยังพบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังคงมีอยู่ ทั้งนี้จากผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรมีการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งในระดับชุมชน ในสถานศึกษา ครอบครัว หรือแม้แต่ กับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหมายรวมถึงการปรับภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งปัจจุบันมีความแตกต่างจากในอดีต

รายการอ้างอิง

1. ศูนย์สารสนเทศทางระบาดวิทยา. 1 ธันวาคม วันเอดส์โลก ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์ 2558 [cited 4 มกราคม 2559]. Available from: http://www.DDCWatch-AIDs_1450280334.pdf.

2. สำนักระบาดวิทยา. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 2558 [cited 4 มกราคม 2559]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf.

3. โสภณ เมฆธน. คนไทยรังเกียจผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นพบ 80% ไม่รู้รับยาต้านฯฟรี หากติดเอดส์ 2558 [cited 4 มกราคม 2559]. Available from: http://astv.mobi/AHqTr7T.

4. ประพันธ์ ภานุภาค. FUTURE OF HIV PREVENTION. The18th Bangkok International Symposium on HIV Medicine; THAI: Plenary presentation; 2016.

5. อำนวย กาจีนะ. เดินหน้ารณรงค์ ยุติการตีตราคนไข้โรคเอดส์ 2558 [cited 4 มกราคม 2559]. Available from: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=77143.

6. ประพันธ์ ภานุภาค. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ฮีฟแนท (HIV-NAT) 2557 [cited 18 มกราคม 2559]. Available from: http://www.redcross.or.th/article/41969.

7. Fang X, Vincent W, Calabrese SK, Heckman TG, Sikkema KJ, Humphries DL, et al. Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. Aging Ment Health. 2015;19(11):1015-21.

8. Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. Am Psychol. 2013 May-Jun;68(4):225-36.

9. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Protective factors and resilience in people living with HIV/AIDS. Cad Saude Publica. 2007 Sep;23(9):2023-33.

10. Thomas-Slayter BP, Fisher WF. Social capital and AIDS-resilient communities: Strengthening the AIDS response. Global Public Health. 2011;6(sup3):S323-S43.

11. Ebersöhn L, Ferreira R. Coping in an HIV/AIDS-dominated context: teachers promoting resilience in schools. Health Education Research. 2011;26(4):596-613.

12. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, อุษา ทิสยากร. เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก : การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ = HIV/AIDS clinical and clinical research : state of the art review 1998. 1 ed. กรุงเทพฯ: หน่วยโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541:46-49

13. พิไลพันธ์ พุธวัฒนะ, วรรณี กัณฐกมาลากุล, เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. เอชไอวีและจุลชีพฉวยโอกาส. 1 ed. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย; 2541:2-40

14. ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: หน่วยโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

15. Hillesheim E, Lima LR, Silva RC, Trindade EB. Dietary intake and nutritional status of HIV-1-infected children and adolescents in Florianopolis, Brazil. Int J STD AIDS. 2014 May;25(6):439-47.

16. ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2555;15(3):217-26.

17. Boyes ME, Cluver LD. Relationships Among HIV/AIDS Orphanhood, Stigma, and Symptoms of Anxiety and Depression in South African Youth. Clinical Psychological Science. 2013;1(3):323-30.

18. มัตติกา ใจจันทร์, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ตราบาป กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2558;26(2):78-92.

19. ธนา นิลชัยโกวิทย์. HIV เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วย HIV. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2537. 47-73,113-28 p.

20. ปนัดดา ปริยทฤฆ. เอดส์ : การยอมรับและการช่วยเหลือจากสังคม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2540;15:2-7.

21. สุสัณหา ยิ้มแย้ม, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาด พจนามาตร์, วิจิตร ศรีสุพรรณ. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2543.

22. Kremer H, Ironson G, Porr M. Spiritual and Mind–Body Beliefs as Barriers and Motivators to HIV-Treatment Decision-Making and Medication Adherence? A Qualitative Study. AIDS Patient Care and STDs. Feb 2009, 23(2): 127-134;23(2):127-34.

23. Green J, Sherr L. Dying ,Bereavement and Loss. In: Creaner A Mc, Green J, editors. Counselling in HIV Infection and AIDS. Oxford: Marston; 1989. p. 207-23.

24. Kemp C. Terminal Illness : Psychosocial Needs, Problem, and Intervention. Texas: WY; 1999.

25. Menenberg SR. Somatopsychology and AIDS victims. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1987 May;25(5):18-22.

26. Scandlyn J. When AIDS became a chronic disease. West J Med. 2000;172(2):130-3.

27. Green J. Counselling in HIV infection and AIDS. London: Blackwell Scientific Publications; 1989. 207-23 p.

28. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. ตราบาป : การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารกองการพยาบาล. 2556;40(3):114-25.

29. ณภัควรรต บัวทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วมในระดับบุคคล ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

30. เปรมจิตร์ ตันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2558;29(1):80-97.

31. ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ป้องกันและรักษาได้.สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย 2556 [cited 2017 MAY 20]. Available from: http://www.thaiaidssociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=89.

32. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, ธันยวีร์ ภูธนกิจ, โอภาส พุทธเจริญ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. In: สุเมธ องค์วรรณดี, editor. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

33. Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2007 อ้างถึงใน จันทร์สุดา จันทร์นพคุณ. ระดับพลังสุขภาพจิตของพยาบาลจบใหม่หมุนเวียนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

34. Grotberg E.H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit 1995 [cited 2016 Jan 4]. Available from: http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html.

35. American Psychological Association. The road to resilience 2016 [cited 2016 Jan 4]. Available from: http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx.

36. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคฎา โคตนารา. ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติ: การทบทวนบทความทางวิชาการ (Resilience: A Review Literature). วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552;32(1):90-101.

37. ราชบัณฑิตยสถาน. ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 3 ed. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2547.

38. 5 เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ RQ. กรุงเทพ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2552.

39. Wagnild GM, Collins JA. Assessing resilience. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2009 Dec;47(12):28-33.

40. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. Front Behav Neurosci. 2013;7:10.

41. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatr Scand. 2013 Jul;128(1):3-20.

42. Rosowsky E. Challenge and Resilience in Old Age. Generations. 2009;33(3):100-2.

43. Resnick B. Resilience in aging: the real experts. Geriatr Nurs. 2008 Mar-Apr;29(2):85-6.

44. Wagnild GM. Discovering Your Resilience Core. All rights reserved. 2010;4:1-4.

45. Wagnild G. A review of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 2009;17(2):105-13.

46. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. Aging Ment Health. 2008 May;12(3):285-92.

47. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. Nurs Forum. 2007 Apr-Jun;42(2):73-82.

48. Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. J Gerontol Nurs. 2003 Dec;29(12):42-9.

49. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. Psychosomatics. 2011 May-Jun;52(3):199-209.

50. อัจฉรา สุขารมณ์. การฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต Resilience Quotient : RQ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2559;4(1):209-20.

51. เยาวนาฎ ผลิตนนท์เกียรติ. คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง). In: เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อุษา ลิ่มชิ้ว, ชาดา ประจง, editors. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2550.

52. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, เยาวนาฎ ผลิตนนท์เกียรติ. บทความฟื้นฟูวิชาการ ความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3):190-8.

53. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1993 Winter;1(2):165-78.

54. Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow A, Hansen N. Annual Research Review: Mental health and resilience in HIV/AIDS-affected children-- a review of the literature and recommendations for future research. J Child Psychol Psychiatry. 2013 Apr;54(4):423-44.

55. Dale SK, Cohen MH, Kelso GA, Cruise RC, Weber KM, Watson C, et al. Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors. Sex roles. 2014;70(5-6):221-31.

56. Fumaz CR, Ayestaran A, Perez-Alvarez N, Munoz-Moreno JA, Molto J, Ferrer MJ, et al. Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. AIDS Care. 2015;27(11):1396-403.

57. Spies G, Seedat S. Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. BMJ Open. 2014;4(2):1-7.

58. Holtz CS, Sowell R, Velasquez G. Oaxacan women with HIV/AIDS: resiliency in the face of poverty, stigma, and social isolation. Women Health. 2012;52(6):517-35.

59. Andrew HA, Roy SC. The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement. Norwalk: Appleton & Lange Company; 1991.

60. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985 Sep;98(2):310-57.

61. ชนัดดา ผาสุกมูล. สภาวะจิตวิญญานของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

62. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 1976;38(5):300-14.

63. Barrera JM. Social Support in Adjustment of Pregnant Aldolescent : Assesment Issue. Social Networks and Social Support. London: SAGE publication; 1982. p. 69-96.

64. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Soc Behav. 1982 Jun;23(2):145-59.

65. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 2 ed. California: Appleton & Lange; 1987.

66. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 1981 Dec;4(4):381-406.

67. House JS. Work stress and social support: Addison-Wesley Longman, Incorporated; 1981.

68. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support : TheSocial Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1983;44(1):127-39.

69. Norbeck JS, Tilden VP. International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. J Adv Nurs. 1988 Mar;13(2):173-8.

70. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 2 ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.

71. Brandt PA, Weinert C. The PRQ--a social support measure. Nurs Res. 1981 Sep-Oct;30(5):277-80.

72. Dimond M, Jones SL. Chronic Illness Across the Life Span: Appleton-Century-Crofts; 1983.

73. Brown MA. Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. Nurs Res. 1986 Mar-Apr;35(2):72-6.

74. Sarafino EP, Ewing M. The Hassles Assessment Scale for Students in College: measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. J Am Coll Health. 1999 Sep;48(2):75-83.

75. Pilisuk M, Minkler M. Supportive ties: a political economy perspective. Health Educ Q. 1985 Spring;12(1):93-106.

76. Alonzo AA, Reynolds NR. Stigma, HIV and AIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory. Soc Sci Med. 1995 Aug;41(3):303-15.

Chulalongkorn University

77. Donlou JN, Wolcott DL, Gottlieb MS, Landsverk J. Psychosocial Aspects of AIDS and AIDS-Related Complex. Journal of Psychosocial Oncology. 1985;3(2):39-55.

78. Iribarren S, Siegel K, Hirshfield S, Olender S, Voss J, Krongold J, et al. Self-Management Strategies for Coping with Adverse Symptoms in Persons Living with HIV with HIV Associated Non-AIDS Conditions. AIDS Behav. 2017.

79. อุษณี ลลิตผสาน, มารยาท โยทองยศ, editors. การพัฒนามาตรวัดการฟื้นคืนได้ : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและองค์ประกอบเชิงยืนยัน. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ 2556; 2556; มหาวิทยาลัยกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต.

80. Choowattanapakorn T, Aléx L, Lundman B, Norberg A, Nygren B. Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. Nurs Health Sci. 2010;12(3):329-35.

81. Xu Y, Lin X, Chen S, Liu Y, Liu H. Ageism, resilience, coping, family support, and quality of life among older people living with HIV/AIDS in Nanning, China. Glob Public Health. 2016:1-14.

82. Dale SK, Weber KM, Cohen MH, Kelso GA, Cruise RC, Brody LR. Resilience Moderates the Association Between Childhood Sexual Abuse and Depressive Symptoms Among Women with and At-Risk for HIV. AIDS Behav. 2015;19(8):1379-87.

83. Lyons A, Heywood W, Rozbroj T. Psychosocial Factors Associated with Resilience in a National Community-Based Cohort of Australian Gay Men Living with HIV. AIDS Behav. 2016;20(8):1658-66.

84. Overbeck.I, Bartels M, Decker O, Harms J, Hauss J, Fangmann J. Changes in quality of life after renal transplantation. Transplant Proc. 2005 Apr;37(3):1618-21.

85. Earnshaw VA, Lang SM, Lippitt M, Jin H, Chaudoir SR. HIV stigma and physical health symptoms: do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? AIDS Behav. 2015 Jan;19(1):41-9.

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การแปลงค่า Log เป็นตัวเลข

ช่วงของปริมาณไวรัสที่วัดได้ กว้างมากจนทำให้ เกิดการแสดงค่าปริมาณไวรัสในรูปของ logarithmic (log) scale ซึ่งง่ายกว่าในการระบุค่า ปริมาณไวรัสที่สูงมาก และมีน้อยมาก เช่น น้อยกว่า 50 copies / mL สำหรับในการรักษาคือ 1.7 logs ในการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นปริมาณไวรัส 10 ล้าน คือ 7.0 logs ค่า Log ในบางครั้งปริมาณไวรัสอาจแสดงเป็นค่า log เนื่องมาจาก ค่าดังกล่าวสามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างได้ถึง 10 เท่า โดย ปกติค่าจะแสดงเป็น log ฐาน 10 นั่นคือ 1.0 log มีค่าเท่ากับ 10, 2.0 log มีค่าเท่ากับ 10 ยกกำลัง 2 ซึ่งก็คือ 100, 3.0 log จะเท่ากับ 1000, 4.0 log จะเท่ากับ 10000 และ5.0 log จะเท่ากับ 100000 หากผู้ป่วยมีค่า 3.5 log ก็หมายความว่ามีปริมาณไวรัสมากกว่า 3.0 log ถึง 5 เท่า บางครั้งการใช้ค่า log จึงง่ายต่อการอ่านผล การเปลี่ยนแปลงมากกว่าการดูเป็นจำนวน copies/ml ดังตารางต่อไปนี้

ตารางการแปลงค่า Log ฐาน 10 ปริมาณไวรัส เอชไอวี

Log_{10}	copies/mL
7	10,000,000
6.9	7,943,282
6.8	6,309,573
6.7	5,011,872
6.6	3,981,072
6.5	3,162,278
6.4	2,511,886
6.3	1,995,262
6.2	1,584,893

Log_{10}	copies/mL
6.1	1,258,925
6	1,000,000
5.9	794,328
5.8	630,957
5.7	501,187
5.6	398,107
5.5	316,228
5.4	251,189
5.3	199,526
5.2	158,489
5.1	125,893
5	100,000
4.9	79,433
4.8	63,096
4.7	50,119
4.6	39,811
4.5	31,623
4.4	25,119
4.3	19,953

Log_{10}	copies/mL
4.2	15,849
4.1	12,589
4	10,000
3.9	7,943
3.8	6,310
3.7	5,012
3.6	3,981
3.5	3,162
3.4	2,512
3.3	1,995
3.2	1,585
3.1	1,259
3	1,000
2.9	794
2.8	631
2.7	501
2.6	398
2.5	316
2.4	251

Log_{10}	copies/mL
2.3	200
2.2	158
2.1	126
2	100
1.9	79
1.8	63
1.7	50
1.6	40
1.5	32
1.4	25
1.3	20
1.2	16
1.1	13
1	10
0.9	8
0.8	6
0.7	5
0.6	4
0.5	3

Log_{10}	copies/mL
0.4	3
0.3	2
0.2	2
0.1	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	AF 10-04/4.0 **เอกสารข้อมูลคำอธิบาย** **สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participant)**

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ผู้ทำวิจัย ชื่อ นางสาวนปภัช เมืองมา

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-909701719

อาจารย์ที่ปรึกษา ชื่อ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330 เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 087-9210092

ทุนวิจัย ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

<u>เหตุผลความเป็นมา</u>

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิต ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ทั้งจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ จากสังคมและคนใกล้ชิดที่สำคัญคือตัวผู้ติดเชื้อเอง เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ผลข้างเคียงในการรักษายังส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต นับเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ความยืดหยุ่น

และแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งสามารถทำให้บุคคลสามารถผ่านสถานการณ์วิกฤติได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาสุขภาพจิตและงานวิจัยต่อไป

<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>

1.เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	**AF 10-04/4.0** **เอกสารข้อมูลคำอธิบาย** **สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participant)**

2.ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

3.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 130 คน

<u>วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย</u>

ผู้วิจัยจะทำการสุ่มเลือกอาสาสมัครโดยวิธีการ Systematic sampling จากลำดับรอรับการตรวจรักษาของคนไข้ 1 รายเว้น 1 ราย จากคลินิกตรวจ คนไข้ระยะยาว ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 10 รายต่อวัน
หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินตนเองแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม

ปัจจัยด้านการรักษา ผู้วิจัยจะสอบถามท่านพร้อมกับอ้างอิงข้อมูลจากระเบียนของท่าน ส่วนที่3 แบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วยแบบวัดความยืดหยุ่น มีข้อคำถาม 25 ข้อ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมมีข้อคำถาม 20ข้อ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ประมาน 30-35 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถทราบถึงระดับความยืดหยุ่นของตนเอง ซึ่งสามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัวและยืดหยุ่นเมื่อเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตได้ สามารถปรับตัวและมีความสุขในชีวิตและผลการศึกษาที่ได้จะเป็นในการนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลการวางแผนส่งเสริมความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และสถานพยาบาลอื่นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	AF 10-04/4.0 **เอกสารข้อมูลคำอธิบาย** **สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participant)**

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีอันตรายต่อร่างกายเนื่องจากเป็นการสอบถามโดยกระดาษคำถาม อาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจบ้างเนื่องจากการตอบแบบสอบถาม ท่านต้องนึกถึงภาวะวิกฤติหรือ

เหตุการณ์รุนแรงในชีวิตที่ผ่านมาแล้วในอดีต และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนปภัช เมืองมา โทร 0-909701719ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

ค่าตอบแทน

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆแต่ผลการศึกษาของโครงการวิจัยนี้นอกจากเกิดประโยชน์แก่ท่านในการทราบระดับความยืดหยุ่นแล้วยังอาจเกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างการยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนปภัช เมืองมา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-909701719)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

	(Information sheet for research participant)

<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวนปภัช เมืองมา

.....

	คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	AF 10-05/4.0 **เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน** **โครงการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่..... .....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ ..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	AF 10-05/4.0 **เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมใน

โครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ส่วนที่1 แบบสอบถามทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล (8 ข้อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ชาย ☐$_1$ หญิง ☐$_2$ อื่นๆ☐$_3$ (โปรดระบุ).....

3. สถานภาพสมรส

โสด ☐$_1$

แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา ☐$_2$

หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ☐$_3$

หย่าร้าง ☐$_4$

แยกกันอยู่ ☐$_5$

4. วุฒิการศึกษา

ไม่ได้เรียน ☐$_1$

ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_2$

มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_3$

อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_4$

ปริญญาตรี ☐$_5$

สูงกว่าปริญญาตรี ☐$_6$

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐$_1$

เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา ☐$_2$

รับจ้างทั่วไป ☐$_3$

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐$_4$

พนักงานบริษัทเอกชน ☐$_5$

ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ☐$_6$

อื่นๆ ☐$_7$ (โปรดระบุ).....

6.รายได้

ไม่มีรายได้ ☐$_1$ มีรายได้ ☐$_2$ ประมาณ (โปรดระบุ.....บาทต่อเดือน

7. ท่านมีโรคประจำตัวทางจิตเวชหรือไม่

ไม่มี ☐$_1$ มี ☐$_2$ (โปรดระบุ).....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

8. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส 6 เดือนที่ผ่านมา
ท่านลืมและไม่ได้รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส จำนวนกี่ครั้งในระยะเวลาต่อไปนี้
กรุณาเติมตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด (กรณีที่ไม่ลืม เติม 0)

6 เดือนที่ผ่านมา	3 เดือนที่ผ่านมา	1 เดือนที่ผ่านมา	7 วันที่ผ่านมา

<u>ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรักษาจากระเบียนประวัติผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)</u>

1. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับการรักษาเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

2. ปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4)ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส .....เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลิลิตร

วันที่ตรวจ...../...../.....(.วัน/เดือน/ปี)

ปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4)ปัจจุบัน.....เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลิลิตร

วันที่ตรวจ...../...../.....(.วัน/เดือน/ปี)

3. ปริมาณไวรัสเอชไอวี(VL)ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส .....

วันที่ตรวจ...../...../.....(.วัน/เดือน/ปี)

ปริมาณไวรัสเอชไอวี(VL)ปัจจุบัน .....

วันที่ตรวจ...../...../.....(วัน/เดือน/ปี)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรักษาจากระเบียนประวัติผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย) (ต่อ)</u>

4. ประวัติการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

5. ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจากเชื้อฉวยโอกาส

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบวัดความยืดหยุ่น

คำแนะนำ ท่านมีความเห็นด้วยมากน้อยเพียงใดว่าท่านมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. เมื่อใดที่ฉันวางแผนแล้วฉันจะลงมือทำตามแผนนั้น							
2. ฉันมักจัดการอะไรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเสมอ							
3. ฉันสามารถจัดการกับตนเองได้มากกว่าใครๆ							
4. การจดจ่ออยู่กับสิ่งต่างๆเป็นเรื่องสำคัญสำหรับฉัน							
5. ฉันสามารถอยู่กับตัวเองได้หากจำเป็น							
6. ฉันรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อฉันทำอะไรสำเร็จ							
7. ฉันมักจัดการอะไรได้สำเร็จเสมอ							
8. ฉันเป็นเพื่อนที่ดีกับตัวเอง							
9. ฉันคิดว่าฉันสามารถทำงานได้หลายอย่างในเวลาเดียวกัน							
10. ฉันเป็นคนมีความตั้งใจแน่วแน่							
11. ฉันไม่ค่อยสงสัยหรือกังวลหรอกว่าประเด็นปัญหาของทั้งหมดคืออะไร							
12. ฉันทำอะไรหลายอย่างในวันและเวลา							

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เดียวกัน							
13. ฉันสามารถรับได้กับช่วงเวลาที่มีปัญหายุ่งยากเพราะเคยมีประสบการณ์มาแล้ว							
14. ฉันมีระเบียบวินัยในตัวเอง							
15. ฉันให้ความสนใจสิ่งต่างๆอยู่เสมอ							
16. ฉันมักจะมองหาสิ่งที่ทำให้ฉันได้หัวเราะ							
17. ความเชื่อมั่นในตัวเองของฉันทำให้ฉันต้องพบกับปัญหายุ่งยาก							
18. ในช่วงเวลาที่ฉุกเฉินฉันเป็นคนที่คนอื่นสามารถพึ่งพาอาศัยได้							
19. ฉันมักจะมองเหตุการณ์ในหลายๆแง่มุม							
20. บางครั้งฉันจะลงมือทำอะไรเองแม้จะชอบหรือไม่ก็ตาม							
21. ชีวิตของฉันมีความหมาย							
22.ฉันไม่หมกมุ่นคิดอยู่กับเรื่องราวที่ฉันทำไม่ได้							
23. เมื่อมีความยุ่งยากฉันมักหาทางออกได้เสมอ							
24. ฉันมีพละกำลังมากพอที่จะทำในสิ่งที่ต้องทำ							
25. ไม่เป็นไรถ้าจะมีคนไม่ชอบฉัน							

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

เหตุการณ์ต่อไปนี้เกี่ยวกับความช่วยเหลือและกำลังใจที่ผู้อื่นมีต่อท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ลงบนคำตอบ
ที่ใกล้เคียงหรือตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ในเหตุการณ์ต่อไปนี้ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น<u>ได้ตามที่ท่านต้องการในระดับใด</u>	มากที่สุด (1)	มาก (2)	ปานกลาง (3)	น้อย (4)	น้อยที่สุด (5)
1. ฉันมีคนดูแลเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน					
2. ฉันได้รับความรักความอบอุ่น					
3. ฉันมีคนที่จะคุยด้วยเกี่ยวกับปัญหาด้านการงาน					

และปัญหางานบ้าน					
4. ฉันมีโอกาสพูดคุยกับคนที่ฉันไว้วางใจเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัว					
5. ฉันมีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเงิน					
6. ฉันได้รับการชวนให้ออกไปทำกิจกรรมต่างๆนอกบ้านกับผู้อื่น					
7. ฉันได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิต					
8. ฉันได้รับความช่วยเหลือเมื่อฉันเจ็บป่วยจนล้มหมอนนอนเสื่อ					
9. มีคนให้ความช่วยเหลือเรื่องเงินเมื่อท่านต้องการ					
10. มีคนช่วยทำงานบ้านให้เมื่อท่านป่วย					
11. มีคนทำอาหารให้ท่านรับประทานเมื่อท่านป่วย					
12. มีคนให้ความรักและทำให้คุณรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ					
13. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวในเรื่องที่ท่านคิดว่าสำคัญสำหรับท่าน					
14. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน ในเรื่องที่ท่านคิดว่าสำคัญสำหรับท่าน					
15. ผู้อื่นอยากให้ท่านเปลี่ยนแปลงตัวเองโดยที่ท่านไม่อยากทำ					

16. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านพบกับญาติหรือได้ข่าวที่ญาติเล่าให้ฟัง

1 น้อยกว่า 1ครั้งต่อเดือน

2 เดือนละครั้ง

3 2-3ครั้งต่อเดือน

4 ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

5 ทุกวัน

17. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านพบกับเพื่อนหรือได้ข่าวที่เพื่อนเล่าให้ฟัง

1 น้อยกว่า 1ครั้งต่อเดือน

2 เดือนละครั้ง

3 2-3ครั้งต่อเดือน

4 ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

5 ทุกวัน

18. ท่านมีเพื่อนสนิทกี่คนที่ท่านรู้สึกสนิทใจและสามารถพูดคุยเรื่องส่วนตัวหรือขอความช่วยเหลือได้อย่างสบายใจ

1 ไม่มีเลย

2 1-2 คน

3 3-4 คน

4 5-8 คน

5 9 คนหรือมากกว่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

19. บ่อยครั้งเพียงใดที่ปัญหาทางสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์กับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

1 ไม่เลย

2 นานๆ ครั้ง

3 บางครั้ง

4 เกือบทุกครั้ง

5 ทุกวัน

20. โดยทั่วๆ ไปท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใดกับการช่วยเหลือและกำลังใจที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนของท่าน

1 ไม่พอใจเลย

2 ไม่ค่อยพอใจ

3 พอใจปานกลาง

4 พอใจมาก

5 พอใจมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวนปภัช เมืองมา

วัน เดือน ปีเกิด 05 มิถุนายน พ.ศ.2524 จังหวัดลำปาง ปัจจุบันอายุ 35 ปี

พ.ศ. 2547 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เอกอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

พ.ศ.2558 ถึง ปัจจุบัน เข้ารับการศึกษาต่อ ในระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558

และปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิจัย ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทย แลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University