



การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน

STIGMA, HEALTH BEHAVIOR, AND ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE
SERVICES OF HIV PATIENTS IN NAN PROVINCE

จรินทร์ สารทอง

ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

สำนักวิชาศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2557

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน

STIGMA, HEALTH BEHAVIOR, AND ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE
SERVICES OF HIV PATIENTS IN NAN PROVINCE

จรินทร์ สารทอง

ดุษฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

สำนักวิชาศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2557

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน

STIGMA, HEALTH BEHAVIOR, AND ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE
SERVICES OF HIV PATIENTS IN NAN PROVINCE

จรินทร์ สารทอง

คุณศึกษานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

2557

คณะกรรมการสอบคุณนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สรบุศย์ รุ่งโรจน์สุวรรณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา อุปโยคิน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา)

..... กรรมการ
(ดร. พลวัฒน์ ประพัฒน์ทอง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. มัลลิกา มัติโก)

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์เรื่องการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน ในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมือของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน ที่ได้สละเวลาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อความกรุณาและการเอาใจใส่ ให้คำแนะนำด้วยดีตลอดมา ของรองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา อุปโยคิน และรองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา ที่ได้ใช้ความรู้ในการอธิบาย ให้แนวทางในการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการเขียนเอกสารทางวิชาการแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สรบุศย์ รุ่งโรจน์สุวรรณ ประธานกรรมการสอบรองศาสตราจารย์ ดร. มัลลิกา มัติโก และ ดร. พลวัฒน์ ประพัฒน์ทอง กรรมการในการสอบ และคณาจารย์ผู้สอนที่ได้ให้ความรู้ตลอดในการศึกษาคุษฎีนิพนธ์ ตลอดจนสำนักวิชาศิลปศาสตร์ สำนักงานบัณฑิตศึกษา และศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้ให้คำแนะนำในการศึกษาและค้นคว้า ด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน ที่ให้ข้อมูลสำหรับผู้วิจัย การศึกษาและการทำงานได้รับการสนับสนุนจากบิดา มารดา และญาติพี่น้อง ในเรื่องทุนการศึกษา และกำลังใจในการศึกษา สุดท้ายนี้ ผลประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดขึ้น ขอมอบให้กับทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางท่านที่ได้เสียชีวิตไปแล้ว และข้อผิดพลาดประการใดที่เกิดขึ้นจากการวิจัยผู้วิจัยขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

จรินทร์ สารทอง

ชื่อเรื่องคุณูปการ	การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน
ชื่อผู้เขียน	จรินทร์ สารทอง
หลักสูตร	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สังคมศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา อุปโยคิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

บทคัดย่อ

การศึกษาการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์ 5 ประการ ได้แก่ (1) การรับรู้การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (3) การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (4) ลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และ (5) ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับ พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 340 ราย ผลการศึกษา พบว่า สังคมมองผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นบุคคลที่มลทิน ไม่มีพื้นที่ทางสังคม นำรังเกียจ ไร้คุณค่า ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อยังคงมีพฤติกรรม สุขภาพเหมือนคนปกติและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสที่ครอบคลุม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

จากการใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการติตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านลักษณะประชากร และประวัติความเจ็บป่วย เช่นเดียวกันพบว่าการติตรามีความสัมพันธ์กับด้านความรังเกียจเตียงคั่นและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาพรวมพบว่าการติตรายังมีอยู่มากในชุมชน รวมทั้งในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีให้คุณค่าตนเองในเชิงลบ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ปฏิเสธรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ

คำสำคัญ: ติตรา/พฤติกรรมสุขภาพ/การเข้าถึงแหล่งบริการ



Dissertation Title	Stigma, Health Behavior and Accessibility to Health Care Service of HIV Patients in Nan Province
Author	Jarin Santhong
Degree	Doctor of Philosophy (Social Science)
Advisor	Assoc. Prof. Dr. Preecha Upayokin
Co-Advisor	Assoc. Prof. Dr. Saipin Kasemkitwatana

ABSTRACT

The research on “Stigma, Health Behavior, and Accessibility to health care service of HIV patients” was conducted in Nan Province. The objective of this research is to find out; (1) perceptions on social stigma of the HIV patients; (2) health behavior of HIV patients; (3) accessibility to health care service of HIV patients (4) demographic characteristics and chronology of illness associating with stigma, health behavior, and accessibility to health care service; (5) the relationship between stigma and health behavior and accessibility to health care service. Quantitative method was utilized for obtaining the finding results with 340 respondents. It was found that the society looked at HIV patients as unclean persons, less social space, offensive and outcasts. At present, HIV patients are performed normal health behaviors like others, and followed doctors’ suggestions. The HIV patients were able to receive free antiretroviral drugs regularly without payment.

Statistical analysis of the relationship among related factors such as stigma, health behavior, and accessibility to health care service, demographic characteristics, and chronology of illness revealed that stigma was significantly associated with prejudice and social interaction. The results disclosed that stigma still exists in the community and the family as well. This evidence reflects the fact that patients with HIV have expressed negative self-devaluation causing the refusal to receive treatment from government health care services.

Keywords: Stigma/Health behavior/Accessibility to health care service



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(3)
บทคัดย่อภาษาไทย	(4)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(6)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 คำถามการวิจัย	8
1.3 วัตถุประสงค์	9
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	9
1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	11
1.6 ขอบเขตการวิจัย	11
1.7 นิยามศัพท์	11
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์	14
2.2 แนวคิดการตีตรา	27
2.3 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ	49
2.4 แนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	58
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 ระเบียบวิธีวิจัย	80
3.1 ประชากร และสถานที่ดำเนินการวิจัย	80
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	89
3.4 การรวบรวมข้อมูล	90
3.5 การตรวจสอบข้อมูล	90
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	91
4 ผลการศึกษา	92
4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรและประวัติความเจ็บป่วย	93
4.2 การรับรู้การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	94
4.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	103
4.4 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	109
4.5 ลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	115
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	121
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่ง บริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	123

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่	
5 สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	128
5.1 สรุปผลการศึกษา	128
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	137
5.3 ข้อค้นพบจากการวิจัย	157
5.4 ข้อเสนอแนะ	158
รายการอ้างอิง	162
ภาคผนวก	183
ภาคผนวก ก ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรและประวัติความเจ็บป่วย	184
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	189
ภาคผนวก ค ผู้ตรวจเครื่องมือวิจัย	203
ประวัติผู้เขียน	204

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 การเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas และ World Health Organization (WHO)	62
3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	81
4.1 ระดับการตีตรา ด้านความรังเกียจเพียงคนเดียว	96
4.2 ระดับการตีตรา ด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	98
4.3 ระดับการตีตรา ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง	100
4.4 ระดับการตีตรา ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น	102
4.5 การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี	104
4.6 ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ	111
4.7 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการตีตรา	116
4.8 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ	118
4.9 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการเข้าถึงแหล่งบริการ	119
4.10 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการตีตรา	121
4.11 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ	122
4.12 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	123
4.13 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการตีตรากับพฤติกรรมสุขภาพ	124
4.14 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการตีตรากับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	125

สารบัญญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
2.1 กระบวนการตีตราตามแนวคิดของ Goffman	30
2.2 กระบวนการประทับตราบาปตามแนวคิดของ Dinitz, Russell & Alfred	31
2.3 กระบวนการพัฒนาไปสู่ความเบี่ยงเบนพฤติกรรมของ Lemert	32
2.4 ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ	64



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) นับว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงคุกคามต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรในวัยเจริญพันธุ์ เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ เกิดการสูญเสียโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายาและการสูญเสียแรงงาน การสูญเสียทางอ้อม จากการเสียชีวิตที่พึงจะเกิดขึ้น ทั้งยังส่งผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อชุมชนและสังคม โดยมีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ กระจายอยู่ในทุกประเทศทั่วโลก

ปัญหาโรคเอดส์ได้อุบัติขึ้นครั้งแรกในประเทศคองโก ทวีปแอฟริกา เมื่อปี พ.ศ. 2521 ต่อมาได้แพร่กระจายเข้าไปในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2524 หลังจากนั้นโรคเอดส์ได้แพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้ออยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2010) ซึ่งจากรายงานขององค์การเอดส์โลก (UNAIDS) ปี พ.ศ. 2555 มีประชาชนและเด็กที่ติดเชื้อเอดส์สะสม จำนวน 35 ล้านคน ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ 2.1 ล้านคน อัตราความชุกของโรค ร้อยละ 0.8 เสียชีวิตแล้ว จำนวน 1.7 ล้านคน อัตราความชุกของโรคช่วงอายุ 15 – 24 ปี พบมากที่สุด แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 0.3 และเพศหญิง ร้อยละ 0.5 ในทวีปเอเชีย มีอัตราเพิ่มของผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดทั่วโลก โดยพบมากในประเทศจีน อินเดีย อินโดนีเซียและเวียดนาม (UNAIDS, 2013)

ในประเทศไทย ได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ รายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นชายไทย รักร่วมเพศ มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นเป็นต้นมา ก็มีการระบาดของเชื้อ เอชไอวี (HIV หรือ Human Immuno - deficiency Virus) ไปยังประชากรไทยในกลุ่มต่าง ๆ โดยไม่จำกัด ชนชั้น อาชีพ เพศและวัย เนื่องจากเชื้อเอชไอวี สามารถติดต่อกันได้หลายทาง เช่น เพศสัมพันธ์ เลือด น้ำจากช่องคลอด น้ำอสุจิ เป็นต้น และบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน บุคคลที่มีพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ ผู้ที่ไชยาเสพติดฉีดเข้าเส้น (กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, 2555) จากรายงานสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม ในประเทศไทย จำนวน 376,690 ราย แยกเป็นเพศชาย จำนวน 256,571 คน และเพศหญิง จำนวน 120,119 คน เสียชีวิตแล้ว จำนวน 98,721 คน ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 59 ปี) ร้อยละ 93.95 ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 24.97 อัตราป่วยพบว่าเพศชายมีส่วนของอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง 2 เท่า แต่สถานการณ์ในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา อายุ 10 – 19 ปี มีแนวโน้มพบว่าเพศหญิงมีส่วนของอัตราป่วยเอดส์สูงกว่าเพศชาย 1.26 เท่า ซึ่งเมื่อเทียบอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อแสนประชากร พบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์มากที่สุด ประมาณ 51 คนต่อแสนประชากร โดยจังหวัดพะเยา มีอัตราการป่วยสูงสุดในประเทศ ประมาณ 47 คนต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัดอุทัยธานี ประมาณ 41 คนต่อแสนประชากร จังหวัดนครสวรรค์ ประมาณ 32 คนต่อแสนประชากร จังหวัดอุดรธานี ประมาณ 22 คนต่อแสนประชากร จังหวัดลำปาง ประมาณ 21 คน ต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดน่าน มีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ ประมาณ 8.7 คนต่อแสนประชากร

นับตั้งแต่ที่ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรก และเสียชีวิตในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน ประเทศต้องประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งยอมรับทั่วโลกว่าวิกฤตการณ์โรคเอดส์นั้น เป็นภัยคุกคามชีวิตของมนุษย์ อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หรือผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเท่านั้น แต่โรคเอดส์ได้แพร่ไปจากผู้ชายที่ไปเที่ยวหญิงบริการที่ติดเชื้อเอชไอวี และนำเชื้อมาติดภรรยาของตน จนกระทั่งถึงทารกในครรภ์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การเข้าสู่สถาบันครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระในการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ บางครอบครัวต้องพบกับการล่มสลาย อันเนื่องจากการเป็นโรคนี ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์โรคเอดส์ที่ปรากฏอยู่ในสังคมไทย ยังคงเป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ ขณะเดียวกันปัญหาในตัวของผู้ป่วย ยังคงเป็นปัญหาทางสังคมและจิตใจ ที่ต้องได้รับการบำบัดและการดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ชุมชนและสังคม

ในปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่มียาด้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีในเซลล์ (Simoni, Ho & Karim, 2006; Wamke, Barreto & Temesgen, 2007) การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีหลายตัวร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ เรียกว่า HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) มีเป้าหมายเพื่อลดระดับ HIV RNA ในพลาสมา (Viral load) ให้ได้มากที่สุด จนถึงระดับที่เครื่องที่ใช้ในการตรวจวัดไม่สามารถตรวจวัดได้ (Undetectable level) หรือระดับต่ำกว่า 50-400 copies/ml (Bartlett & Lane, 2009) และคงระดับนั้นไว้

ให้ได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูหรือการรักษาสภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ต้องการการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต (เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์, 2546; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการทานยาต้านไวรัส ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีประสบผลสำเร็จ เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพ ควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ และให้เกิดการคัดค้าน้อยที่สุด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมี Adherence ที่ดีมาก คือ พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยา และมีความต่อเนื่องของการรับประทานยาไปตลอดไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Mohammed et al., 2004; Stout, Leon, & Nicoli, 2004) ถ้าสำหรับผลของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอหรือต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการดื้อยาและมีโอกาสดื้อยาสูตรอื่นๆต่อไป ส่งผลให้การรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยสุขภาพทรุดโทรม ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานไม่ได้ ทำให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น (Sukasem et al., 2007) ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาในสูตรที่มีราคาแพงมากขึ้นซึ่งมีราคาเฉลี่ยสูงถึง 20,000 – 50,000 บาทต่อรายต่อเดือน หรืออาจจะไม่มีสูตรยาที่สามารถรักษาได้ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขโดยรวม คือ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ชนิดเชื้อดื้อยาจะไม่สามารถรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานได้ จะต้องเริ่มรักษาด้วยยาราคาแพงที่มีผลข้างเคียงมาก (ปวีณา สนธิสมบัติ, 2550) อีกทั้งการดื้อยาต้านไวรัส เอชไอวีจัดเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ให้มีชีวิตยืนยาว (สมนึก สังกานุกภาพ, 2551)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 52 บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม เท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 เป็นการรับรองสิทธิในทางการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย และกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของ

ประชาชนชาวไทยทุกคน เพื่อสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดขึ้น เป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามความจำเป็นและให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี (All for health and health for all) (สุกฤษฎ์ กิติศรีวรพันธุ์, 2553)

ในอดีตการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น เมื่อพบว่ามีอาการจะรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้มีการวางแผนการแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นมาโดยตลอด จนถึงในปี พ.ศ. 2540 คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์แห่งชาติ ได้ติดตามปัญหาของความคุ้มครองการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ การพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขให้บริการครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยสามารถเชื่อมโยงกับสังคมด้านอื่น ๆ แต่จากการประเมินผลจากธนาคารโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผลตอบแทนต่ำ ไม่คุ้มทุน ในด้านการยืดอายุผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาค่อนข้างต่ำ การขาดการติดตามประเมินผลของการใช้ยาโดยแพทย์ ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ขาดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

แม้ว่าการพัฒนาและการขยายโอกาสการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พ.ศ. 2544 – 2548 เครื่องข่ายวิจัยทางการแพทย์สามารถพัฒนาองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์ของหน่วยบริการสาธารณสุข แต่ภายใต้งบประมาณที่จำกัดและต้นทุนในการดูแลรักษาที่แพงทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีจำกัด จนมาถึงการประกันสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ เริ่มมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้นำแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักและเร่งด่วน ในการหาเสียงเลือกตั้ง และถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นการประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วน คือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพโดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในส่วนของ การดูแลรักษาโรคเอดส์ ได้ให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ จากแม่สู่ลูก แต่ยังไม่รวมการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์และองค์กรพัฒนาเอกชน ในการเรียกร้องให้โครงการ 30 บาท ให้ความคุ้มครองในส่วนของ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้วย ส่งผลให้ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ได้ร่วมกันกำหนดทิศทางและกลยุทธ์การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ทั้งถึง ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และให้มีการเปิดเผยตัวมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2549 การประกันสุขภาพของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง รัฐบาลได้สนับสนุนแนวคิด “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ และประชาชนชนชาวไทย ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้เสนอนโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน ยกเลิกการถือบัตรทองไปแสดงตนเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่ต้องยุ่งยากในการเตรียมเอกสาร เมื่อเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ

ปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้นำนโยบายการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษา กลับมาใช้ใหม่ ภายใต้แนวคิด 30 บาท ยุคใหม่ เพิ่มคุณภาพ “ร่วมจ่าย ร่วมพัฒนา เพื่อสุขภาพคนไทยที่ดี” ซึ่งเริ่มมีผลใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยมีเหตุผลว่าเป็นเรื่องการเงินศักดิ์ศรีให้ผู้รับบริการ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพดีเพิ่มมากขึ้นและเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการ ถือเป็นหลักประกันด้านสุขภาพที่รัฐบาลมีให้กับผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อและประชาชนชาวไทย ส่วนเรื่องเงินค่าธรรมเนียมที่เก็บจากผู้รับบริการ จะนำไปดูแลผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจบุคลากร และเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนที่ด้อยโอกาส จนทำให้เกิดนโยบาย บูรณาการ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แนวคิด “ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย” ในส่วนของผู้ป่วยเอดส์ มีหลักการที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยทุกรายทุกสิทธิการรักษา สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยเกณฑ์มาตรฐานอันเดียวกัน และผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยวิธีการรักษาแบบเดิมแม้จะมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา

ปัญหาการตีตราจากสังคม ที่อธิบายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนน่ารังเกียจ น่าอับอาย เป็นอันตราย เป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, 2536) อันเนื่องมาจากการผูกติดความคิดไว้กับการพบโรคเอดส์ในครั้งแรกในกลุ่มบุคคลที่ถูกสังคมตีตราไว้ก่อนแล้ว ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้รักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ นำไปสู่ความมีอคติและการแบ่งแยก ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการแสดงความหวาดกลัว รังเกียจเคียดแค้น การปฏิเสธ ไม่ยอมรับ กีดกัน ต่อต้าน ลิดรอนสิทธิประโยชน์ และโอกาสในการรับบริการต่าง ๆ จากสังคม จากบุคคลรอบข้าง จากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางด้านสุขภาพและแม้แต่ผู้ติดเชื้อเอดส์เอง (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์, ประพันธ์ ภาณุภาค, สมทรง วงศ์อุไร และสิทธิชัย เอกอรรถผล, 2553) ประกอบกับการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์มีการนำเสนอในลักษณะที่น่าเกลียด น่ากลัว น่ารังเกียจ เช่น เป็นเอดส์แล้วตาย ไม่มีทางรักษา หรือ มั่วเซ็ม มั่วเพศ ติดเอดส์ถึงตาย หรือแม้แต่กระแสความคิดที่จะแยกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้อยู่ในชุมชนต่างหาก เพราะไม่ต้องการ

ให้อยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ เช่น วัดพระบาทน้ำพุ ซึ่งเป็นสถานที่บำบัดและรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่นำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มาดูแลกัน ผลที่ตามมาทำให้ผู้ที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ถูกทอดทิ้ง รั้งเกียจจากครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ไม่มีที่พักอาศัย ต้องออกจากงานถูกไล่ออก เปลี่ยนงาน ทำให้ขาดรายได้ สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการศึกษา สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสูญเสียความเป็นบุคคล ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอดส์จึงไม่เพียงแต่เผชิญกับการคุกคามของโรคเท่านั้น แต่ยังต้องเผชิญกับการตีตราจากสังคมไปพร้อม ๆ กันอีกด้วยและการตีตราจากสังคมยังเป็นปัจจัยที่กระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วย มากกว่าการเจ็บป่วยที่ปรากฏทางร่างกาย (Saylor, 1990)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ติดเชื้อ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามความเชื่อ ทศนคติ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ ลักษณะบุคลิกภาพและลักษณะของอุปนิสัยต่าง ๆ ของบุคคลนั้น จากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี ของ จามจรี แซ่ลู่ (2553) อธิบายว่าเมื่อผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าการดูแลตนเองสามารถช่วยให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จะเริ่มแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีการปรับตัววิถีชีวิตให้เหมาะสมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การปรับจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อสร้างความหวังให้ตนเอง สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ผลการศึกษาของ Diamond and Buskin (1999) ศึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อธิบายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรับรู้ว่าคุณเองเป็นผู้ติดเชื้อและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ก็ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน และยังคงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงการมีพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเกิดความรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีความรู้สึกว่าตนเองยังไม่พร้อมที่จะได้รับการรักษา และคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสนั้น ทำให้ตนเองถูกแปลกแยกออกจากสังคม ซึ่งจากการที่ผู้ติดเชื้อยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าสู่ระยะการดำเนินของโรคเร็วขึ้น เกิดการรับเชื้อเพิ่ม เกิดภาวะการฉีกขาดต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และทำให้เกิดการแพร่กระจายของ เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้น (Rao, Kekwaletswe, Hosek, Marthinez & Rodriguez, 2007; Veinot et al., 2006)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการสังคม อย่างทั่วถึงนำไปสู่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถให้บริการสุขภาพ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางด้านกายภาพและสาธารณสุขไม่เพียงพอ มีภาระบริการให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งมีจำนวนมากที่ยังรอรับการช่วยเหลือ งบประมาณและสถานที่รองรับผู้ป่วยมีจำกัด และโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนเตียงรองรับจำนวนจำกัด ทำให้ลักษณะ

สังคมของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ เหมือนเป็นคนชายขอบ แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาสามารถได้คำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในวันนัดพบแพทย์และเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายมาใช้บริการในระยะแรก หลังจากนั้นก็หายไป ไม่ได้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะบริการด้านการบำบัดรักษายังไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยยังไม่เกิดการยอมรับในการรักษา การรักษาไม่สะดวกสบาย ผู้ป่วยบางรายไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าพาหนะเดินทาง การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกครั้งเหมือนเดิม ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีเอกสารหลักฐานพร้อมไม่สามารถขอรับบริการ สิทธิประกันสังคมไม่ครอบคลุม การไม่กล้าแสดงตัวเพราะกลัวถูกประณาม เป็นบริการแบบจำกัดไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะยาการบริหารจัดการของหน่วยงานเป็นบริการไม่ยืดหยุ่น มีกฎระเบียบ ขั้นตอนการปฏิบัติมากเกินไป ผู้รับบริการจะเข้าใจและเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทำให้ไม่ยอมมาใช้บริการเพราะทำให้ตนเองสูญเสียคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไป เนื่องจากต้องมาเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้ผู้บริการทราบ (WHO, 2012)

ปัญหาโรคเอดส์ในจังหวัดน่านเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับหลาย ๆ จังหวัดในประเทศ จากข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สะสม จำนวน 4,089 ราย เป็นเพศชาย 2,766 ราย เพศหญิง 1,323 ราย เสียชีวิต 1,395 ราย สัดส่วนการป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2:1 ยังคงมีชีวิตอยู่ 2,694 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด 422 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,272 ราย

สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ จำนวน 2,694 ราย พบว่าทุกรายมีหลักประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ครอบคลุม ร้อยละ 100 แต่จากสถิติการนัดติดตาม (Follow up) ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ ณ โรงพยาบาลน่าน (รพท.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกอำเภอ เพื่อให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ มาตามนัดเป็นประจำและสม่ำเสมอ จำนวน 2,192 ราย คิดเป็น ร้อยละ 81.37 และไม่เคยมาหรือไปรักษาในสถานพยาบาลอื่น นอกเขตจังหวัด จำนวน 502 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.63 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2555) และจากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อยู่ระดับต่ำที่สุดในภาคเหนือ ในอัตรา 1.63 ครั้งต่อปีต่อคน ประกอบกับรายงานผลการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ พบว่าข้อจำกัดในการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดน่าน คือ (1) อัตราการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่ำที่สุดในภาคเหนือ

(2) เส้นทางการคมนาคม ที่ยากลำบาก ระยะทาง ที่ห่างไกลจากแหล่งบริการสุขภาพและมีจำนวนน้อย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ [สปสช.], 2555) (3) อัตราการกระจายตัวของผู้ป่วย มากที่สุดในภาคเหนือ และจากการศึกษา ของ ชันดิชน ปิ่นชัยรัตน์ (2556) เรื่อง รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดน่านอธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเปิดเผยตนเองต่อสาธารณชน ยังถูกการตีตราจากสังคม เพื่อนบ้านและญาติพี่น้องอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อรายอื่นที่รับรู้ตนเองว่าติดเชื้อไม่เปิดเผยตนเอง ปกปิดตัวเองและไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ทำให้ตนเองไม่มีพฤติกรรมที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้ติดเชื้อบางรายยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ไม่มีการจัดการกับภาวะอารมณ์ ขาดการออกกำลังกาย สำหรับการเข้าถึงการรักษาสุขภาพ นั้น พบว่า ผู้ติดเชื้อบางรายยังเข้าไม่ถึงการรักษา เนื่องจากระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการมีความห่างไกล มีรายได้น้อย ใช้เวลาในการเดินทางที่ยาวนาน ผู้ติดเชื้อบางรายมารักษาในระยะแรก ๆ เท่านั้น หลังจากนั้นก็หายไป ไม่ได้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน ตลอดจนยังสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการบริหารจัดการของหน่วยงานด้านการควบคุมโรคเอดส์ที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

- 1.2.1 สถานการณ์การรับรู้การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างไร
- 1.2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างไร
- 1.2.3 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างไร
- 1.2.4 ลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างไร
- 1.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

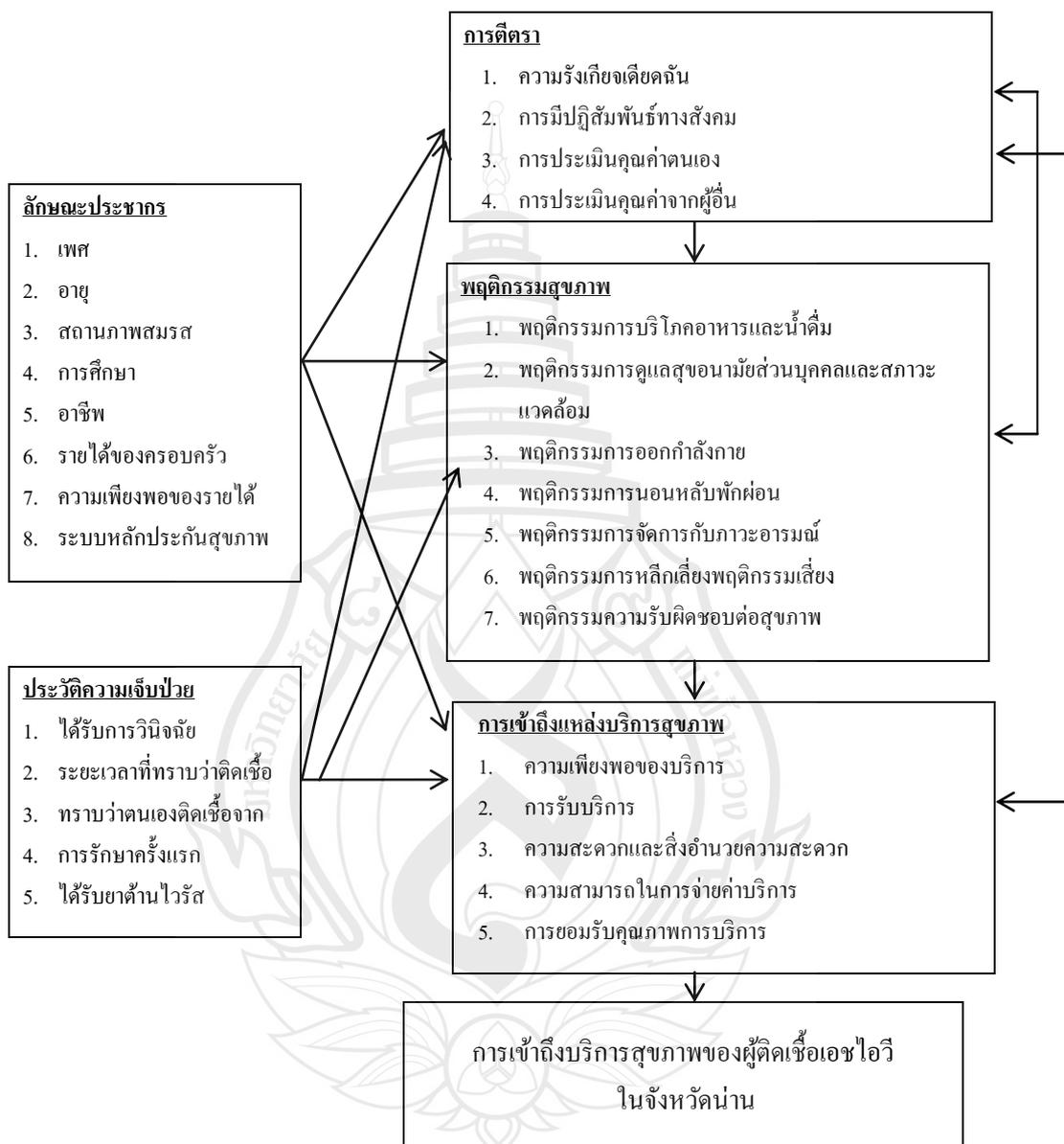
- 1.3.1 เพื่อศึกษาการรับรู้การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.3.3 เพื่อศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 1.3.4 เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
- 1.3.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังคงถูกตีตราจากสังคม เนื่องจากเป็นคนที่น่ารังเกียจ น่าอับอาย เป็นอันตราย เป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม มีความไม่แน่นอนในชีวิต มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีปัญหาในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่น การเลือกปฏิบัติ การไม่เปิดเผยสถานะภาพติดเชื้อเอชไอวี การขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การได้รับผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ระยะเวลาในการรอคอยนาน กังวลเรื่องต้นทุนการเดินทางและค่าอาหารในการเดินทาง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดโดยนำแนวคิดทางสังคมศาสตร์ ได้แก่ (1) แนวคิดการตีตรา โดยประเมินจากความรังเกียจเดียดฉันท์ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การประเมินคุณค่าตนเอง และการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (2) แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินจาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับภาวะอารมณ์ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ (3) แนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยประเมินจากความเพียงพอของบริการ การรับบริการ

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการจ่ายค่าบริการและการยอมรับคุณภาพบริการ ซึ่งแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.5.1 นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการบริหารจัดการของหน่วยงานด้านการควบคุมโรคเอดส์ในจังหวัดน่าน ที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.2 เป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมและปรับปรุง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากขึ้น

1.6 ขอบเขตการวิจัย

1.6.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ จังหวัดน่าน

1.6.2 ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ จังหวัดน่าน จำนวน 2,272 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ จังหวัดน่าน จำนวน 340 คน ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสูตรวิจัยของยามานะ (Yamane, 1973) และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของขนาดประชากร (Proportional to size)

1.7 นิยามศัพท์

1.7.1 การตีตรา

หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระบุว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับและไม่เป็นที่พึงประสงค์ของสังคม โดยประเมินจากระบวนการปฏิสัมพันธ์จากสังคม ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีต่อตนเองและด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.7.1.1 ความรังเกียจเดียดฉันท์ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระบุว่าตนเองถูกแสดง ความรังเกียจ โดยการแสดงออกทางอารมณ์ถึงความรู้สึกรังเกียจ ความไม่เข้าใจและการพยายามกีดกัน

ออกจากสังคม โดยวัดจากความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับจากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านในชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.7.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองถูกปฏิเสธในการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือการมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมต่าง ๆ โดยประเมินจากประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ

1.7.1.3 การประเมินคุณค่าจากตนเอง หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการให้คุณค่าของตนเองว่าคิดอย่างไรต่อตนเอง โดยประเมินจากประสบการณ์จริงที่ได้รับ

1.7.1.4 การประเมินคุณค่าจากผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าคุณค่าอื่น มีการให้คุณค่าและความรู้สึกนึกคิดอย่างไรต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยประเมินจากประสบการณ์จริงที่ได้รับ

1.7.2 ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีของการติดเชื้อ

1.7.3 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส

หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีที่ได้รับยาต้านไวรัส

1.7.4 พฤติกรรมสุขภาพ

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นความต้องการในการดำรงชีวิตให้คงอยู่ในระดับสูงสุด เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั้น มีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับภาวะอารมณ์ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

1.7.5 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

หมายถึง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในสถานบริการสาธารณสุข มีองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ความเพียงพอของบริการ (Availability) การรับบริการ (Accessibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability)

1.7.5.1 ความเพียงพอของบริการ (Availability) หมายถึง ลักษณะความเพียงพอระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ติดเชื้อ ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ การติดต่อประสานงาน การสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อน การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่และการแจ้งข้อมูลข่าวสาร

1.7.5.2 การรับบริการ (Accessibility) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย สถานที่ตั้ง ระยะทาง เวลาในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทางและการรอคอย

1.7.5.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) หมายถึง แรงสนับสนุนหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ช่องทางด่วน คลินิกเฉพาะ การให้บริการเป็นไปตามช่วงเวลาและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการสุขภาพ

1.7.5.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้ติดเชื้อในการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ปัญหาการจ่ายเงิน ค่ายา และค่าตรวจรักษาอื่น ๆ และค่าใช้จ่าย

1.7.5.5 การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อรับรู้หรือศรัทธาในการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การรับรู้ผลการรักษาพยาบาล การจัดการบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม ความเชื่อมั่นและศรัทธา การยอมรับ คุณภาพของยาและการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

1.7.6 บริการสาธารณสุข

หมายถึง การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งกฎหมายมอบให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ เพื่อดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

1.7.7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หมายถึง ผู้ซึ่งได้รับการตรวจเลือดแล้วพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ในร่างกาย ทั้งที่เปิดเผยตนเองและไม่เปิดเผยตนเอง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์
2. แนวคิดการตีตรา
3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสที่ชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ชนิดที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนถึงระดับที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: OIs) ได้หลายประเภท ส่งผลให้เพิ่มทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยในประเทศอื่น ๆ ตามมาจนกล่าวได้ว่าทุกประเทศในโลก โดยประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 ซึ่งจากการรายงานขององค์การเอดส์โลก (UNAIDS) ปี พ.ศ. 2555 มีประชาชนและเด็กที่ติดเชื้อเอดส์สะสม จำนวน 34.2 ล้านคน ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ 2.5 ล้านคน อัตราความชุกของโรค ร้อยละ 0.8 เสียชีวิตแล้ว จำนวน 1.7 ล้านคน อัตราความชุกของโรคช่วงอายุ 15-24 ปี พบมากที่สุด แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 0.3 และเพศหญิง

ร้อยละ 0.5 ส่วนใหญ่ประเทศที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง ร้อยละ 97 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือยากจนและอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง

จากรายงานสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม ในประเทศไทย จำนวน 376,690 ราย แยกเป็นเพศชาย จำนวน 256,571 คน และเพศหญิง จำนวน 120,119 คน เสียชีวิตแล้ว จำนวน 98,721 คน ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 59 ปี) ร้อยละ 93.95 ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 24.97 อัตราป่วยพบว่าเพศชายมีสัดส่วนของอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง 2 เท่า แต่ในกลับกันพบว่าในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา อายุ 10 – 19 ปี มีแนวโน้มพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนของอัตราป่วยเอดส์สูงกว่าเพศชาย 1.26 เท่า ซึ่งเมื่อเทียบอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อแสนประชากร พบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์มากที่สุด ประมาณ 51 คนต่อแสนประชากร โดยจังหวัดพะเยา มีอัตราการป่วยสูงสุดในประเทศ ประมาณ 47 คนต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัดอุทัยธานี ประมาณ 41 คนต่อแสนประชากร จังหวัดนครสวรรค์ ประมาณ 32 คนต่อแสนประชากร จังหวัดอุดรธานี ประมาณ 22 คนต่อแสนประชากร จังหวัดลำปาง ประมาณ 21 คนต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดน่าน มีอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ ประมาณ 8.7 คน ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 คน ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีสาเหตุของการเสียชีวิตด้วย โรคแทรกซ้อนจากวัณโรค สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extra pulmonary จำนวน 110,797 ราย (ร้อยละ 30.19) รองลงมาคือ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii จำนวน 73,094 ราย (ร้อยละ 19.92), Wasting syndrome จำนวน 70,909 ราย (ร้อยละ 19.32), Cryptococcosis จำนวน 50,419 ราย (ร้อยละ 13.74) , Candidacies ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, Bronchi) หรือปอด จำนวน 17,862 ราย (ร้อยละ 4.87) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ สรุปว่าโรคเอดส์ เป็นโรคติดเชื้อจากไวรัส ที่ชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายจะลดลง จนถึงระดับที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อได้ง่าย และทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิต จากโรคเอดส์ในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น

2.1.1 การแพร่กระจายของโรคเอดส์

โรคเอดส์สามารถติดต่อสู่บุคคลอื่นได้ 3 ทาง ดังต่อไปนี้ (สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2545; ปรีชา มณฑานติกุล, 2551; Reichelderfer, 1998; Blair, 2005)

2.1.1.1 ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งเพศเดียวกัน (Homosexual) ทั้งสองเพศ (Bisexual) และเพศสัมพันธ์ปกติ (Heterosexual)

2.1.1.2 การได้รับการถ่ายเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด อวัยวะปลูกถ่ายที่มีเชื้อ เอชไอวี การใช้เข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาที่มีเชื้อเอชไอวีร่วมกัน เช่น ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือด

2.1.1.3 การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal transmission) ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งก่อนระหว่าง และหลังคลอด

จากการศึกษาการแพร่กระจายของโรคเอดส์ สรุปว่า การแพร่กระจายของโรคเอดส์ สามารถติดต่อสู่บุคคลอื่นได้ 3 ทาง คือ (1) ทางเพศสัมพันธ์ (2) การได้รับการถ่ายเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด อวัยวะปลูกถ่ายที่มีเชื้อเอชไอวี การใช้เข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาที่มีเชื้อเอชไอวีร่วมกัน และ (3) การติดต่อจากมารดาสู่ทารก

2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรค

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อ และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้น โรคนี้จึงสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ปรีชา มณฑานติกุล, 2551)

2.1.2.1 การติดเชื้อระยะแรก (Primary or Acute HIV infection)

การติดเชื้อระยะแรก เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักจะไม่มีรุนแรง อาการต่าง ๆ มักเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ ซึ่งโดยเฉลี่ยประมาณ 2-4 สัปดาห์ (พบรายงานตั้งแต่ 6 วัน – 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะแสดงอาการของการติดเชื้อครั้งแรก ซึ่งเหมือนอาการของไข้หวัด มีต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต มีผื่นขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน มีอาการระแวงเฉียบพลันหรืออาการคล้ายเชื้อหุ้มสมองอักเสบแบบไร้เชื้อ (Aseptic meningitis) ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์ การตรวจหาแอนติบอดี (Antibody) ต่อเชื้อจะได้ผลลบ แต่ถ้าตรวจ Viral load ในกระแสเลือด จะพบเชื้อเอชไอวีอยู่ในปริมาณสูง โดยอาจพบมากกว่า 1,000,000 copies/ml เนื่องจากเชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวและแพร่กระจายไปทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกัน ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิด Cell determinant 8 (CD8) ซึ่งจะทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง

2.1.2.2 ระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการ (Clinical latent period)

ระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งระยะเวลาจะยาวหรือสั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้เชื้อเอชไอวี ยังมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในระบบน้ำเหลืองของร่างกายและค่อย ๆ ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปเรื่อย ๆ ทั้งที่ปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง เมื่อเชื้อเอชไอวีแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องจะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งแสดงให้เห็นโดย ปริมาณ CD4 ทั้งในกระแสเลือดและ Gut-associated lymphoid tissue (GALT) จะค่อย ๆ ลดลงจนถึงจุดหนึ่ง ร่างกายก็จะแสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวีและหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งจะเข้าสู่ระยะที่ 3

2.1.2.3 ระยะเวลาที่แสดงอาการของโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Clinical immunodeficiency or HIV disease or AIDS)

ระยะเวลาที่แสดงอาการ โรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดต่ำลง แสดงโดยปริมาณ CD4 ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและหรือโรคมะเร็งและอาจเสียชีวิตในที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

จากการศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกของโรค สรุปว่าลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเอดส์ มีลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจำนวน 3 ประเภท ด้วยกันคือ (1) การติดเชื้อระยะแรก (2) ระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการ และ (3) ระยะเวลาที่แสดงอาการ โรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง

2.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 หลักการ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ได้แก่

2.1.3.1 การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) เป็นวิธีที่มีความไวสูง ทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. วิธีอีไลซ่า (ELISA) ตรวจได้ทั้งแอนติบอดีและแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีจากการตรวจในครั้งเดียว มีหลักการทดสอบอีไลซ่า 3 วิธี ดังนี้

- 1) Indirect enzyme immunoassay มีหลักการคือเคลือบเม็ดพลาสติกด้วยแอนติเจนแล้วใส่ซีรัม เพื่อทำปฏิกิริยา แล้วทำปฏิกิริยาต่อกับ Antihuman gamma globulin และ Chromogenic substrate ดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เทียบกับ Control ถ้าค่าสูงกว่า Cut off ถือว่าให้ผลบวก (Reactive)

2) Competitive enzyme immunoassay มีหลักการคือเคลือบเม็ดพลาสติกด้วยแอนติเจนแล้วใส่ซีรัมเพื่อทำปฏิกิริยา พร้อมกับเติมแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออก แล้วเติม Chromogenic substrate การเปลี่ยนแปลงสีที่เกิดขึ้นและคำนวณค่า Cut off เทียบกับ Control ถ้าค่าสูงกว่า Cut off ถือว่าให้ผลบวก (Reactive)

3) Antigen double sandwich immunoassay มีหลักการคือเคลือบเม็ดพลาสติกด้วยแอนติเจนแล้วใส่ซีรัมเพื่อทำปฏิกิริยา พร้อมกับเติมแอนติเจนส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออก แล้วเติม Chromogenic substrate การเปลี่ยนแปลงสีที่เกิดขึ้น เทียบกับ Control ถ้าค่าสูงกว่า Cut off ถือว่าให้ผลบวก (Reactive)

การตรวจด้วยวิธีอีไลซ่า มีความไวและความแม่นยำในการตรวจ 99.90 % หากได้ผลบวกต้องยืนยันการวินิจฉัยโดยวิธี Western blot or immune fluorescence assay การตรวจด้วยวิธีนี้มีข้อควรระวังคือ หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี จะมีช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ตรวจเลือดยังไม่พบภูมิต่อเชื้อเอชไอวี เรียกช่วงนี้ว่า Window period ถ้าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ต้องรออีก 6 เดือนเพื่อเจาะเลือดอีกครั้ง

วิธีการตรวจอย่างง่าย (Simple test) เป็นวิธีการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีอย่างง่าย โดยใช้วิธีตรวจโดยอาศัยปฏิกิริยาจับกลุ่มของอนุภาคเจลาติน (Gelatin Particle Agglutination: GPA) ลักษณะเป็นวงกลมกว้าง ขอบไม่เรียบ สีชมพูจาง ถือว่าให้ผลบวก

วิธีการตรวจได้ผลอย่างรวดเร็ว (Rapid test) เป็นวิธีการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที และทำค่อนข้างง่ายไม่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษ สามารถอ่านผลได้ด้วยตาเปล่า โดยหลักการเกิดปฏิกิริยาจับกลุ่มของแอนติเจนกับแอนติบอดี มีวิธีการดำเนินการแตกต่างกันขึ้นกับภาชนะที่ใช้ ภาชนะที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบดรัม แบบสไลด์ และแบบแถบตรวจ

2.1.3.2 การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัสโดยตรง (Viral testing)

การตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัส นิยมหาส่วนของโปรตีนที่มีความเป็นแอนติเจนสูง คือ p24 ซึ่งเป็น Capsid หรือ Core protein ที่หุ้มเชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถตรวจพบได้ในกระแสเลือดและตรวจพบได้ก่อนโปรตีนชนิดอื่น ๆ ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเฉียบพลัน โดยใช้หลักการตรวจแบบอีไลซ่า

การตรวจสายพันธุกรรม ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสามารถตรวจได้ทั้งชนิดที่อยู่ในรูปแบบ Proviral DNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อ และชนิดที่เป็น RNA ที่อยู่เป็นอิสระในเลือด โดยใช้หลักการของ Nucleic acid amplification testing (NAAT)

จากการศึกษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปว่า การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 2 หลักการ คือ การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) ได้แก่ (1) วิธีอีไลซ่า (ELISA) ได้แก่ วิธีการตรวจอย่างง่าย (Simple test) วิธีการตรวจได้ผลอย่างรวดเร็ว (Rapid test) และ (2) การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัสโดยตรง ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัส และการตรวจสายพันธุกรรม ของเชื้อไวรัสเอชไอวี

2.1.4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อภูมิคุ้มกัน CD4 ถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 cell/mm³ ถือว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดในอัตราที่สูง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดได้ทั้ง ๆ ที่จำนวน CD4 มากกว่า 200 cell/mm³ (เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม, 2541)

การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะจะช่วยลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกาย และช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์, 2551; วรรณทิพย์ ตั้งสถิตพร, 2552; Dietz et al., 2010; Harries et al., 2010; WHO, 2003) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง ถ้าหากไม่เคร่งครัดในการรับประทานยาอาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างที่รับประทานยาได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ เกษม (2549) เรื่อง การสำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดแพร่ จำนวน 186 ราย พบว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 4.3 โรคติดเชื้อที่พบคือ วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เชื้อราที่ผิวหนัง เชื้อราในช่องปาก และงูสวัด และการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 92 ราย รับบริการที่โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง พบว่า เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส โดยพบโรคปอดติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* มากที่สุด ร้อยละ 22.8 และวัณโรคปอด ร้อยละ 15.2 (ศุภกรณ์ ปัญธิษฐ์, 2552) ดังนั้นการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์เหล่านั้น

2.1.5 การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส

ประเทศไทยสามารถให้การรักษาสู่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 76 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา (WHO, 2010) ซึ่งยาต้านไวรัสจะทำให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ทำให้ลดจำนวนผู้เสียชีวิตได้มากกว่าในอดีต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2009) ผู้ให้การดูแลรักษาต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้ในปัจจุบัน ถึงกลไกการออกฤทธิ์ อาการไม่พึงประสงค์ของยา การพยาบาลผู้ที่ได้รับยา ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส และสูตรยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งการติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.5.1 กลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวีแบ่งเป็น 4 กลุ่ม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังต่อไปนี้

1. กลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ได้แก่ Zidovudine (AZT), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Didanosine (ddl), Abacavir (ABC) และ Tenofovir (TDF)

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยจับกับเซลล์แบบไม่ถาวรจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ การออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ การยับยั้งเอนไซม์ HIV reverse transcriptase และหยุดยั้งการเรียงสายเบสของ DNA ส่งผลให้ได้ DNA virus ที่ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถสร้างไวรัสตัวใหม่ได้ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541)

อาการไม่พึงประสงค์ มีผลต่อผิวหนัง และมีภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Introcaso, Hines, & Kovarik, 2010) คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไขมันในเลือดสูง (Hawkins, 2010) ตับอ่อนอักเสบ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010) การใช้ยา Zidovudine ทำให้เกิดภาวะเลือดจางได้ (Hawkins, 2010) สอดคล้องกับรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หญิงที่ได้รับยา Zidovudine ร่วมกับ Lamivudine และ Nevirapine เป็นระยะเวลา 1 ปี เกิดภาวะเลือดจางอย่างรุนแรง (Hassan, Babadoko, Mamman, & Ahmed, 2009) และรายงานผู้ใช้ Lamivudine ทำให้เกิดภาวะเลือดจางเช่นเดียวกัน (Melanie-Anne, Rhemtula, Menezes, & Grobusch, 2008) Stavudine และ Didanosine ทำให้เกิดเส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) Tenofovir มีพิษต่อไต และทำให้กระดูกเสื่อม (Hawkins, 2010) นอกจากนี้ต้องระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ เมื่อใช้ยา Stavudine Didanosine และ Abacavir (Hawkins, 2010) และ

อาการท้องเสียมักพบในผู้ที่ใช้ยา Abacavir และ Tenofovir (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ กรณีมีอาการตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันควรหยุดยาต้านไวรัส กรณีมีภาวะเลือดจางควรประเมินฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ถ้าน้อยกว่า 7.0 g/dl เปลี่ยนยาต้านไวรัสและให้เลือดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และยากลุ่มนี้มักพบมีพิษต่อไตจึงควรประเมินการทำงานของไต หรือพบภาวะไขมันในเลือดสูง มีอาการเส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral neuropathy) พิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่แทนเช่นเดียวกัน และไม่รับประทานร่วมกับยาอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์ ระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากอาการ มึนงง สับสน หลีกเลียงการทำงานกับเครื่องจักร ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงควรพบแพทย์ทันที ไม่ควรหยุดยาเอง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

2. กลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine (NVP) และ Efavirenz (EFV)

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส มีผลยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase ขัดขวางไม่ให้ RNA จำลองตัวเป็น DNA แตกต่างจากยา กลุ่ม NRTI ที่สามารถจับกับเซลล์ได้อย่างถาวร โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ (เกียรติรักษ์รุ่งธรรม, 2541)

อาการไม่พึงประสงค์ เกิดผื่นคันหรือผื่นแพ้ยาได้ (Hawkins, 2010) ดังการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยา Nevirapine พบว่า มีอาการผื่นคันหลังรับประทานยา แต่พบในระดับเล็กน้อยและเป็นชั่วคราว และทำให้เกิดพิษต่อตับ ส่วน Efavirenz ทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง ไขมันฝ่อ และเกิดอาการประสาทหลอนได้ (Hawkins, 2010)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ โดยสังเกตอาการผื่นที่เกิดขึ้นตามลำตัว แขนขา กรณีไม่มากให้หยุดยาไปก่อน 3-5 วัน กรณีผื่นรุนแรงควรพิจารณาให้หยุดยาต้านไวรัส และให้การรักษาแบบประคับประคอง และประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติเช่น LFT, CBC เพื่อประเมินอาการตับอักเสบ ซึ่งมักพบในผู้ที่ได้รับยากลุ่มนี้ ผู้ที่ได้รับยา Efavirenz มักพบภาวะไขมันในเลือดสูง ไขมันฝ่อ และประสาทหลอน ควรพิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

3. กลุ่ม protease inhibitors (PIs) ได้แก่ Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV), Saquinavir soft gel capsule (SQV-sgc), Lopinavir/ritonavir (LPV/r) และ Atazanavir (ATV)

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ Protease ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เป็นไวรัสที่สมบูรณ์และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541)

อาการไม่พึงประสงค์ของยา พบภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ triglyceride และ cholesterol โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 70-80 (Calza, Manfredi & Chiodo, 2003) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Calza et al., 2003; Introcaso, Hines & Kovarik, 2010) สอดคล้องกับ การศึกษาเปรียบเทียบผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่ได้รับ Indinavir or Ritonavir จำนวน 52 ราย กับกลุ่มที่ได้รับ Lopinavir or Ritonavir จำนวน 55 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Indinavir or Ritonavir ตรวจพบระดับไวรัสในกระแสเลือดลดลงได้มากกว่า แต่มีผลข้างเคียงคือไขมันในเลือดสูงมากกว่า กลุ่มที่ได้รับ Lopinavir or Ritonavir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Bongiovanni et al., 2004) และทำให้เกิดพิษต่อตับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และการติดตามข้อมูลย้อนหลังผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยา Nelfinavir และ Indinavir จำนวน 4,268 ราย ในโรงพยาบาลแซนมาติโอ อิตาลี พบว่าเกิดพิษต่อตับ โดยตรวจพบเอ็นไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 2.9 ในผู้ที่ได้รับ Nelfinavir และร้อยละ 3.1 ในผู้ที่ได้รับ Indinavir (Bruno, Sacchi, Maiocchi, Zocchetti, & Filici, 2005) และทำให้เกิดอาการตัวตาเหลืองในผู้ที่ใช้ Saquinavir และ Atazanavir (Hawkins, 2010) ดังมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ชายเกิดภาวะบิริลูบินคั่งหลังได้รับยา Atazanavir (Uglietti, Novati, Gulminetti & Maserati, 2009) นอกจากนี้ยากลุ่มดังกล่าวยังทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำตาลในเลือดสูง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกไม่หยุด (Hemophilia) เลือดออกได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ โดยประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ LFT, triglyceride เนื่องจากยากลุ่มนี้ทำให้เกิดพิษต่อตับ และภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง เมื่อมีอาการดังกล่าวควรพิจารณาเปลี่ยนยาต้านไวรัสตัวใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010)

4) กลุ่ม fusion inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide เป็นยาฉีดเพียงชนิดเดียว จะใช้เป็นตัวเลือกสุดท้าย กรณีมีการคือยารักษาอื่น

กลไกการออกฤทธิ์ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการเกาะติดของไวรัสที่เชื่อมหุ้มเซลล์ของ T lymphocyte ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของไวรัสที่จะผ่านกระบวนการจำลองแบบไปเป็นไวรัสตัวใหม่ (วิรัตน์ ทองรอด, 2551)

อาการไม่พึงประสงค์ของยา เกิดผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาการฉีดยา จากข้อมูลการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาในกลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 49.7 มีอาการกดเจ็บเล็กน้อยหลังฉีด ร้อยละ 41.7 มีอาการปวดแต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ และร้อยละ 8.7 มีอาการปวดหรือไม่สุขสบายมาก จนต้องได้รับยาแก้ปวดหรือจำกัดกิจกรรม (Lalezari et al., 2003) รวมทั้งพบอาการปอดบวม และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงได้ (Hawkins, 2010)

การพยาบาลผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ โดยสังเกตปฏิกิริยาหลังฉีดยา กรณีมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ควรพบแพทย์ทันที (วิรัตน์ ทองรอด, 2551; WHO, 2010)

2.1.5.2 ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้พิจารณาจากอาการและระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เป็นสำคัญ ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีดังนี้

1. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์ ไม่ว่าจะระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จะเท่าใดก็ตาม

2. เมื่อมีอาการเชื้อราในปาก ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Pruritic Popular Eruptions: PPE) ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจากระหว่างเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้เป็นเวลานานกว่า 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน เป็นต้น ควรให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ร่วมด้วย แต่ไม่ควรเริ่มพร้อมกับยาต้านไวรัสเอชไอวี

3. ไม่มีอาการ ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm³

4. ไม่มีอาการ ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 200-350 cell/mm³ ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ให้ติดตามอาการและตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทุก 3 เดือน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 200-250 cell/mm³ อาจพิจารณาให้ยาต้านไวรัส ประมาณ 2 เดือน หลังเริ่มยารักษาวัณโรคในบางราย เช่น ไม่สามารถตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ที่ 3 เดือน เป็นต้น

5. ไม่มีอาการและระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ให้ติดตามอาการและตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทุก 6 เดือน

2.1.5.3 สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากพิจารณาการใช้ยาตามอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 แล้ว ควรพิจารณาเริ่มการรักษาตามสูตรยาที่กำหนด เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2010) มีดังนี้

1. สูตรแรก (สูตรพื้นฐาน) ใช้ Stavudine, Lamivudine และ Nevirapine ร่วมกันหรือ Zidovudine, Lamivudine และ Nevirapine ยาสูตรเมื่อดังกล่าวมีประสิทธิภาพดี ราคาถูกและรับประทานเพียงครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง จึงแนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรก ควรพิจารณาเปลี่ยนให้ผู้ป่วยรับประทานยาสูตรสอง เมื่อผู้ป่วยแพ้ยา Nevirapine หรือเกิดตับอักเสบรุนแรงจากยา Nevirapine

2. สูตรสอง ใช้ Stavudine หรือ Zidovudine, Lamivudine และ Efavirenz ร่วมกัน โดยใช้ Efavirenz แทน Nevirapine ควรพิจารณาเปลี่ยนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาสูตรสามเมื่อมีผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากยา Efavirenz หรือเป็นผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด

3. สูตรสามใช้ Stavudine หรือ Zidovudine, Lamivudine และ Indinavir 400-800 มก./Ritonavir 100 มก. ร่วมกัน วันละ 2 ครั้ง แนะนำให้ใช้ Indinavir/Ritonavir เป็นตัวกระตุ้น Protease inhibitors เป็นสูตรแรก

2.1.5.4 การติดตามผลการรักษา

หลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลการรักษาและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา โดยการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ถือเป็นดัชนีบอกประสิทธิภาพในการรักษาได้แม่นยำกว่าการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 หลังจากเริ่มให้การรักษา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต้องลดลงจนน้อยกว่า 50 copies/ml ในเวลา 6 เดือน มิเช่นนั้นให้สงสัยว่าการรักษาล้มเหลว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะลดลงเมื่อสัปดาห์ที่ 8 - 12 หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Gazzard et al., 1997) และควรมีการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก่อนเริ่มต้นการรักษา จึงจะเกิดผลดีที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Volberding & Deeks, 2010) สำหรับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 จะเพิ่มขึ้น 50-75 cell/mm³ หลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสแล้ว 3 เดือน (Volberding & Deeks, 2010)

2.1.6 ผลกระทบของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และในปัจจุบันก็ยังไม่มียาวัคซีนป้องกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจะเกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรงส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพอ่อนแอ ติดเชื้อง่ายโอกาสได้ง่าย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

2.1.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ในระยะแรกที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อม่าน้ำเหลืองทั่วไปโต ผื่นขึ้นตามตัว อุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือมีอาการคล้ายเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไร้เชื้อ (Aseptic meningitis) ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยยังแข็งแรงอยู่อาจไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับผู้ป่วย จนกระทั่งเชื้อเอชไอวีมีการทำลายภูมิคุ้มกันไปมาก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง เชื้อราในช่องปาก งูสวัด เริ่มในช่องปาก หรืออวัยวะเพศ ผื่นคันตามแขนขา และลำตัว ในระยะสุดท้ายเป็นระยะที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมาก ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายหรือเป็นมะเร็งบางชนิด (เกียร์ติ รัชรัฐธรรม, 2541; ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546; ปรีชา มณฑานติกุล, 2551) และอาจเสียชีวิตในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.1.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองและมีวิธีการเผชิญปัญหาสรุปได้เป็น 4 ระยะ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541) คือ

1. ระยะที่ 1 มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาดังนี้ ตกใจ ตกตะลึง ใจหาย ไม่เชื่อ สับสน มึนงง หวาดวิตก โกรธ เสียใจ ไม่สามารถยอมรับได้ ตัดสินใจไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะทำอะไร กลัวคนรอบข้างรู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสียและสูญเสียทุกอย่างในชีวิตรวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตาย และมีภาวะซึมเศร้า
2. ระยะที่ 2 มีการปรับสภาพจิตอารมณ์ โดยพยายามหาวิธีการหรือเหตุผลอธิบายกับตนเองเพื่อบรรเทาสภาวะบีบคั้นทางอารมณ์
3. ระยะที่ 3 มีการจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง ได้แก่ ปกปิดฐานะการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นกลวิธีที่พบบ่อยและพบมากที่สุดในระยะแรกของการรับรู้การติดเชื้อ เอชไอวี การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีความจำเป็นหรือในสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ยอมรับ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ละเว้นพฤติกรรมเสี่ยง จัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน แสวงหาข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เผื่อระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากโรคและการรักษา แสวงหาความช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ สร้างความหวังและความหมายใหม่ให้กับชีวิต

4. ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการเริ่มทรุดลงเรื่อย ๆ ปัญหาความเจ็บป่วย ทำให้ต้องแยกตนเองออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม ถูกตัดไป มีปัญหาการทำงาน และเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมาน

2.1.6.3 ผลกระทบด้านครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะการณ์อับอายและสูญเสียชื่อเสียงจากการมีสมาชิกป่วยด้วยโรคที่สังคมรังเกียจ (เพ็ญศรี วงษ์พุม, 2545) ทำให้สัมพันธภาพของครอบครัวเสียไป โดยภรรยา หรือสามี เกิดความไม่ไว้วางใจกัน กลัวว่าจะได้เลี้ยงดูบุตรตามลำพัง ทำให้มีการละทิ้งคู่สมรสและบุตร (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) นอกจากนี้การเจ็บป่วยบ่อยครั้งจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงต้องขาดงานหรือหยุดงานบ่อยครั้ง เป็นสาเหตุให้ถูกออกจากงาน ครอบครัวจึงขาดรายได้ (Garrido et al., 2007; Somavia, 2008) ทำให้รายได้น้อย เพียงพอต่อการใช้จ่าย ในชีวิตประจำวันและค่ารักษาพยาบาล การเสียชีวิตของผู้นำครอบครัว ทำให้ขาดผู้หารายได้หลัก ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของครอบครัวและสมาชิกทั้งในแง่เศรษฐกิจ และการอบรมเลี้ยงดู (ชุตินันท์ นั้บแสง, 2545; ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547)

2.1.6.4 ผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

ผลกระทบต่อสังคมนั้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นปัญหาที่คุกคาม สุขภาพของคนในชุมชน คนจำนวนมากในสังคมตกอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547) มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม สถาบันครอบครัวเกิดความแตกแยก วัฒนธรรมเสื่อมถอย ประเทศชาติสูญเสียกำลังคน ครอบครัวสูญเสียผู้นำ ปัญหาเด็กกำพร้าในสังคม ทำให้ตกเป็นภาระของปู่ ย่า ตา ยายหรือผู้ดูแล พัฒนาการทางสังคมมีการเสื่อมถอย (สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2545) นอกจากนี้แล้วโรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ทำงานไม่เต็มศักยภาพการผลิต การว่างงานจากความเจ็บป่วย การรังเกียจและเลือกปฏิบัติในการจ้างงาน จึงส่งผลกระทบต่อภาพรวมของเศรษฐกิจของประเทศ (ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2543; สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2545; ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2547) ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยในปีงบประมาณ 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไว้เป็นจำนวน 3,276.83 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

จากการศึกษาผลกระทบของโรคเอดส์ สรุปว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และในปัจจุบันก็ยังไม่มียาป้องกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อเอชไอวี จะเกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพอ่อนแอ ติดเชื้อง่ายโอกาสได้ง่าย นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาแนวคิดของโรคเอดส์ สรุปว่า โรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคในร่างกายลดลง เป็นผลให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อ ติดเชื้อง่ายโอกาส เช่น โรคปอดบวม โรควัณโรค หรือโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย การรักษาในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมีเป้าหมายในการรักษา เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดให้มากที่สุดและนานที่สุด เพื่อหยุดการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ทำให้เพิ่มภูมิคุ้มกันและลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามผลกระทบของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านครอบครัว และผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

2.2 แนวคิดการตีตรา

การตีตราเกิดขึ้นตั้งแต่มีสังคมมนุษย์และวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งราวปี ค.ศ. 1954 – 1970 ในช่วงเวลานั้นได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาชญากรรม ความเบี่ยงเบน การควบคุมทางสังคม นักทฤษฎีได้พยายามที่จะแก้ไข และขยายแนวคิดขึ้นมาใหม่ แนวคิดการตีตราจึงได้เกิดขึ้นและถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง (National Institute of Mental Health, 1996) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญมาจาก 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคม อธิบายให้เห็นถึงว่ากลุ่มสังคมต่าง ๆ จะต้องมีความสัมพันธ์กัน สมาชิกแต่ละคนในสังคมนั้นจะปฏิบัติหน้าที่ของตนตามฐานะตำแหน่งทางสังคมที่ตนดำรงอยู่ มีกฎข้อบังคับ ธรรมเนียมประเพณีที่ต้องปฏิบัติตาม มีค่านิยม (Value) ซึ่งหมายถึงพลังใจที่จะทำให้คนหรือกลุ่มสังคมตัดสินใจหรือประเมินว่า สิ่งใดบ้างที่ตนประสงค์หรือไม่ประสงค์ ดีหรือเลว ค่านิยมนั้นเป็นนามธรรมที่อยู่เหนือกฎข้อบังคับทางสังคม เปรียบเสมือนเป็นมาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้วัดถึงพฤติกรรมทางสังคมว่า สิ่งใดบ้างที่พึงประสงค์และควรแก่การยกย่องชมเชย มาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับของบรรดาสมาชิกในสังคม อีกทฤษฎีหนึ่งคือ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction theory) เป็นการมองว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมย่อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์สิ่งสำคัญอยู่ที่การมีและใช้ความหมายร่วมกัน เช่น ในเรื่องของความเจ็บป่วย เกิดการตีตรา

เป็นเรื่องของการให้ความหมายทางสังคม ต่อลักษณะทางสรีระของผู้ป่วยว่าเป็นภาพพจน์ของร่างกายที่น่ารังเกียจ เป็นต้น

2.2.1 ความหมายการตีตรา (Stigma)

Goffman (1963) ให้ความหมายการตีตราในมุมมองจิตสังคม หมายถึง การที่บุคคลและกลุ่มชนในสังคมหนึ่งนิยามความหมายว่า เป็นลักษณะที่แตกต่างและเบี่ยงเบนจากคนอื่น ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจ หรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคม ทั้งนี้บุคคลที่ได้รับการตีตรา เกิดความรู้สึกว่า “ตนมีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์” ซึ่งความหมายของการตีตรา ตามนัยนี้เน้นที่มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคมหล่อหลอมรวมกันเป็นความรู้สึกที่แยกแยะ “ความแตกต่าง” หรือความเบี่ยงเบน ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านจากสังคม โดยผู้ที่ถูกตีตราจะถูกมองจากคนในสังคม ว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดความเสื่อมเสีย ซึ่ง Goffman (1963) อธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกสังคมตีตรา มีลักษณะ 3 ประการ คือ

2.2.1.1 ลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน คือ ความพิการของอวัยวะต่าง ๆ เช่น คนแขนขาพิการ คนหูหนวกหรือในโรคเรื้อรังที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและหน้าที่ต่าง ๆ เป็นต้น

2.2.1.2 ลักษณะที่บ่งชี้ถึงความด้อยวัฒนธรรมหรือเบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม ได้แก่ คนติดคุก คนติดยา คนรักร่วมเพศ การตีตราประเภทนี้จะเกิดขึ้นในบุคคลที่เป็นโรคเอดส์ โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น

2.2.1.3 ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์และศาสนา ได้แก่ พวกชนกลุ่มน้อย สัญชาติอื่น เป็นต้น

การตีตรา เป็นการให้ความหมายทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบ การรับรู้นี้เป็นสิ่งที่ยากสัมผัสได้หรืออาจจะสัมผัสไม่ได้ การตีตราเป็นผลมาจากคนหรือบรรทัดฐานของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกและการลดคุณค่า (Gilmore & Somerville, 1994) แนวคิดการ ตีตราประยุกต์กับผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ชายรักร่วมเพศ หญิงหรือชายขายบริการทางเพศ คือ กลุ่มคนที่สังคมตีตราอยู่ก่อนแล้ว เมื่อคนกลุ่มนี้กลายเป็นผู้ป่วยเอดส์การตีตราจะเพิ่มทวีคูณ ดังนั้นเมื่อคนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ก็จะถูกตีตราโดยสังคมไม่แยกแยะว่าบุคคลนั้นได้รับเชื้อมาได้อย่างไร (Busza, 1999)

Kegeles, Coates, Christopher and Lazarus (1989) ให้ความเห็นว่า การรับรู้ของสังคม มองบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์ไว้ว่าเป็นคนที่ไม่มีความรับผิดชอบ คนเหล่านี้จึงถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษว่าเป็นคนที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อ Panos (1990) และ Warwick, Platt and Somerfield (1998) สำหรับการ

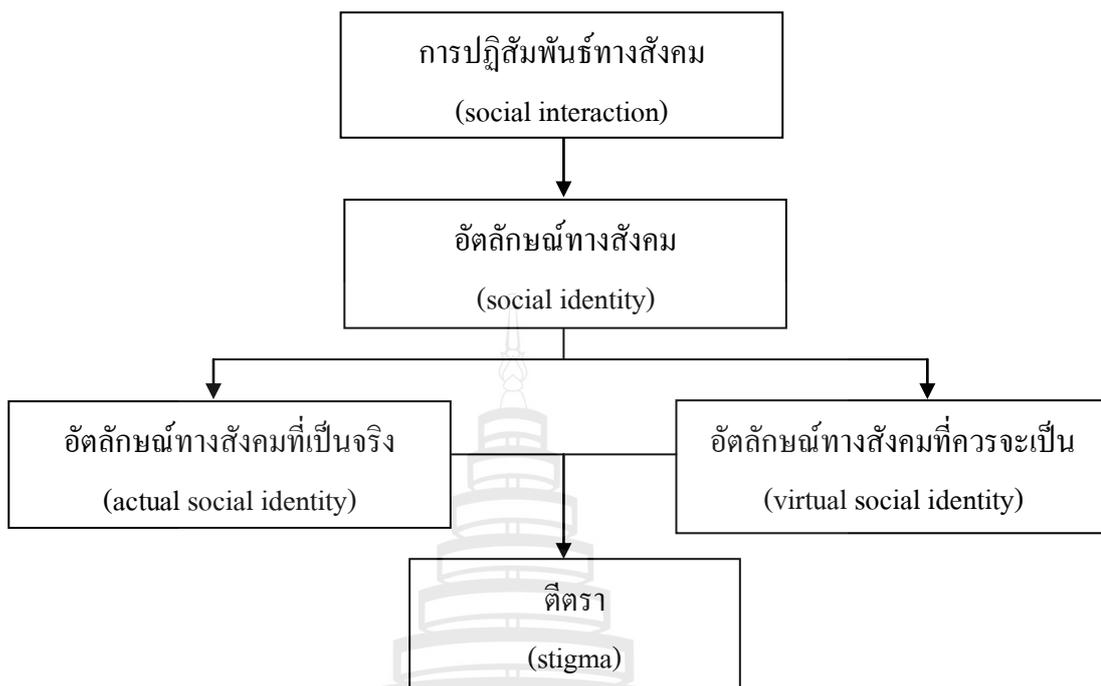
รับรู้ระดับชุมชนเป็นผลพวงมาจากบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเข้ามาอยู่ในชุมชนและครอบครัวทำให้ชุมชนและครอบครัวได้รับความอับอาย Parker, Aggleton, Attawel, Pulerwitz and Brown (2002) การตีตราที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น เรียกได้ว่าเป็นชุดของคุณค่า ทักษะและความเชื่อที่ถูกสังคมนำพา และฝังรากอยู่ในกระบวนการคิดทั้งในระดับของวัฒนธรรมและระดับบุคคลจนยากที่จะหาว่าทรมานหรือปิดกั้นอคติว่าทรมานชุดเดิมได้

จากการศึกษาความหมายของการตีตรา สรุปว่า การที่บุคคลในสังคมให้ความหมายของ ผู้ป่วยหรือกลุ่มคนว่าเป็นลักษณะที่แตกต่างและเบียดเบียนจากคนอื่น ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจ หรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคม

2.2.2 กระบวนการตีตรา (The Process of Stigmatization)

Goffman (1963) ได้อธิบายการเกิดขึ้นของการตีตราว่า เกิดจากกระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ของมนุษย์ การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น จึงแสดงออกมาตามอัตลักษณ์ทางสังคม ซึ่งบุคคลจะพยายามแสดงบทบาทของตนให้สมบูรณ์ที่สุด ขณะเดียวกันพฤติกรรมของบุคคลก็ได้แสดงออกตามความคาดหวังในบทบาท (Role expectation) ที่ผู้อื่นมีต่อตนเช่นกัน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม (Social setting) เมื่อบุคคลถูกคาดหวังจากคนอื่นรอบข้าง ย่อมส่งผลให้บุคคลพยายามแสดงพฤติกรรมตามที่คนอื่นคาดหวังไว้ อย่างไรก็ตามบทบาทที่เกิดขึ้นจริงอาจไม่เป็นไปตามลักษณะพฤติกรรมที่ถูกสังคมคาดหวังไว้ ดังนั้นอัตลักษณ์ทางสังคมที่เป็นจริงของเรา (Actual social identity) อาจไม่ใช่อัตลักษณ์ทางสังคมที่ควรจะเป็น (Virtual social identity) ซึ่งช่องว่างระหว่างอัตลักษณ์ดังกล่าวได้ทำให้บุคคลไม่สามารถเป็นไปตามความพึงพอใจของคนอื่นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นการตีตราขึ้น

ทั้งนี้ จากการอธิบายดังกล่าวข้างต้น สามารถสร้างเป็นแผนภาพ กระบวนการตีตราตามแนวคิดของ Goffman (1963) ได้ดังนี้



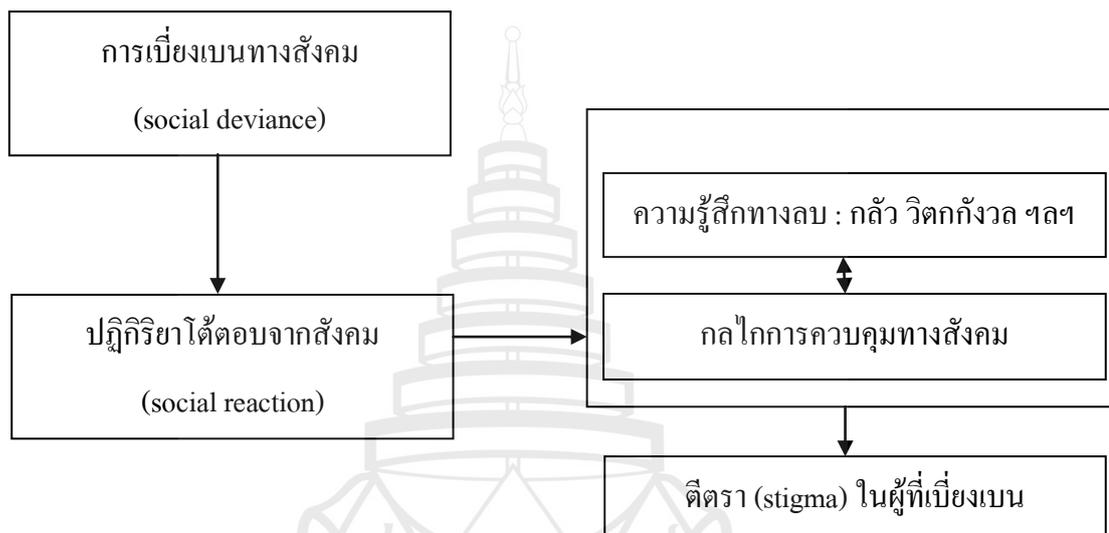
ที่มา ผู้วิจัยสร้างแผนภูมิเอง โดยสังเคราะห์จากการศึกษาของ Goffman (1963) เรื่อง Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity

ภาพที่ 2.1 กระบวนการตีตราตามแนวคิดของ Goffman

ในขณะที่ Dinitz, Russell and Alfred (Editors, 1969) ได้กล่าวถึงการตีตราว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการถูกควบคุมทางสังคมที่กระทำต่อความเบี่ยงเบนของมนุษย์ เนื่องจากความเบี่ยงเบนนั้นได้ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวและคุกคามต่อสวัสดิภาพของคนในสังคม ซึ่งการตอบโต้ต่อสิ่งที่คุกคามนี้มีหลายอย่าง เช่น กลัว วิตกกังวล รังเกียจ และบางครั้งเป็นความรู้สึกละอายใจ การตอบโต้แบบอื่น ๆ ได้แก่ การทำให้เกิดกลไกการควบคุมทางสังคมหลากหลายชนิด เพื่อผลักดันให้เกิดข้อตกลงต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนและต่อบุคคลจากการปฏิบัติตามความประพฤติกหรือการกระทำที่คล้ายคลึงกันนั้น

การควบคุมทางสังคมได้แบ่งออกเป็นระดับ จากระดับเบาและไม่เป็นทางการ เช่น การร้องขอ การวิงวอนและการให้การศึกษา ไปจนถึงระดับที่เป็นทางการสูงสุด เช่น การถูกจำคุกและการต้องโทษประหารชีวิต ซึ่งผลที่ตามมาของวิธีการควบคุมดังกล่าว คือ “การตีตรา” และการโดดเดี่ยวของคนที่เป็นเบี่ยงเบน ทั้งนี้การตีตราเป็นสิ่งที่มิได้อยู่เดิม สำหรับผู้ป่วยจิตเวช คนกินเหล้า พวกกรักร่วมเพศ ผู้ที่ถูกตัดสินว่าเป็นอาชญากร การนำเด็กหรือเยาวชนเข้าสู่กระบวนการของศาลคดีเด็กและเยาวชน ทั้งนี้การตีตรา ได้มุ่งความสนใจไปที่ผู้กระทำมากกว่าที่จะมุ่งไปที่การกระทำ ถึงแม้ว่าจะเป็น

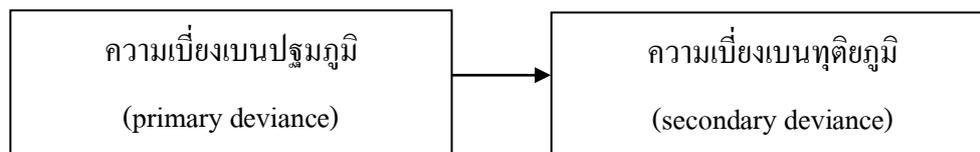
ลักษณะการใช้เฮโรอีน สิ่งผิดกฎหมาย แต่การตีตราจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่เป็นขโมยหรือผู้ติดยาเสพติด กระบวนการตีตราโดยเปิดเผยได้ให้คำนิยามแก่บุคคลว่าเป็นบุคคลที่ไม่สามารถเป็นที่ยอมรับและน่าตำหนิ และได้มอบบุคคลที่ถูกตีตราว่าเป็น “คนนอกคอก” จากแนวคิดของ Dinitz et al. (Editors, 1969) สามารถแสดงเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ที่มา ผู้วิจัยสร้างแผนภูมิเอง โดยสังเคราะห์จากการศึกษาของ Dinitz, Russell & Alfred (Editors, 1969) เรื่อง Deviance New York

ภาพที่ 2.2 กระบวนการประทับตราบาปตามแนวคิดของ Dinitz, Russell & Alfred

ในขณะที่ Lemert (1967) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเบี่ยงเบนอย่างเป็นระบบ อธิบายว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นมีความซับซ้อน โดยมีกระบวนการที่มีขั้นตอนการพัฒนาจากความเบี่ยงเบนปฐมภูมิไปสู่ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ ดังนี้



ที่มา ผู้วิจัยสร้างแผนภูมิเอง โดยสังเคราะห์จากการศึกษาของ Lemert เรื่อง Human Deviance, Social Problem and Social Control

ภาพที่ 2.3 กระบวนการพัฒนาไปสู่ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิของ Lemert

กระบวนการพัฒนาไปสู่ความเบี่ยงเบนของ Lemert (1967) แสดงให้เห็นถึง “กระบวนการตีตรา” (Process of stigmatization) ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมเบี่ยงเบนในครั้งแรก จนกระทั่งได้กลายเป็นผู้เบี่ยงเบนทุติยภูมิ โดยมีข้อสมมุติพื้นฐาน ดังนี้

1. ประเภทต่าง ๆ ของพฤติกรรมมนุษย์และความเบี่ยงเบนจากประเภานั้น ๆ ที่ถูกแสดงและบรรยายในสถานการณ์ต่าง ๆ ตามเวลาและสถานที่
 2. ความเบี่ยงเบนเป็นผลของความขัดแย้งทางวัฒนธรรม
 3. ปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อความเบี่ยงเบนจะผันแปรไปตามระดับของความเข้มข้นของความเบี่ยงเบน
 4. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนคือพฤติกรรมที่ไม่น่าพอใจ
 5. บุคคลที่เบี่ยงเบน คือ คนผู้ซึ่งบทบาท สถานภาพ การหน้าที่ และการนิยามตนเองของเขา ถูกเปลี่ยนรูปตามความเบี่ยงเบนนั้น ตามระดับที่สังคมมองเห็น และความเข้มข้นหรืออิทธิพลของปฏิกริยาทางสังคม
 6. ขอบเขตและเสรีภาพในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้เบี่ยงเบนมีความเกี่ยวพันโดยตรงกับสถานภาพ บทบาท และการนิยามตนเองของเขา
 7. ผู้เบี่ยงเบนจะถูกทำให้โดดเดี่ยวเป็นปัจเจกชน จากปฏิกริยาของสังคมซึ่งมีผลต่อบุคลิกภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของปฏิกริยาทางสังคมที่มีผลต่อผู้เบี่ยงเบน
- จะเห็นว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นพฤติกรรมที่ไม่น่าพอใจเท่านั้น แต่พฤติกรรมเบี่ยงเบนยังได้ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย และมีผลกระทบต่อสถานภาพและการนิยามตนเองของบุคคลด้วย

ทั้งนี้ Lemert (1967) ได้มุ่งความสนใจไปที่การพิจารณาปฏิภิกิริยาของสังคม อันเป็นการตอบสนองทั้งหมดของคนและกลุ่มสังคมที่มีต่อการเบี่ยงเบน และจะเข้าใจการเบี่ยงเบนได้ โดยอาศัยปฏิภิกิริยาโต้ตอบของสังคมที่มีอิทธิพลอยู่ และผู้เบี่ยงเบนจะถูกแต่งรูปโดยทัศนคติและการกระทำของผู้อื่น ผลกระทบของปฏิภิกิริยาทางสังคมที่มีต่อผู้เบี่ยงเบน ทำให้เขาวิเคราะห์พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนออกเป็นความเบี่ยงเบนปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Primary and secondary deviance) โดยที่ความเบี่ยงเบนปฐมภูมิ (Primary deviance) เป็นเพียงพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐาน โดยผู้กระทำซึ่งปราศจากการมองเห็นว่าเป็นผู้เบี่ยงเบน ดังนั้น ความเบี่ยงเบนปฐมภูมิจึงหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากสาเหตุมากมายของปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ซึ่งได้รับการจัดระเบียบ หรือนิยามในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับสถานภาพและโครงสร้างทางจิตของบุคคล ปัญหาที่ตามมาจะเกี่ยวข้องกันและกัน ในบริบทของความสัมพันธ์เชิงสถานภาพที่ถูกสร้างขึ้น โดยผ่านกระบวนการทำให้อยู่ในภาวะปกติ (Normalization) การเบี่ยงเบนนี้จึงถูกรับรู้ว่าเป็นเพียงการผันแปรปกติ (Normalization) ในชีวิตประจำวันหรือผ่านการควบคุมแต่ในนาม ซึ่งไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวเข้าหากันระหว่างบุคคลแต่อย่างใด (Lemert, 1967)

จะเห็นว่า บุคคลอาจมีพฤติกรรมที่ละเมิดกฎเกณฑ์ของสังคมแต่การที่บุคคลจะมองเห็นตนเองว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนนั้น จะไม่เกิดขึ้นทันทีจนกว่าจะมีปฏิภิกิริยาทางสังคมต่อความเบี่ยงเบนปฐมภูมิ ที่เห็นได้ง่าย เกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ว่าเขามีแนวโน้มถูกลงโทษ หรือถูกปฏิเสธจากคนอื่นด้วยกระบวนการที่ทำให้บุคคลกลายเป็นผู้เบี่ยงเบน

ทั้งนี้ Lemert (1967) เชื่อว่า ปฏิภิกิริยาทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นสาเหตุทำให้ความเบี่ยงเบนปฐมภูมิ พัฒนาไปสู่ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ ด้วยกระบวนการตีตรา (Process of stigmatization) อันเป็นกระบวนการตีตราว่าเบี่ยงเบน ซึ่งได้รับการอธิบายในรูปของกระบวนการที่ทำให้บุคคลได้รับเครื่องหมายหรือตราของความด้อยทางศีลธรรมทั้งในแง่ตราประทับเครื่องหมายหรือข้อมูลเชิงลบ กระบวนการตีตราโดยการแยกคนออกจากกลุ่มสังคมนี้ ก่อให้เกิดอัตลักษณ์ผู้เบี่ยงเบน ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวนี้จะนำบุคคลไปสู่ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิที่มีความเกี่ยวข้องกับลำดับของการปฏิบัติสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้

1. จากความเบี่ยงเบนเบื้องต้น (ขั้นปฐมภูมิ)
2. ได้รับการลงโทษจากสังคม
3. คงความเบี่ยงเบนปฐมภูมิต่อไป
4. การลงโทษการปฏิเสธจากสังคมมากขึ้น ๆ
5. คงความเบี่ยงเบนต่อไป บางครั้งเกลียดชัง ไม่พอใจต่อการลงโทษที่ได้รับ

6. จุดวิกฤติมาถึง จุดที่บุคคลในสังคมทนไม่ได้ (Tolerance quotient) จึงใช้การกระทำ
 อย่างเป็นทางการ ในการตีตราผู้เบี่ยงเบน

7. พฤติกรรมเบี่ยงเบนยิ่งขึ้น เนื่องจากปฏิกิริยาตอบโต้ต่อการตีตราและการลงโทษ

8. ยอมรับสถานภาพทางสังคมของความเบี่ยงเบนและพยายามปรับตัวจากพื้นฐานของ
 บทบาทที่เกี่ยวข้อง (Associated role adjustment)

และเกิดเป็น “ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ” ซึ่งหมายถึง ลักษณะพิเศษของการตอบสนองต่อค่านิยมทางสังคม ที่คนในสังคมเป็นผู้สร้างขึ้น โดยมีปฏิกิริยาโต้ต่อผู้เบี่ยงเบน อันเป็นปัญหาเชิงศีลธรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตีตรา การลงโทษ และการควบคุมทางสังคมผลกระทบที่ตามมาคือการแยกตัวออกจากสภาพแวดล้อมที่บุคคลตอบสนองด้วย ดังนั้น สิ่งที่ได้รับการขัดเกล่าในวัยเด็กและผู้ใหญ่จะถูกระทบอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดการจัดระเบียบเฉพาะของบทบาท และทัศนคติในการมองตนเอง (Self-regarding attitude) ดังนั้นผู้ที่เบี่ยงเบนทุติยภูมิจึงหมายถึง ผู้ที่ชีวิตและอัตลักษณ์ของเขาถูกจัดระเบียบตามข้อเท็จจริงของความเบี่ยงเบน (Lemert, 1967)

จากกระบวนการตีตรา (Lemert, 1967) เห็นว่าปฏิกิริยาตอบโต้ของสังคม เป็นตัวผลักดันให้บุคคลพัฒนาไปสู่การเบี่ยงเบนทุติยภูมิ ซึ่งเขามุ่งความสนใจไปที่กลไกควบคุมสังคมที่เป็นทางการ (Formal control agents) ซึ่งเป็นหน่วยที่มีหน้าที่แก้ปัญหาสังคมจากสิ่งเบี่ยงเบนเข้าสู่ภาวะปกติ

จากรายละเอียดดังกล่าว จะเห็นว่า การตีตรานั้น สังคมค่อนข้างมีอิทธิพลต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ดังที่ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540) ได้อธิบายว่า อิทธิพลของสังคม หรือปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมีในหลายระดับ คือ

ระดับที่ 1 เป็นการตอบสนองต่อตนเอง (Self response) ซึ่งขึ้นอยู่กับว่า บุคคลมีนิยามต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร โดยที่นิยามของเขาจะได้อาจมาจากการอบรมบ่มนิสัยตั้งแต่วัยเด็ก และมีการต่อยอดผ่านการประพฤติกฎปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาที่ได้เติบโต เช่น หากเขาได้ถูกสอนว่าพฤติกรรมรักร่วมเพศ เป็นพฤติกรรมที่ผิด และในชีวิตประจำวันก็พบเห็นแต่พฤติกรรมรักต่างเพศเท่านั้น ที่ถือกันว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง หากเมื่อบุคคลนั้นเติบโตขึ้นและมีประสบการณ์รักร่วมเพศ เขาก็จะรู้สึกว่าคุณได้ประพฤติก่อนอกกลุ่ม นอกทางที่ถูกต้องของสังคมที่เคยได้รับการปลูกฝังมา บุคคลนั้นก็ตอบสนองต่อตนเองไปในรูปแบบต่าง ๆ เช่น รู้สึกผิด ประณามตนเอง คุกตนเองหรือทำร้ายตนเองในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ระดับที่ 2 เป็นการตอบสนองต่อการคาดการณ์ (Anticipated response) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากข้อมูลข่าวสารที่บุคคลเคยได้รับจากประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับการจัดการของสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือผลของการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน บุคคลก็จะสนองตอบ

ไปในทำนองเดียวกัน เช่น สังคมส่วนรวมมีปฏิกิริยาต่อพฤติกรรมรกร่วมเพศในทัศนะที่ว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นโรค ต้องได้รับการรักษา บุคคลนั้นก็หาทางรักษา เป็นต้น

ระดับที่ 3 การตอบสนองตามการรับรู้ (Perceived response) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทำให้ความหมายแก่พฤติกรรมโดยคนอื่น ๆ บุคคลจะประเมินการตอบสนองของคนอื่นผ่านพฤติกรรมต่าง ๆ ผ่านสัญลักษณ์ที่ใช้ร่วมกันและเข้าใจความหมายตรงกันในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในสังคมตลอดมา และยิ่งกว่านั้น การตอบสนองตามการรับรู้ยังเป็นผลจากการที่บุคคลมีการคาดการณ์ต่อไป (Projection) ด้วยว่า ถ้าเป็นตนเองจะมีการตอบสนองอย่างไร ทั้งในระดับต่อตัวเอง (Self response) และต่อการคาดการณ์ (Anticipated response) ในกรณีที่มีพฤติกรรมฝืนระเบียบเป็นคนอื่น ไม่ใช่ตนเอง หรือในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีพฤติกรรมรกร่วมเพศ อาจคาดการณ์ว่าคนอื่นคงจะไม่ยอมรับคน ก็จะแปลความหมายของกิริยาท่าทางของคนอื่น ๆ ที่แสดงต่อตนไปในทางปฏิเสธ ไม่ว่าจะเสแสร้งอย่างไรไปก็ตาม การตอบสนองทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมาแล้ว เป็นการตอบสนองของบุคคลโดยการประเมินในลักษณะจิตวิสัย (Subjective evaluation) ต่อปฏิกิริยาของตนเองและต่อปฏิกิริยาของคนอื่น

ระดับที่ 4 การตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (Objective response) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในสถานการณ์ปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Primary and secondary setting) ดังนี้

1. ปฏิกิริยาจากบุคคลภายในวงใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือชุมชนเล็ก ๆ เป็นต้น
2. ปฏิกิริยานอกวงออกไป ไม่ใกล้ชิด เช่น จากสาธารณะชน เป็นต้น

ระดับที่ 5 การตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่แสดงต่อผู้ฝ่าฝืนหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอย่างเป็นทางการ จากองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมทางสังคมต่าง ๆ เช่น ตำรวจ ศาล ผู้คุมประพฤติ สถาบันพินิจ สถาบันคุ้มครองสิทธิ โรงพยาบาลปัญญาอ่อน บ้านพักฟื้น โรงพยาบาลจิตเวช ทัณฑสถาน เป็นต้น

กระบวนการตอบสนองจากสังคมใน 5 ระดับที่กล่าวมา เป็นการตีตราให้แก่บุคคลที่มีพฤติกรรมฝืนระเบียบหรือเบี่ยงเบน จนกระทั่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น กลายเป็นพฤติกรรมประจำตัวอันเป็นผลมาจากการตีตรา (Stigmatized) บุคคลจะเกิดสถานภาพใหม่แทนที่สถานภาพเก่าอันเป็นสถานภาพที่เหนือกว่าสถานภาพอื่น ๆ ที่บุคคลมีอยู่ (Master status) พร้อมด้วยชุดของบทบาทที่คาดหวังควบคู่มากับสถานภาพนั้น

เมื่อบุคคลได้ถูกจัดให้เป็นคนผีระเบียบตามสถานภาพหลักที่ได้มาใหม่ เขาก็จะเริ่มแสดงตัวเองตามสถานภาพที่ถูกจัดให้ นั่น เรียกว่า เป็นการแสดงตัวโดยสำนึกของตัวเอง ซึ่งการแสดงตัวโดยสำนึกของตัวเองนี้ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid) อ่อนไหวต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สัญญา หรือท่าทางของคนอื่น ๆ ง่ายขึ้น ปฏิสัมพันธ์ที่เคยเป็นปกติ จะกลายเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องเขาและจะตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์นั้น จนคนอื่น ๆ เห็นว่าเป็นเรื่องที่เขาใจยากหรือยอมรับไม่ได้ ด้วยความระแวงและระแวงระวังมากของผู้ผีระเบียบ จึงทำให้แปลความคิดความรู้สึกและการกระทำของคนอื่น ๆ อย่างหาเรื่องและก้าวร้าว ทำให้มีปัญหาในการอยู่ร่วมกันในสังคม จนบุคคลนั้นต้องแยกตัวออกจากการติดต่อกับผู้อื่น ทั้งที่การติดต่อกับผู้อื่นนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติบทบาทปกติ

นอกจากความเบี่ยงเบนจะเกิดจากการถูกปฏิบัติของสังคมในระดับต่าง ๆ การตีตราบุคคลว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลแล้ว การตีตรายังมีผลกระทบทั้งในแง่ลบและแง่บวกต่อพฤติกรรมนั้นด้วย กล่าวคืออาจจะมีผลยับยั้งไม่ให้เบี่ยงเบนต่อไป หรือผลักดันให้ความเบี่ยงเบนพัฒนาขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอื่น ๆ ของสถานการณ์ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ชมทางสังคมกับผู้เบี่ยงเบน และผู้เบี่ยงเบนกับกลุ่มคนในโลกที่เบี่ยงเบน

กล่าวโดยสรุป การตีตรา นั้นมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับความเบี่ยงเบนทางสังคม เนื่องจากความเบี่ยงเบนทางสังคม เกิดขึ้นจากการมีการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์หรือระเบียบของสังคม อันเป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานที่สังคมยึดถือปฏิบัติ เช่น เป็นพฤติกรรมที่กระทำผิด น่ารังเกียจ น่าอับอาย เป็นอันตราย เป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม จนกลายเป็นสิ่งที่ถูกคามต่อสวัสดิภาพของคนในสังคม จนสังคมไม่สามารถจะอดทนได้ ส่งผลให้ “ผู้พบเห็นหรือ ผู้ชมทางสังคม (Social audience)” ตีความให้ความหมายตัดสินให้คุณค่าและมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น แสดงความไม่พอใจ โกรธ เกลียด ประณาม ลงโทษ โดยไม่พุดคุย ไม่พบปะ โดดเดี่ยว อาจแบ่งแยกคิดกัน หรืออาจรุนแรงถึงกับถูกจำคุก หรือถูกต้องโทษประหารชีวิต ปฏิบัติทางสังคมดังกล่าวที่เกิดขึ้นถือเป็นกลไกการควบคุมทางสังคม (Social control) ซึ่งผลที่ตามมาของวิธีการควบคุมดังกล่าวคือ การตีตราของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

2.2.3 บริบททางวัฒนธรรมกับการตีตรา

ปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีตราผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น นอกเหนือจากการสร้างความหมายและความเชื่อไปในทางอคติแล้ว ยังรวมไปถึงรูปแบบต่าง ๆ ของกฎระเบียบและนโยบาย ซึ่งแฝงเร้นความคิดและการกระทำโดยการลงโทษหรือการกีดกันผ่านโปรแกรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมทัศนคติในด้านลบ หรือการกระทำที่ต่อต้านผู้ที่ติดเชื้อรวมถึง ผู้ที่เกี่ยวข้อง

เช่น การอธิบายทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเอดส์ คือ ความตาย โดยนิยามว่าเป็นโรคทางชีวภาพที่เกิดจากร่างกายติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immune Deficiency Virus) และไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายให้ลดน้อยลงหรือหมดไป ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ขณะที่ความหมายของโรคเอดส์ ในมิติทางสังคมวัฒนธรรม คือ โรคอันตราย น่ากลัว เป็นโรคของพวกพฤติกรรมเบี่ยงเบน โรคของคนไม่ดี โรคของคนอื่น โรคแห่งความสำส่อน โรคของพวกสกปรก โสเภณี เกย์ เป็นต้น (Saylor, 1990)

นอกจากนี้สถาบันทางสังคม เช่น ครอบครัว สถานที่ทำงาน ระบบบริการทางการแพทย์ ไม่ได้คำนึงถึงปัญหาแบบองค์รวม และความจำเป็นต่าง ๆ ที่จะต้องแก้ไขอคติอันเป็นผล เนื่องจากความเชื่อมั่นที่มีต่อโรคเอดส์ สังคมสร้างความหมายให้ผู้ที่ติดเชื้อเป็นแพะรับบาป ในขณะที่พวกเขามีสภาพเหมือนชนกลุ่มน้อยและคนชายขอบ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์นั้น ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของโรคและการระบาดของโรคเอดส์กับการ ตีตรา 4 ประการ (National Institute of Mental Health, 1996) คือ

2.2.3.1 ธรรมชาติและความรุนแรงของโรคเอดส์ ถูกกำหนดสร้างขึ้นจากฐานคิดระดับจิตวิทยา ที่มุ่งพิจารณาในประเด็น บุคคล สถานที่ และเวลา เอดส์เป็นโรคที่มีการระบาดอยู่ทั่วไป และผู้ป่วยเอดส์ก็ถูกตีตราในระดับต่าง ๆ กันไปโดยผ่านทางวัฒนธรรมและการปฏิบัติทางสังคมในรูปแบบการกีดกันต่าง ๆ

2.2.3.2 การตีตราเกี่ยวข้องกับเอดส์แปรเปลี่ยนไปตามการรายงานในรูปแบบของการแพร่ระบาดในกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วยอัตราการป่วยและอัตราการตายที่คำนึงถึงสถิติ และตัวเลขตามแนวคิดทางสาธารณสุข อันแสดงโดยเน้นถึงความรุนแรงและการปฏิบัติที่มีการกีดกัน ตั้งแต่ในช่วงแรกของการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องถูกไล่ออกจากงาน ถูกย้ายออกจากบ้าน ถูกปฏิเสธการรักษา

2.2.3.3 การตีตราผ่านกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและเป็นกลุ่มที่ถูกสังคมกำหนดการตีตรามาก่อนแล้ว โดยการตีตราเชื่อมโยงกับมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ คนจนหรือชนกลุ่มน้อย

2.2.3.4 การตีตรากับโรคเอดส์ในแต่ละกลุ่มย่อยอาจมีรูปแบบการตีตราแตกต่างกัน ปฏิกริยาของชุมชนต่อโรคเอดส์ ขึ้นอยู่กับผลกระทบของชุมชนต่อการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งปัจจัยที่สร้างรูปแบบของการตีตราภายในกลุ่มแตกต่างกัน ประการแรก คือ รูปแบบของการติดเชื้อภายในกลุ่มที่ส่งผลต่อผู้ที่ติดเชื้อและบุคคลที่ไม่ติดเชื้อ ประการที่สอง คือ ความรุนแรงของเอดส์ที่สัมพันธ์กับปัญหาอื่น ๆ ของกลุ่ม ประการที่สาม คือ ที่มาของกลุ่มหากเป็นกลุ่มที่ถูกตีตราโดยวัฒนธรรมกระแสหลัก อาจจะมีผลต่อระดับความเชื่อของคนในชุมชนต่อสถาบันต่าง ๆ ทางวัฒนธรรมรวม ถึงสถาบัน

ทางสุขภาพ ประการสุดท้ายคือทัศนคติของกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมและต่อกลุ่มย่อยสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาบริบททางวัฒนธรรมกับการตีตราผู้ป่วยเอดส์ อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของโรคและการระบาดของโรคเอดส์กับการตีตรา 4 ประการ ประกอบด้วย (1) ธรรมชาติและความรุนแรงของโรคเอดส์ (2) การตีตราเกี่ยวข้องกับเอดส์แปรเปลี่ยนไปตามการรายงาน (3) การตีตราผ่านกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและเป็นกลุ่มที่ถูกสังคมกำหนดการตีตรามาก่อนแล้ว และ (4) การตีตรากับโรคเอดส์ในแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการตีตราที่แตกต่างกัน

2.2.4 การตีตราที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับบุคคล

การตีตราที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับบุคคลนี้ แบ่งเป็นการตีตราในระดับปฐมภูมิ (Primary stigma) และในระดับทุติยภูมิ (Secondary stigma) ดังต่อไปนี้ (National Institute of Mental Health, 1996; Alonzo & Reymonds, 1995; International Center for Research on Woman, 2003)

2.2.4.1 การตีตราในระดับบุคคลที่มีการติดเชื้อเอชไอวี (Primary stigma) การตีตรานี้สร้างความกดดันรุนแรงต่อผู้ที่ติดเชื้อ เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อถูกมองหรือได้รับอคติที่ไม่ดีจากคนอื่นและพวกเขาต้องเผชิญกับความรู้สึก ในแง่ลบอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมและภาพลักษณ์ความเป็นตัวตน การที่สังคมมองโรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นที่มาของการตีตราภายใต้ทัศนคติทางศาสนาว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม ดังนั้นเมื่อบุคคลทราบผลเลือดและเป็นผู้ที่ติดเชื้อเขาจะต้องเผชิญกับการไม่ยอมรับทางสังคม รวมถึงทัศนคติด้านลบ และการกีดกันในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้บุคคลเหล่านี้กลัวต่อการเปิดเผยผลเลือดที่อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และคนรอบข้าง เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตตามปกติ หรือเปิดเผยคุณลักษณะบางส่วนที่ต้องการปิดบังนำไปสู่การตีตรา เพิ่มขึ้นต่อไปอีก การตีตรานี้ นอกเหนือจากนำไปสู่การสูญเสียวิถีการดำเนินชีวิตปกติแล้วยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความก้าวหน้าของอาชีพและการจ้างงาน ดังนั้นเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการถูกกีดกันและการสูญเสีย ผู้ติดเชื้อหลายคนพยายามที่จะปิดบังสถานะของตน และอาจจะตัดสินใจไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อ ให้กับคู่ที่ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่แพทย์ การปิดบังอาจเป็นสาเหตุให้คนเหล่านี้ขาดการช่วยเหลือทางสังคมและทางด้านการแพทย์ ชะลอการได้รับการรักษาหรือการบริการจากสังคมหรืออาจได้รับยาเข้าไป

การตีตราที่เกิดขึ้นภายในตัวเอง (Internal stigma) มักพบในสังคมที่มีการตีตราสูง ผู้ติดเชื้ออาจแยกตัวเองออกไปจากสังคม เนื่องจากกลัวถูกกีดกัน กลัวการถูกรังเกียจ ทำให้เขาไม่รู้สึกว่าเป็นส่วนของสังคมอีกต่อไป พวกเขาจะไม่สามารถเข้าถึงการบริการและการช่วยเหลือที่พวกเขาต้องการ นอกจากนี้การตีตราที่มีอยู่ภายในตัวเองสามารถที่จะลดทอนอำนาจและกำลังของผู้ที่ติดเชื้อ

เอง โดยเริ่มด้วยการโทษตัวเอง เนื่องจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการตีตรา หรือความรู้สึกผิดที่ติดเชื้อ เอชไอวี ทำให้การยอมรับสถานะของความด้อยค่าในสังคม คนที่ถูกตีตราอาจจะยอมรับว่าพวกเขาสมควรที่จะได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีหรือการปฏิบัติที่ไม่มีความเท่าเทียมกัน ทำให้การต่อต้านการตีตรา หรือการกีดกันยิ่งมีความลำบากมากขึ้น ซึ่งการตีตราภายในถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง จากปฏิกิริยาของคนรอบข้างและจากสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลเกลียดตัวเอง แยกตัวเอง รู้สึกละอาย รู้สึกด้อยค่า สิ้นหวัง ไม่สนใจตัวเองและไม่วางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

2.2.4.2 การตีตราในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Secondary stigma) การตีตรา ในลักษณะนี้ เป็นการตีตรากับกลุ่มคนรอบข้างผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น คู่สมรสของผู้ติดเชื้อ สมาชิก ในครอบครัว บุตร คนดูแล รวมถึงแพทย์หรืออาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่เกี่ยวกับเอดส์ ซึ่ง กลุ่มคนรอบข้างอาจจะไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ในความหมายของ Goffman (1963) ใช้คำว่า courtesy stigma ซึ่งเป็นการตีตราผ่านผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ และกลุ่มถูกตีตราที่สัมพันธ์กับเอดส์รวมไปถึง กลุ่มรกร่วมเพศและกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด การตีตราในขั้นนี้อาจปล่อยให้บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือผู้ติดเชื้อมีชีวิตอยู่โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม หรือทำให้การดำเนินชีวิตของพวกเขายุ่งยากหรืออยู่ อย่างมีความกดดัน การตีตราจะส่งผลต่อระดับความพอใจ ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ติดเชื้อ และความ ต้องการของบุคคลอื่นที่จะทำงานกับผู้ติดเชื้อ

จากการศึกษาการตีตราที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในระดับบุคคล สรุปว่าการตีตราที่เกี่ยวข้องกับ โรคเอดส์ในระดับบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การตีตราในระดับปฐมภูมิ (Primary stigma) และ ในระดับทุติยภูมิ (Secondary stigma) ได้แก่ การตีตราในระดับบุคคลที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และการตี ตราในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Secondary stigma)

2.2.5 ปฏิกริยาทางสังคมกับการตีตราต่อโรคเอดส์

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ประเมินสถานการณ์โรคเอดส์กับการตีตราทางสังคม และกลายเป็นการกีดกันในที่สุด ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าจะสังคมมีทัศนคติหรือความรู้สึกกับผู้ติดเชื้อในทางลบมี การกีดกันหรือการตีตรา ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนอื่น ๆ ปฏิกริยาทางสังคมด้านลบทำให้ ผู้ติดเชื้อ กลัวผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับเอดส์ แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ Instrument AIDS stigma และ symbolic stigma โดยพื้นฐานความคิดของการตีตราทั้งสองประการเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและ ทางจิตวิทยา (National Institute of Mental Health, 1996) คือ

2.2.5.1 Instrument AIDS stigma หมายถึงลักษณะอาการและการติดต่อของโรคเอดส์เมื่อ เปรียบเทียบกับโรคอื่นจึงถูกตีตราในระดับสูง กล่าวคือ ประการแรกเอดส์เป็นโรคที่มีการรับรู้อย่าง กว้างขวางว่าเป็นโรคที่ไม่มีทางเลือก เป็นโรคของความเสื่อมทราม เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องตาย อย่างเดียว เป็นโรคแห่งความน่ากลัว โรคจากความผิดบาป เสื่อมเสียศีลธรรม ประการที่สอง เอดส์เป็น

โรคที่สังคมเข้าใจโดยทั่วไปว่าเป็นโรคติดต่อ ผู้ติดเชื้อทุกคนจะได้รับความทุกข์ทรมาน อันตรายและถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้อาการขั้นสุดท้ายของโรคเอดส์จะปรากฏลักษณะอาการที่น่ารังเกียจ น่าเกลียด หรือไม่น่าดู จากปฏิกริยาทางสังคมต่อโรคเอดส์รูปแบบนี้ทำให้คนส่วนใหญ่กลัวโทษผู้ที่ติดเชื้อ ผลจากสังคมกำหนดให้พวกเขาเป็นกลุ่มที่ถูกวางกรอบการตีตราไว้ก่อนแล้ว บุคคลเหล่านี้จะถูกปิดป้ายว่าเป็นผู้ที่ไม่มศีลธรรม และเจตนาให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

2.2.5.2 Symbolic stigma เป็นปฏิกริยาทางสังคมที่ได้ตอบสนองต่อความหมายที่สังคมตีตรากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากบุคคลนั้นถูกวินิจฉัย เป็นการตีตราที่เป็นผลมาจากการให้ความหมายทางสังคมที่เกี่ยวกับเอดส์ โดยการใช้โรคเป็นตัวแทนของทัศนคติผ่านกลุ่มและสัมพันธ์กับพฤติกรรม และการติดต่อของโรค เช่น การตีตราผ่านกลุ่ม โดยมีทัศนคติทางลบต่อกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มที่ใช้สารเสพติดทางหลอดเลือด ว่าเป็นพวกที่เป็นพาหะนำเชื้อโรคเอชไอวี มาสู่คนปกติ นอกจากนี้ ผู้หญิง ลักษณะเชื้อชาติ ชนกลุ่มน้อย คนจน ก็เป็นตัวแทนของการถูกกล่าวหาให้เป็นแพะรับบาป ที่ทำให้มีการแพร่เชื้อเอดส์ กลุ่มคนเหล่านี้จะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากคนปกติ Parker et al. (2002) อธิบายว่าการที่จะเข้าใจบริบทของการตีตรา จำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลัก 4 ประการคือ (1) ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศวิถี (2) ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศภาวะ (3) ตีตราที่สัมพันธ์กับเชื้อชาติหรือชนชาติ และ (4) ตีตราที่สัมพันธ์กับความยากจนหรือสภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศวิถี

การตีตราและการกีดกันที่เกี่ยวกับเอชไอวีหรือเอดส์ สัมพันธ์กับเพศวิถี เนื่องจากการติดเชื้อโดยส่วนใหญ่เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และขยายการระบาดเป็นวงกว้างออกไปทั่วโลก การระบาดของโรคเริ่มแรกนั้น ส่งผลต่อประชากรที่มีการปฏิบัติทางเพศหรือตัวตนที่แตกต่างจากปกติ การตีตราและการกีดกันที่เกิดขึ้นจึงเป็นการตีตราของกลุ่มที่สังคมมีบรรทัดฐาน ระบุว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนอยู่ก่อนแล้ว การตีตรามีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่รักร่วมเพศ ผู้หญิง โสเภณี ถูกมองว่ามีความเบี่ยงเบนทางเพศ จากความเชื่อทางสังคมที่มีต่อกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งสังคมสร้างกรอบไว้แล้วว่ากลุ่มคนเหล่านี้ เป็นกลุ่มที่แพร่ระบาดของโรคเอดส์ หรือว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มรักร่วมเพศ ผู้หญิงกลับกลายเป็นผู้ถูกกล่าวหาว่ามีพฤติกรรมสำส่อนและเป็นผู้ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค โดยไม่ได้คำนึงถึงสาเหตุของการแพร่ระบาดที่แท้จริง

2. ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศภาวะ

การตีตราและการกีดกันที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีหรือเอดส์ ที่สัมพันธ์กับความแตกต่างหญิงชาย พบว่า สังคมมีอิทธิพลต่อการตีตราและการกีดกันเกี่ยวกับเอชไอวีหรือเอดส์ ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สืบเนื่องมาจากแรงผลักดันของระบบเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม และความเสียเปรียบทางสังคม รวมถึงความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับข้อมูลและการบริการ การติดต่อของโรคในกลุ่มรักต่างเพศนั้นถูกมองว่าการติดเชื่อสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงที่ไม่ได้เป็นไปตามบรรทัดฐานของความเป็นหญิงชาย เช่น โสเภณี นอกจากนี้ผู้หญิงที่ขายบริการทางเพศ ยังถูกระบุว่าเป็นพาหะของโรคและนำความเสี่ยงไปสู่คู่อบริการทางเพศ ในทำนองเดียวกันผู้ชายอาจถูกกล่าวหาว่าเป็นผู้แพร่โรคไปสู่คู่อรัก เนื่องจากการสร้างมาตรฐานเชิงซ้อน เรื่องเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ผู้ชายมีอยู่นอนได้หลายคน

3. ตีตราที่สัมพันธ์กับเชื้อชาติหรือชนชาติ

การตีตราและการกีดกันที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีหรือเอดส์ ที่สัมพันธ์กับเชื้อชาติหรือชนชาติ เป็นปฏิกิริยาทางสังคมที่ยึดถือวัฒนธรรมของความเป็นชนชาติที่เหนือกว่าตัดสินชนชาติที่ต่ำกว่าว่าเป็นกลุ่มที่ด้อย ไม่มีความรู้ ไร้ความสามารถ และเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื่อ มากกว่าชนชาติในสังคมที่พัฒนาแล้ว

4. ตีตราที่สัมพันธ์กับความยากจนหรือสภาพทางเศรษฐกิจ

การระบาดของเชื้อเอชไอวี ได้เพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงสังคมเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั่วโลก ส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างคนจนและคนรวย คนจนจะถูกแยกออกจากสังคมหรือกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบ ทำให้เพิ่มความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ส่งผลทำให้การตีตราเกิดขึ้นกับคนจน คนที่ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีงานทำ จากผลของความยากจนทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวี ส่งผลทำให้การติดเชื่อเอชไอวีสูงขึ้นในกลุ่มคนจน

จากการศึกษาปฏิกิริยาทางสังคมกับการตีตราโรคเอดส์ สรุปว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปฏิกิริยาทางสังคมทำให้ผู้ติดเชื่อกลัวผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ แบ่งออกเป็น 2 ประการคือ Instrument AIDS stigma และ symbolic stigma และปฏิกิริยาทางสังคมกับการตีตราต่อโรคเอดส์ยังประกอบไปด้วย (1) ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศวิถี (2) ตีตราที่สัมพันธ์กับเพศภาวะ (3) ตีตราที่สัมพันธ์กับเชื้อชาติหรือชนชาติ และ (4) ตีตราที่สัมพันธ์กับความยากจนหรือสภาพทางเศรษฐกิจ

2.2.6 การรับรู้การถูกตีตราจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ที่เกิดขึ้นในสังคม ตลอดจนข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏจากสื่อประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หรือภาพโปสเตอร์ ล้วนเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าสังคมได้ตีตราตนเอง Moneyham et al. (1996) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้การตีตราใน 4 ลักษณะ คือ

2.2.6.1 ความน่ารังเกียจ เป็นการรับรู้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นบุคคลที่ไม่มีใครพึงปรารถนา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเหมือนคนขี้เรื้อน ไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ไม่มีใครอยากสัมผัส ไม่มีใครอยากมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett (1990) เรื่อง การตีตรา: ประสบการณ์ของบุคคลในผู้ป่วยเอดส์ อธิบายว่าปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงท่าที่รังเกียจผู้ป่วยเอดส์ เช่น ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ ไม่ต้องการจับมือกับผู้ป่วย ไม่อยากมองผู้ป่วย และเดินหนีผู้ป่วย และการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2541) เรื่อง พฤติกรรมความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อธิบายว่า โรคเอดส์ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ คือ เป็นโรคที่น่ารังเกียจและเป็นโรคที่น่ากลัว โดยอธิบาย “ความรังเกียจ” เป็น 2 สาเหตุ คือ จากอาการของโรคและจากพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น สำส่อนทางเพศ และยาเสพติด ส่วนการที่โรครักษาไม่หายเป็นแล้วตาย และสามารถติดต่อได้ ทำให้เป็น “โรคที่น่ากลัว” ความรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบุคคลทั่วไปเท่านั้น กับบุคลากรที่มสุขภาพก็หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลรักษา เช่น การศึกษาทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ พบว่าร้อยละ 75 ของแพทย์ไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 64 คิดว่าแพทย์ควรมีสติธิในการรับหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 45 กล่าวว่าไม่ต้องการสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 12 กล่าวว่ารู้สึกกลัวเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในห้องเดียวกับผู้ป่วยเอดส์และร้อยละ 20 ไม่แน่ใจว่าการสัมผัสกันอย่างธรรมดาจะทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ได้หรือไม่ (Kegeles et al., 1989)

2.2.6.2 ภาพลักษณ์โดยรวม เป็นการรับรู้ว่าสังคมได้ให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในทางที่ไม่ดี เป็นความรู้สึกที่ถูกตำหนิจากสังคม เช่น ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนสำส่อนทางเพศหรือคนติดยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษฎี และคณะ (2553) เรื่อง กรณียแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ อธิบายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าโรคเอดส์เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งรักต่างเพศ เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา ทำให้ทุกคนที่เป็นต้องตาย ผู้ที่เป็นโรคจึงเป็นผู้ที่โชคร้าย เป็นโรคที่ไม่ควรเปิดเผย เพราะสังคมไทยจะไม่ให้อภัย หรือการให้ความหมายว่า ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือคนเลวของสังคม (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2537) โรคเอดส์คือโรคของเกย์ โรคของโสเภณี โรคของคนสกปรก โรคของคนผิดศีลธรรม โรคที่มีอันตรายต่อสังคม (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2536)

2.2.6.3 การไม่ยอมรับจากสังคม เป็นการรับรู้ว่าคุณคนในสังคมไม่ต้องการร่วมพบปะสังสรรค์หรือคบหาสมาคม ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ร่วมในสังคม เช่น บุคคลในสังคมหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ Bennett (1990) ศึกษาเรื่อง การตีตรา: ประสบการณ์ของบุคคลต่อโรคเอดส์ ได้อธิบายว่าผู้ป่วยเอดส์จะถูกไล่ออกจากงาน ที่พักอาศัย ครอบครัว เพื่อน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพัลย์ บุญมงคล (2536) เรื่อง ร่างกาย ความสกปรกและภัยอันตราย ตราบาป โรคเรื้อรังและโรคเอดส์ ที่อธิบายว่า บุคคลในสังคม ญาติพี่น้อง ไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ และได้ส่งผู้ป่วยเอดส์ไปอยู่ในสถานที่รักษาผู้ป่วยเอดส์ เช่น นิคมโรคเอดส์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เป็นต้น

2.2.6.4 ความสมเพช เป็นการรับรู้ว่าคุณคนในสังคมรู้สึกสมเพชผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสังคมรับรู้ว่าคุณป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี คงมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานแล้วก็ต้องตายด้วยโรค ไม่มีใครช่วยเหลือ ไม่มีเพื่อน ไม่สามารถทำอะไรได้ บุคคลในสังคมจึงต้องการปลอบใจ แต่ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกว่าปลอบใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ หรือเสียใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นการเสแสร้งทำมากกว่าทำด้วยความจริงใจ เพราะบุคคลเหล่านั้นก็ไม่สามารถที่จะเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการให้คุณคนทั่วไปแสดงต่อตนเองเหมือนคนทั่วไป

จากการศึกษาการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี สรุปว่าการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย (1) ความน่ารังเกียจ (2) ภาพลักษณ์โดยรวม เป็นการรับรู้ว่าคุณคนได้ให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอดส์ ในทางที่ไม่ดี เป็นความรู้สึกที่ถูกกำหนดจากสังคม (3) การไม่ยอมรับจากสังคม และ (4) ความสมเพช

2.2.7 การวัดการรับรู้จากการถูกตีตราของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การตีตราของบุคคลจะแสดงออก ตามปฏิกิริยาทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และส่งผลถึงการประเมินคุณค่าของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นในการวัดการ ตีตราในทัศนะของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัดได้จาก 4 ประเด็น คือ สเกลประเมินความมีอคติ (Prejudicial scale) สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction scale) สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Evaluation scale) ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Interpersonal evaluation scale) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.7.1 สเกลประเมินความมีอคติ (Prejudicial scale) อคติก็มีลักษณะทัศนคติและเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ด้าน ที่เหมือนกับทัศนคติ (National Institute of Mental Health, 1996) ได้แก่ (1) องค์ประกอบทางปัญญา (Cognitive component) สามารถนำคำว่าภาพพจน์มาใช้ตัดสินคำว่า คุณลักษณะหรือคุณสมบัติ บางอย่างเมื่อมาสรุปรวมเกี่ยวกับบุคคลหนึ่งบุคคลใด (2) องค์ประกอบทางอารมณ์ (Affective component) สามารถนำคำว่า อคติมาใช้ในความรู้สึก ดี – ไม่ดี, ชอบ – ไม่ชอบ หรือ ความคิดที่ว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อยู่ในกลุ่มตัวเองหรือนอกกลุ่มตัวเองและ (3) องค์ประกอบทางพฤติกรรม (Behavior component) สามารถนำคำว่า การแบ่งพรรคพวกมาใช้ในการแสดงความพร้อม ในการตอบสนองต่อทัศนคติหรืออคตินั้น

จะเห็นได้ว่า เมื่อแบ่งความมีอคติที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ จะแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้ว สำหรับ (Goffman, 1963) การตีตราคือ คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เมื่อนำเอาคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ ในความหมายของบุคคลที่มีพฤติกรรม เบี่ยงเบนจากสังคมของคนปกติ นอกจากนี้การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยการกีดกัน ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่นตามแนวคิดของ Goffman ดังนั้นในการวิจัย ปฏิกริยาจากสังคมในด้านความมีอคติ ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์ จากการแสดงออกทางอารมณ์ต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ความรู้สึกรังเกียจและความพยายามที่จะกีดกันผู้ป่วยออกจากสังคม และความไม่เข้าใจของครอบครัวของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สเกลของการวัดจึงวัดความรู้สึกและการแสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ในเชิงมีอคติหรือไม่มีอคติของปรากฏการณ์ที่เป็นการตีตรา ทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลย หรือไม่เคยพบเลย จนถึงผู้ที่เคยรู้สึกและมีการพบอยู่เป็นประจำ

2.2.7.2 สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction scale) (เปี่ยมปีติ ช่างสาร, 2534) ได้ทำการสำรวจใน 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือ การรับรู้ความเชื่อที่แตกต่างกันและ ประเด็นที่สอง คือ เหตุผลที่ปัจเจกบุคคลเหล่านั้นที่จะสร้างระยะห่างทางสังคมระหว่างตัวพวกเขาเอง กับคนที่ถูกตีตรา ซึ่งผลจากการสำรวจนี้ได้สนับสนุนทฤษฎีของ Goffman ที่อธิบายว่า ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการตีตรามีผลรุนแรงต่อ การดำเนินปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การปฏิเสธกับผู้ที่ถูกรับรู้ ว่าแตกต่างจากคนธรรมดา พบว่าคนที่ถูกตีตรามิใช่เป็นเพียงกลุ่มคนที่แตกต่างจากคนธรรมดาเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นพวกเขารับรู้ว่ามีระดับของลักษณะของความรังเกียจหลายลักษณะ โดยระดับเหล่านี้ สะท้อนความห่างของสังคมด้วย ซึ่งเป็นเหมือนตัวชี้วัดระดับความห่างทางสังคมระหว่างคนที่ถูกตีตรา กับคนอื่น ๆ ดังตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนเบี่ยงเบนจากสังคมนั้นดูเหมือนจะเป็นคนที่ไม่น่ายินดี ด้วยเหตุนี้การถูกตีตราในเรื่องพฤติกรรมเบี่ยงเบนจึงคงระยะห่างทางสังคม (Social distance) มากกว่าการถูกตีตราเพราะความด้อยทางกายภาพ (Preecha Upayokin, 1991) ดังนั้น

ในการวิจัย ทำให้เกิดการตีตราในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่ตนถูกปฏิเสธในการเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน สเกลของการวัดจึงเป็นการวัดการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เป็นการตีตราจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กับคนรอบข้างทั้งผู้ที่ไม่เคยพบเหตุการณ์ที่เป็นตราบาปนี้เลยจนถึง ผู้ที่มีการพบอยู่เป็นประจำ

2.2.7.3 สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง (Interpersonal evaluation scale) ในแง่การตัดสินใจของสังคมและความยินยอมของสังคมซึ่ง Goffman อธิบายว่า การตีตรามีผลต่อบุคคล โดยการกีดกันและการแบ่งแยก (Discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่นมีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา เช่น รู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง และตีตราประณามตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ เปี่ยมปิณี ช่างสาร (2534) ในเรื่องทัศนคติต่อโรคเอดส์ การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบภาพพจน์ที่ใหม่และเป็นเชิงลบศึกษาจากนักศึกษามหาวิทยาลัยนิวซีแลนด์ 312 คน ได้มีการสร้างเป็นมาตรวัดโดยอาศัยการจำแนกความหมายของคำ เป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กันพบว่าภาพพจน์ของโรคเอดส์ ได้แก่ เกรียด (Tense) ละเอียดอ่อน (Delicate) อันตราย (Dangerous) อ่อนแอ (Weak) สลับซับซ้อน (Complicated) ไร้ค่า (Worthless) โง่ (Foolish) ไม่สามารถทำนาย (Unpredictable) ช้า (Slow) และสกปรก (Dirty) ซึ่งในการจัดสรรคำ และภาพพจน์ในการมองผู้ป่วยโรคเอดส์ได้มีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ในหลาย ๆ ด้าน มิใช่เป็นการมองเอดส์เพียงแค่โรคที่มีการติดต่อเชื้อทางการแพทย์เท่านั้น ยังเชื่อมโยงต่อกลุ่มคน ความรู้สึกที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงพฤติกรรมที่นำมาสู่การติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่า บุคคลมีภาพที่จะให้คุณค่าส่วนบุคคลต่อผู้ป่วยเอดส์อยู่ ล้วนเป็นการมองลักษณะของบุคคลในการตีตราผู้ป่วยเอดส์ ในการวิจัยจึงได้สเกลของการวัดเป็นคำคุณศัพท์หรือวลีซึ่งจะเป็นคำที่มีความหมายต่อความรู้สึกในการให้คุณค่ากับตนเอง เป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กันจำนวน 12 คู่ ได้แก่ นำสงสาร-นำสมน้ำหน้า, โชคดี-โชคร้าย, เป็นโรคที่สังคมยอมรับ - เป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม, รู้จักระมัดระวังตนเอง - ประมาทในการใช้ชีวิต, มีคุณค่า - ไร้คุณค่า, ไม่มีผลร้าย - น่ากลัว, ไม่เป็นภาระให้ผู้อื่น - เป็นภาระให้ผู้อื่น, ไม่มีอันตราย - นำอันตราย, นำยกย่อง - นำเหยียดหยาม, เสียสละ - เห็นแก่ตัว, ควรให้อภัย - ไม่น่าให้อภัย, ฉลาด - โง่, ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่ตนมีภาพและให้คุณค่ากับตนเอง สเกลในการวัดจะมีทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึงผู้ที่เคยรู้สึกเป็นประจำ

2.2.7.4 สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Interpersonal evaluation scale) มีความหมายเช่นเดียวกับการประเมินคุณค่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง แต่เป็นการเชื่อมโยงการรับรู้เป็นการวัดความรู้สึกนึกคิดที่รับรู้จากบุคคลอื่นจะให้คุณค่าตนเองอย่างไร ในการวิจัย จึงได้สเกลของการวัดเป็นคำคุณศัพท์หรือวลี ซึ่งเป็นคำที่มี

ความหมายต่อความรู้สึกในการให้คุณค่ากับตนเองเป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กันจำนวน 12 คู่ เช่นเดียวกับสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง แต่เป็นการรับรู้ในแง่การตัดสินใจของสังคมและความนิยมของสังคม จากผลของการติดต่อกับความรู้สึกที่คนรอบข้างมีต่อตนเองที่ได้สัมผัส ซึ่งสเกลในการวัดจะมีทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึงผู้ที่เคยรู้สึกเป็นประจำ

โดยสรุป การวัดการรับรู้จากการถูกตีตราของผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงเผชิญกับปัญหาการถูกตีตราจากสังคมอยู่เสมอ แม้ว่าสื่อมวลชนต่าง ๆ พยายามออกข่าวเพื่อเป็นการแก้ไขทัศนคติของสังคม ให้มีความเห็นอกเห็นใจเมตตาและสงสารผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540) พยายามให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ แต่สังคมก็ยังมีกรตีตราผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อ เอชไอวี อยู่เพราะว่าโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ พฤติกรรมติดยาเสพติด การถูกตีตราทางสังคมของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อให้เกิดการตีตรา ซึ่งเป็นการทำลายความสุข ทำลายอนาคต รวมทั้งทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความรู้สึกว่าตนเองทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน อีกทั้งมิได้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยด้วย (เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534) แม้ว่าปัจจุบันสังคมมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ในส่วนลึก ๆ นั้น ยังมีความรังเกียจไม่อยากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์โดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ (พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2541)

2.2.8 การตีตราโรคเอดส์ในบริบทของสังคมไทย

โรคเอดส์ในทางการแพทย์นิยามว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ที่ยังไม่มียารักษาให้หายได้ การติดต่อของโรคเกิดจากไวรัส Human Immunodeficiency Virus ที่ไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดน้อยลงและสุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ขณะที่ความหมายของโรคเอดส์ในทางสังคมและวัฒนธรรมอธิบายว่าเป็นโรคลึกลับ น่ากลัว เป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและสำล่อนทางเพศ ไม่มียารักษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกรายต้องเสียชีวิต โรคเอดส์เป็นโรคที่มีการตีตราสูงมาก ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิเสธจากสังคม ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนเลว คนผิดศีลธรรมและเป็นอันตรายต่อสังคม การที่โรคเอดส์ยังถูกตีตราและมีตราบาปนั้น เกิดจากการที่สังคมให้ความหมายทางสัญลักษณ์แก่ร่างกายผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งสกปรกและภัยอันตราย ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อจากของเหลวที่ออกมาจากร่างกาย และการแพร่กระจายที่เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งสังคมไทยมองว่าเป็นเรื่องสกปรก และมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคของคนสกปรก โรคของคนที่ไม่มศีลธรรม (เสาวภา พรสิริพงษ์, 2541) เอดส์ถูกรับรู้ว่าเป็นโรคของการสำล่อน นอกจากนี้การที่โรคเอดส์เกี่ยวข้องกับความสกปรก อันตราย และความตายจึงถูกมองว่าเป็นโรค

ของคนมีกรรม และทัศนคติของผู้คนในสังคมต่อโรคเอดส์ยังเป็นภาพเชิงลบ เป็นโรคที่มีการตราบาปของความน่าเกลียด น่ากลัว น่าขยะแขยง เป็นอันตราย เสื่อมเสียชื่อเสียง และนำมาซึ่งความสูญเสียตลอดจนบ่งชี้ลักษณะของคนที่ไม่ดีต่าง ๆ การรับรู้ดังกล่าวย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

ในการศึกษาของ อดิรัตน์ วัฒนไพลิน (2549) เรื่อง อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ:การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวีต่อตนเองในประเด็นใหญ่ ๆ 3 ประเด็น คือ (1) การติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคของหญิงบริการทางเพศหรือผู้มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ (2) การติดเชื้อเอชไอวีนำไปสู่การเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง (3) การติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีทางรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องตายแน่นอน และการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อธิบายว่าผู้ที่ติดเชื้อให้ความหมายของโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว น่าเกลียด และเป็นโรคแห่งความสูญเสีย ซึ่งความน่ากลัวของโรคเอดส์เชื่อมโยงเข้ากับลักษณะที่อันตรายร้ายแรงของโรคเอดส์ 4 ประการ คือ (1) เป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง (2) เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง (3) เป็นโรคที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ (4) เป็นโรคที่เป็นแล้วมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานต้องตายในที่สุด ในการให้ความหมายของโรคเอดส์เป็นโรคที่น่าเกลียด มีลักษณะสัมพันธ์กับภาพลักษณ์สองลักษณะ คือ

1. ภาพลักษณ์ที่เป็นผลมาจากโรค ได้แก่ อาการและอาการแสดงต่าง ๆ เช่น ตุ่มหนอง แผลเปื่อยตามร่างกาย ร่างกายชูดผอม ผิวกายดำคล้ำ มองดูน่าเกลียดน่ากลัว น่ารังเกียจขยะแขยง ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากพบเห็น

2. ภาพลักษณ์ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมของคน หมายถึง พฤติกรรมทางเพศหรือเสพยาเสพติด ซึ่งสังคมโดยทั่วไปไม่ยอมรับอีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งมองว่าเป็นคนไม่ดี คือ เป็นคนสำส่อนทางเพศและเป็นคนที่เสพยาเสพติดจึงไม่น่าคบ

นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคเอดส์รับรู้เอดส์ เป็นโรคแห่งความสูญเสีย ไม่มีอะไรเหลือในชีวิตอีกต่อไป ในทันทีที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นทันที สูญเสียนาคต สูญเสียความหวัง สูญเสียความสัมพันธ์ สูญเสียความรัก ความผูกพัน สูญเสียอาชีพการงานและรายได้ สูญเสียความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเอง สูญเสียทุกอย่างแม้กระทั่งชีวิตของตนเอง ความสูญเสียยังส่งผลตกทอดไปสู่สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง ชื่อเสียงวงศ์ตระกูล

ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดไปสู่ผู้อื่นส่งผลต่อความกลัวเป็นอย่างมาก ในการเปิดเผยนั้น เหตุผลในการเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีนั้น แตกต่างกัน วงจรของการตีตราบาปมีส่วนที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี (Parson, VanOra,

Missildine, Purcell & Gomez, 2004) อุปมาอุปมัยของเอดส์กับความตาย ความน่ากลัวและการลงโทษ ทำให้มีมลทิน ความอับอายและอื่น ๆ ทำให้ความกลัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการตีตราและกีดกันมีความรุนแรงมากขึ้นและพิสูจน์ว่าถูกต้อง (Parker et al., 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวภา พรสิริพงษ์ (2541) เรื่อง ปฏิกริยาทางสังคมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว อธิบายว่า การให้คำอุปมา อุปมัย ต่อ ผู้ป่วยเอดส์นั้น เป็นการตีตราอย่างหนึ่ง รวมถึงเป็นสิ่งที่ใช้อธิบายความกลัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้คำอุปมา อุปมัย ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ยังมีอยู่ในความเชื่อของประชาชน จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยตนเองและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเอดส์บางราย เลือกวิธีการปกปิดจากการเป็นโรคเป็นเวลาหลายปี มีเพียงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่รู้บางรายเปิดเผยเฉพาะกับบุคคลที่มีความสำคัญและความจำเป็นต่อตนเอง

โดยสรุป การตีตรา หมายถึง การที่บุคคลและกลุ่มชนในสังคม มีลักษณะที่แตกต่างและเบี่ยงเบนจากคนอื่น ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจ หรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคม ซึ่งบุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกสังคมตีตรา มีลักษณะ 3 ประการ ลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน ลักษณะที่บ่งชี้ถึงความด้อยวัฒนธรรมหรือเบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม และลักษณะที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์และศาสนา

กระบวนการตีตรา เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น โดยแสดงออกตามอัตลักษณ์ทางสังคม ที่บุคคลจะพยายามแสดงบทบาทของตนให้สมบูรณ์ที่สุด อิทธิพลของสังคม หรือปฏิกริยาของสังคมมีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมีในหลายระดับ คือ การตอบสนองต่อตนเอง (Self response) การตอบสนองต่อการคาดการณ์ (Anticipated response) การตอบสนองตามการรับรู้ (Perceived response) การตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (Objective response) และการตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน

บริบททางวัฒนธรรมกับการตีตราผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์ เกิดการตีตราและการกีดกันนั้น ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ คือ การตีตราที่สัมพันธ์กับเพศวิถี การตีตราที่สัมพันธ์กับเพศภาวะ การตีตราที่สัมพันธ์กับเชื้อชาติหรือชนชาติ และการตีตราที่สัมพันธ์กับความยากจนหรือสภาพทางเศรษฐกิจ

การรับรู้การถูกตีตราจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ จะแสดงออกจากหลายอย่าง ได้แก่ ความน่ารังเกียจ ภาวลักษณ์โดยรวม การไม่ยอมรับจากสังคม และความสมเพช

2.3 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

Kasl and Cobb (1966) อธิบายถึง พฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลให้มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้ สมบูรณ์ แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ เช่น การนอนหลับอย่างพอเพียง การรับประทานอาหารสะอาดถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึง พฤติกรรมการป้องกันในชีวิตประจำวันได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพยังรวมถึงการสวดมนต์ การทำสมาธิ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ การรับประทานยาละลาย เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงและเพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรค ในขณะที่โรคนั้นยังมีได้แสดงออกมา (มัลลิกา มัติโก, 2534)

Gochman (Editor, 1997) อธิบายความหมาย ของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นคุณลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล อาทิเช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่น ๆ ซึ่งหมายรวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและลักษณะนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันสุขภาพ

Hill and Smith (1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นการกระทำที่บุคคลตั้งใจกระทำเพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง หรือเพื่อป้องกัน จำกัด หรือรักษาโรค

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้อธิบายความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของแต่ละบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน หรือคงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงภาวะสุขภาพ ที่แท้จริงหรือตามการรับรู้

Elder, Ayala and Harris (1999) อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นหน้าที่ในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประสิทธิผลของการรักษาของแต่ละบุคคลที่นำไปสู่การตัดสินใจในการแสวงหาการรักษา

Glanz, Rimer and Lewis (2002) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นการกระทำของบุคคล กลุ่มคน และองค์กร ซึ่งรวมถึงปัจจัยที่กำหนด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และผลที่เกิดขึ้นจากการ

กระทำ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การพัฒนาและน่านโยบายลงสู่การปฏิบัติ การพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาและการเพิ่มคุณภาพชีวิต

Pender, Murdaugh and Parson (2006) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ถูกกระตุ้นจากความปรารถนาที่จะปกป้องสุขภาพจากความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล หรือถูกกระตุ้นจากความปรารถนาที่จะเพิ่มระดับสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม

การศึกษาความหมายของพฤติกรรมสุขภาพสรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันสุขภาพ โดยอาศัยความเชื่อ ทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ ความคาดหวัง ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

2.3.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกมาจากการกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน จะต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ดังนี้

2.3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ด้าน (ชนวรรธน อิมสมบุญ, 2544) ได้แก่

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญที่สุด ทำให้บุคคลต่าง ๆ ไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพที่ดีและมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยที่สุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลในแต่ละวัย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอด ไปจนถึงวัยสูงอายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กและพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพของบุคคลทุกวัย

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและอื่น ๆ ที่จะทำให้บุคคลไม่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขปฏิบัติทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมเฉพาะการป้องกันโรคบางโรค พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา

3. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับบุคคลและครอบครัวต่าง ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา ในอันที่จะช่วยเหลือและดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยและไม่พิการหรือเสียชีวิต พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ ที่สำคัญ ได้แก่ การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วยของตนเองหรือบุคคลอื่น ในครอบครัวอย่างถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี และมีการแสวงหาบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกวิธีซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้ในที่สุด

4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น การควบคุมโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมหนองพยาธิ และการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น

2.3.2.2 พฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเป็นโรค เช่น การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันมากเกินไป การบริโภคน้ำดื่มที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนและควบคุมให้บุคคลเปลี่ยน ไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เฉลิมพล ตัน สกุล, 2543)

จากการศึกษาลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ สรุปว่าลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ จะก่อให้เกิดผลดีหรือผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน จะต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ 2 ประเภท พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง

2.3.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยืนยาว ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

2.3.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม

การบริโภคอาหารและน้ำดื่ม เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ที่ทำให้การเผาผลาญอาหารและการดูดซึมสารอาหารในร่างกายผิดปกติ เกิดการนำสารอาหารประเภทโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานก่อนสารอาหารประเภท

ไขมันและเกิดภาวะออกซิเดชัน (Oxidation) ของอนุมูลอิสระเพิ่มมากขึ้น และจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ลิ้นไม่รู้สึก และเกิดภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อ บริโภคอาหารได้น้อยลง กล้ามเนื้อลีบเล็ก น้ำหนักตัวลด เกิดภาวะขาดสารอาหาร และเกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่เป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ตามมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนั้นผู้ติดเชื้อ ควรเข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลน้ำหนักตัวและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1. รับประทานอาหารทุกมื้อและในแต่ละมื้อควรมีอาหารที่หลากหลายชนิด หลากหลายประเภท เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอ โดยเฉพาะสารอาหารจำพวกโปรตีน เช่น อาหารจำพวกเนื้อหมู ปลา ไก่ นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม ไข่และถั่วชนิดต่าง ๆ ซึ่งผู้ติดเชื้อควรรับประทานอาหารโปรตีนสูงกว่าคนปกติถึง 1.5 – 2 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และรับประทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้งหรือประมาณ 2 – 3 ชั่วโมงต่อครั้ง เพราะจะทำให้ไม่แน่นท้อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3. รับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) สารประกอบเคมีจากพืชและแร่ธาตุที่จำเป็น เช่น เซลีเนียม สังกะสี เบตาแคโรทีน วิตามินโฟเลต วิตามินเอ วิตามินบีและวิตามินอี ซึ่งสารอาหารเหล่านี้จะอยู่ในอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และธัญพืชต่าง ๆ เช่น ถั่ว และงา โดยอาหารเหล่านี้มีส่วนช่วยลดการเกิดภาวะออกซิเดชัน เป็นส่วนประกอบในการสร้างเซลล์และเม็ดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งช่วยต้านการจำลองแบบ (Replication) ของเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Greif & Golden, 1994)

4. รับประทานอาหารที่มีแบคทีเรีย จำพวก โปรไบโอติก (Probiotic) ได้แก่ แลคโตบาซิลลัส (Lactobacillus) ซึ่งอยู่ในนมเปรี้ยวและโยเกิร์ตหรืออาหารพรีไบโอติก (Prebiotic) ซึ่งเป็นอาหารเฉพาะที่ช่วยให้แบคทีเรียเหล่านี้ เกิดการเจริญเติบโต เช่นอาหารที่มีเส้นใย ถั่วเหลือง ถั่วลิสง หัวหอม กระเทียม ธัญพืช และรากพืช เพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยต้านเชื้อโรคในระบบทางเดินอาหาร และช่วยลดการเกิดมะเร็งบางชนิด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาเค็ม ปลา ร้า อาหารที่ผสมสารกันบูด เช่น กรดเบนโซอิก โซเดียมซัลเฟต กรดซอร์บิกในน้ำผลไม้กระป๋อง น้ำอัดลมและอาหารกระป๋อง เพราะอาหารเหล่านี้สามารถทำลายภาวะสมดุลทางโภชนาการและระบบ

ภูมิคุ้มกันทั้งทางตรงและทางอ้อม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Greif & Golden, 1994)

6. หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมสดที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารทะเลที่ไม่สุก และเนื้อสัตว์ที่สุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อโรคหรือสารปนเปื้อนที่ปนมากับอาหาร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Greif & Golden, 1994)

7. ในการเลือกซื้ออาหาร ควรนำเนื้อดิบใส่ไว้ในถุง พร้อมทั้งปิดถุงให้สนิทเพื่อป้องกันน้ำจากเนื้อรั่วเข้าสู่อาหารชนิดอื่น อีกทั้งควรตรวจดูวันหมดอายุก่อนซื้อทุกครั้ง (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

8. ควรบริโภคน้ำดื่มที่สะอาดที่ผ่านการต้มหรือผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว ประมาณวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และช่วยในการขับของเสียออกจากร่างกาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995; Greif & Golden, 1994)

9. ล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนที่จะรับประทานทุกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสารเคมีหรือเชื้อโรค (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

10. ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

2.3.3.2 การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

การดูแลสุขอนามัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ โรคฉวยโอกาส ได้ง่าย ดังนั้น ผู้ติดเชื้อควรมีการดูแลสุขอนามัยของตนเอง ดังนี้

1. การดูแลผิวหนัง ควรทำความสะอาดร่างกายทุกวัน ด้วยน้ำอุ่น ใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของไขมันมาก (Supperfatted soap) และทาครีมบำรุงผิว เพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางผิวหนังตามมา อีกทั้งควรทาครีมกันแดดเพื่อป้องกันไม่ให้ผิวแห้งไหม้ (Flaskerud & Ungvarski, 1995; Greif & Golden, 1994)

2. การดูแลเส้นผม ควรทำความสะอาดเส้นผมด้วยน้ำสบู่อ่อนและตามด้วยครีมนวดผมทุกครั้ง และไม่ควรทำความสะอาดผมทุกวันหรือบ่อยเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดหนังศีรษะแห้งและลดการหลุดร่วงของเส้นผม (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

3. การดูแลช่องปาก ควรแปรงฟันและลิ้นเป็นประจำทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มและใช้ยาสีฟัน ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (Fluoride) ในปริมาณน้อย ทั้งนี้ในบุคคลที่ไม่ได้มีปัญหาลักษณะเลือดออกง่าย ควรใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อช่วยลดสภาวะน้ำลายแห้งและลดการติดเชื้อในช่องปาก อีกทั้งควรดูริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยการใช้ลิปบาล์มหรือปิโตรเลียมเจล และควรไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพฟันทุก ๆ 3 เดือน (สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

4. การดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย ตลอดจนเครื่องนุ่งห่มต่าง ๆ ให้สะอาด เพื่อป้องกันการเกิดอาการแพ้ อาการคัน หรือการเกิดเชื้อราที่ผิวหนัง (ภุริชญา บุรินทร์กุล, 2547)

5. ควรดูแลทำความสะอาดบ้านเรือนประจำทุกวัน พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคหรือบุคคลที่ไม่สบาย และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

2.3.3.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ส่งผลทำให้การทำงานของอวัยวะ ในแต่ละระบบของร่างกายดีขึ้น ทั้งระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบหายใจ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหารและระบบเผาผลาญพลังงาน และยังมีส่วนช่วยส่งเสริมการนอนหลับและกระตุ้นความอยากอาหาร รวมทั้งมีผลทำให้ลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (Flaskerud & Ungvarski, 1995; Hill & Smith, 1985) ดังนั้นผู้ติดเชื้อ ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายของตนเอง โดยคำนึงถึงการได้รับยาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการและอาการแสดงและระยะของโรค (Fulk et al., 2003) ซึ่งประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ติดเชื้อ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน และการเดิน เป็นต้น (Nixon, O'Brien, Glazer & Tynan, 2005) และการออกกำลังกายแบบต้านทานกล้ามเนื้อ (Progressive resistive exercise) เช่น การเคลื่อนไหวโดยการยืดกล้ามเนื้อและข้อ อย่างช้า ๆ โยคะและไทชิ (Tai Chi) สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย ควรใช้เวลาอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรเริ่มใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก่อนและค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น ตามความทนทานของร่างกาย และควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น รวมทั้งมีผลทำให้จิตใจแจ่มใส คลายความเครียด ลดความวิตกกังวลและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า (Nixon et al., 2005)

2.3.3.4 การนอนหลับพักผ่อน

ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อควนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ หรือประมาณวันละ 6 – 8 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้ อาจมีการพักผ่อน (Nap) ในช่วงกลางวันร่วมด้วยได้ พยายามหลีกเลี่ยงการนอนดึก และหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชาและกาแฟ (ภูริชญา บุรินทร์กุล, 2547) เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มักจะมีอาการนอนไม่หลับ ทั้งนี้เพราะผู้ติดเชื้อจะเกิดการปรับเปลี่ยนวงจรของการหลับ – ตื่น ของร่างกายอันเนื่องมาจากการจับกันระหว่างเชื้อไวรัสเอชไอวีกับ เคโมคิน รีเซปเตอร์ (Chemokine receptors) และจากผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และหากผู้ติดเชื้อนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้สถานะของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยเฉพาะ CD3 และ CD8 ลดต่ำลงซึ่งส่งผลให้ร่างกายสามารถติดเชื้อได้ง่าย และทำให้ไม่สามารถทำลายเซลล์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีได้ (Vosvick et al., 2004)

2.3.3.5 การจัดการกับภาวะอารมณ์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์อย่างหนึ่ง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า และรู้สึกเป็นตราบาป (จามจรี แซ่ถู่, 2553) หากผู้ติดเชื้อเกิดการรับรู้การตีตราในตนเอง และมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบมากขึ้น ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้า และขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อมีจำนวน CD4 ในร่างกายลดต่ำลง (Ickovics et al., 2001; Benjamas Suksatit, 2004) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยเอดส์ควรมีการจัดการกับภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์นั้น ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การบริหารการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตภาพ การฟังเพลง การทำจิตใจสงบ การทำบุญ สวดมนต์ และการทำสมาธิ อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง และทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Green & Mc Creaner, 1996)

2.3.3.6 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ติดเชื้อ ควรมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อมากขึ้นและเกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ดังนี้

1. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์ รวมทั้งควรงดการใช้สารเสพติดต่าง ๆ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดการทำลายตับมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเร่งกระบวนการในการทำลายฤทธิ์ของยา อีกทั้งยังทำให้ประสิทธิภาพของยาด้านไวรัสลดลง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วมากขึ้น และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น (Greif & Golden, 1994)

2. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีสารหลายชนิดที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ นิโคตินที่มีผลต่อหลอดเลือด และน้ำมันทาร์ที่มีผลต่อเยื่อทางเดินหายใจและถุงลมปอด ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสื่อมสมรรถภาพของปอดและการติดเชื้อได้ง่าย เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบ เกิดการติดเชื้อ นิวโมซิสทิส (Pneumocystis) และเสี่ยงต่อการเกิดการคั่งของลมในปอด (Pulmonary emphysema) (Diaz et al., 2010; Morris et al., 2004)

3. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันทั้งกับบุคคลทั่วไป บุคคลที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด หรือบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี และควรใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น และป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ในร่างกายและทำให้เกิดการดื้อต่อยาต้านไวรัสตามมา (Greif & Golden, 1994)

2.3.3.7 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความตระหนักและความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคล โดยเลือกสรรพลังที่ดีต่อสุขภาพและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Pender, 1996) ดังนั้นความรับผิดชอบต่อสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อ ควรจะปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่กับโรคได้ ซึ่งประกอบด้วย

1. การรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อ ควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น วิธีการรับประทานยา และผลข้างเคียงจากการได้รับยา พร้อมกันนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และต่อเนื่อง เพราะหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรับประทานยาไม่ถูกต้องหรือหยุดยาเอง จะส่งผลทำให้เกิดการล้มเหลวจากการรักษา และทำให้เกิดการดื้อยาตามมา นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัสหรืออาการแพ้จากยาต้านไวรัสได้ และติดตามประสิทธิภาพของการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2. การสังเกตอาการผิดปกติ และดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้ติดเชื้อ ควรมีการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อาการและอาการแสดงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงผลข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางชนิดมีผลข้างเคียงต่อการรักษาที่ได้รับอยู่ (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

3. การจัดการกับอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อควรมีการจัดการกับอาการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้หายโดยเร็ว เนื่องจากภาวะเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเปลี่ยนสูตร

ยาหรือหยุดการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินของโรคที่ลดลงได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้

1) นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (Nephrolithiasis) ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยา อินดินาเวีย ผู้ติดเชื้อ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 – 2 ลิตร และดื่มน้ำมากขึ้น เมื่อปัสสาวะแล้วมีสี เข้ม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2) เนื้อเยื่อกระดูกตาย (Osteonecrosis) เกิดจากยาในกลุ่มโปรสแตตินอินฮิบิเตอร์ (PIs) ทุกชนิด ผู้ติดเชื้อควรลดน้ำหนักที่จะกดลงบนข้อนั้น งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และงดการใช้ยา กลุ่มสเตียรอยด์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3) ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lip dystrophy) เกิดจากการสะสมไขมัน เพิ่มขึ้นในบางบริเวณ เช่น หลัง หน้าอก และชั้นใต้ผิวหนัง ผู้ติดเชื้อควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยลดการรับประทานอาหารจำพวกไขมัน และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (พัชร ชันติพงษ์, 2549)

4) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เกิดจากยาในกลุ่มโปรสแตติน อินฮิบิเตอร์ ทุกชนิด ผู้ติดเชื้อควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยลดการรับประทานอาหาร ประเภทไขมัน ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และงดการสูบบุหรี่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

นอกจากนี้ในปัจจุบันได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้ในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. สมุนไพรที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อเอชไอวีโดยตรง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2545) ได้แก่

- 1) กระเทียม โดยสาร เอโจนิน (Ajoene) ในกระเทียมสามารถ
- 2) ป้องกันซิติ 4 เซลล์จากการติดเชื้อเอชไอวีในหลอดทดลอง นอกจากนี้ยังสามารถลดการสร้างไวรัสตัวใหม่ ในเซลล์ที่ติดเชื้อแล้ว
- 3) ขมิ้นชัน โดยสาร เคอร์คูมิน (Curcumin) ในขมิ้นชันมีฤทธิ์ยับยั้ง
- 4) เอนไซม์ โปรเตียส ของเชื้อไวรัสเอชไอวี 1 และ เอชไอวี 2
- 5) พลุควา มีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวี 1
- 6) มังคุด มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ โปรเตียส ของเชื้อไวรัสเอชไอวี 1
- 7) ลูกใต้ใบ มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ รีเวิร์ส ทรานสคริปเนส ของเชื้อ
- 8) ไวรัสเอชไอวี 1

2. สมุนไพรที่มีฤทธิ์เสริมภูมิคุ้มกัน ได้แก่ มะระขี้นก ฟักทะลายโจร โสม กระเทียม มะขามป้อม หนุ้าปังกิ่ง เห็ดหลินจือ ลูกใต้ใบ เสดดพังพอน บอระเพ็ด รากข่อย บัวบก ลั่นทม น้ำมันราชสีห์ ใบก้างปลาขาว-แดง เหงือกปลาหมอดอกม่วง และบวบขม (สำนักงานข้อมูลสมุนไพร, 2547)

3. สมุนไพรที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อฉวยโอกาส มีสมุนไพรจำนวนมากที่นำมาใช้ในการรักษาอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ ได้แก่ กลัวยน้ำว่าคิบนำมารักษาเชื้อราในช่องปาก กระเทียมนำมารักษาเชื้อราในช่องปากและลดไขมันในเลือด จี๋เหล็กนำมารักษาอาการเบื่ออาหารและนอนไม่หลับ พลูควานำมารักษาเชื้อราตามตัวและแก้อาการคัน ฟักทะลายโจรนำมารักษาอาการไข้ปวดศีรษะและอุจจาระร่วง มะขามเปียกนำมารักษาตุ่มคัน เหงือกปลาหมอนำมารักษาภูมิแพ้ แก้วหวัด อาการปวดเมื่อยและตุ่มคัน และใบไมยราบรักษาถุงอัณฑหรือเริม (สำนักงานข้อมูลสมุนไพร, 2547)

โดยสรุปจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สรุปว่า ผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตยืนยาวได้ ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับภาวะอารมณ์ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

2.4 แนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Maesneer & Willems, 2000) ซึ่งบริการสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 52 บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 เป็นการรับรองสิทธิในทางการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย และกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.4.1 แนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin & Dixon, 2001) เป็นมิติที่พรรณนาถึงศักยภาพและทางเข้าที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday & Andersen, 1974) เป็นบริการที่มีความเพียงพอตลอดเวลา ทุกสถานที่ เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้น ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนจากผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นบริการสาธารณะ การบริการต้องมีความเหมาะสมและเพียงพอ ทุกที่และตลอดเวลา เมื่อประชาชนหรือผู้ป่วยต้องการ การบริการต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างจริงจัง ซึ่งการศึกษาของ Howard et al. (2000) เรื่อง Primary Health Care: Six Dimensions of Inquiry อธิบายว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการการเข้าถึงบริการ ด้านการใช้บริการและด้านผลลัพธ์ของบริการ ด้านความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความมุ่งหมายเพื่อตอบสนองตามข้อตกลงระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ซึ่งความต้องการและการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ 2 ลักษณะ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ซื้อต้องการและลูกค้าใช้บริการเหล่านั้น เมื่อเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ด้านการใช้บริการและด้านผลลัพธ์ของบริการ พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้บริการดูแลสุขภาพจะทำให้เกิดความเข้าใจ การเข้าถึงบริการมากกว่าที่จะมองในมุมมองของความต้องการ แต่การมองในมิติการใช้บริการเพียงอย่างเดียว ไม่ทำให้เห็นภาพของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ชัดเจน

การศึกษาของ Aday and Andersen (1974) เรื่อง A Framework for the Study of Access to Medical Care: Health Service Research อธิบายว่า หลักเกณฑ์การเข้าถึงบริการสุขภาพจากการใช้บริการใน 2 ลักษณะ คือ การเข้าถึงเชิงองค์กรและเชิงสังคม (Socio-organizational) รวมถึงคุณลักษณะของแหล่งทรัพยากรที่สะดวก หรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการเข้าถึงการดูแล และการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (Geographic) รวมถึงทางด้านเวลาและลักษณะกายภาพของการเดินทาง

การเข้าถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐต้องคำนึงศักยภาพการเข้าถึง (Potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (Realized access) ศักยภาพของการเข้าถึงนั้น ได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพเป็นความพร้อมของบริการ (Availability of service) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของ Aday and Andersen (1974) เรื่อง A Framework for the Study of Access to Medical Care: Health Service Research อธิบายพื้นฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการเป็นจุดหมายสำคัญ ซึ่งจะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการจัดการสุขภาพแนวใหม่
2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความเพียงพอ การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ
3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง การรับรู้ภาวะสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย
4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดหรือประเภทของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ
5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ให้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

จากการศึกษาแนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สรุปว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ จะต้องเป็นบริการสาธารณะ การบริการต้องมีความเหมาะสมและเพียงพอทุกที่และทุกเวลา เมื่อประชาชนหรือผู้ป่วยต้องการ การบริการต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างจริงจัง และตอบสนองตามข้อตกลงระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ

2.4.2 ความหมายการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพตาม The Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO) 2001 แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการร่างและแก้ไขเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2543 อธิบายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนควรมีเป้าหมายผสมผสานทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือการสร้างคุณภาพชีวิต การบริการสุขภาพควรเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ระบุสาเหตุที่ชัดเจน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละท้องถิ่น โดยที่ค่าใช้จ่ายไม่ควรเป็นอุปสรรคที่ทำให้บริการล่าช้าหรือถูกปฏิเสธ สถานบริการควรอยู่ใกล้บ้านหรือชุมชน เท่าที่จะเป็นไปได้ ผลลัพธ์จากการบริการตรงกับความต้องการ ผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทางด้านกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและวัฒนธรรม

การศึกษาของ WHO (1978) เรื่อง Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care อธิบายคำจำกัดความการดูแลสุขภาพภูมิมิติการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ หมายถึง ระยะทาง ระยะเวลาที่เดินทาง และค่าเฉลี่ยของการเดินทางที่ยอมรับ การเข้าถึงบริการทางการเงิน หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่าบริการไม่ว่าอะไรก็ตาม ในวิธีการจ่ายเงิน การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการ

รักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน และการเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ หมายถึง การให้ความพอเพียงของประเภทการดูแลปกติที่อยู่บนพื้นฐานที่ประชาชนต้องการดูแล

สำหรับการศึกษาของ Penchansky and Thomas (1981) เรื่อง The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction: Medical Care อธิบายว่า มิติการเข้าถึงบริการ 5 มิติ ได้แก่

1. ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความสัมพันธ์ของความเพียงพอระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งบริการได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และค่าใช้จ่าย

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์แหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับผู้ใช้บริการว่าความสะดวกสบาย เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ

4. ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการและการประกันของผู้รับบริการหรือความต้องการกับรายได้ของผู้รับบริการ

5. การยอมรับคุณภาพการบริการ (Acceptability) เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

เมื่อวิเคราะห์มิติการเข้าถึงบริการของ Penchansky and Thomas (1981) พบว่า เป็นการรวบรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แยกมิติในด้านบุคคลและระบบบริการ ซึ่งครอบคลุมการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการ ไม่ได้กล่าวถึงและสร้างระบบบริการนอกสถานบริการ

เมื่อเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) และ WHO (1978) จะพบว่ามีความคิดที่สอดคล้องกัน ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas และ World Health Organization (WHO)

มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ	
Penchansky and Thomas (1981)	World Health Organization (WHO) (1978)
Availability	การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์
Accessibility	การเข้าถึงบริการทางการเงิน
Accommodation	การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม
Affordability	การเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่
Acceptability	การเข้าถึงบริการทางการยอมรับ

ที่มา ผู้วิจัยสร้างแผนภูมิเอง โดยสังเคราะห์จากการศึกษาของ Penchansky and Thomas (1981) และ World Health Organization (WHO) (1978)

จากการศึกษาความหมายการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สรุปว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนควรมีการผสมผสานทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือการสร้างคุณภาพชีวิต ซึ่งมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ประกอบด้วย ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) การยอมรับคุณภาพการบริการ (Acceptability)

2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและการประเมินการบริการสุขภาพในมิติอื่น

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นมิติของการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพที่รัฐหรือเอกชน บริการสุขภาพมอบให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจะต้องมีความเสมอภาคและสร้างความเท่าเทียมในความสัมพันธ์ของความต้องการที่เท่ากัน ซึ่งการศึกษาของ Gulliford and Morgan (Editors, 2003) เรื่อง Access to Health Care อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและการประเมินการบริการสุขภาพในมิติอื่น ประกอบด้วย

2.4.3.1 ความเสมอภาค (Equity) ความเสมอภาคจะได้รับเมื่อความต้องการบริการที่เท่าเทียมในบริการที่เท่าเทียมกัน

2.4.3.2 ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ในระดับชุมชนและท้องถิ่น จะมีการเข้าถึงบริการเต็มระดับความสามารถที่จะได้รับประโยชน์

2.4.3.3 ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพจะยอมรับได้ ถึงแม้ในกลุ่มที่มีขีดความสามารถเข้าระบบบริการต่ำ ก็ยังได้รับผลประโยชน์

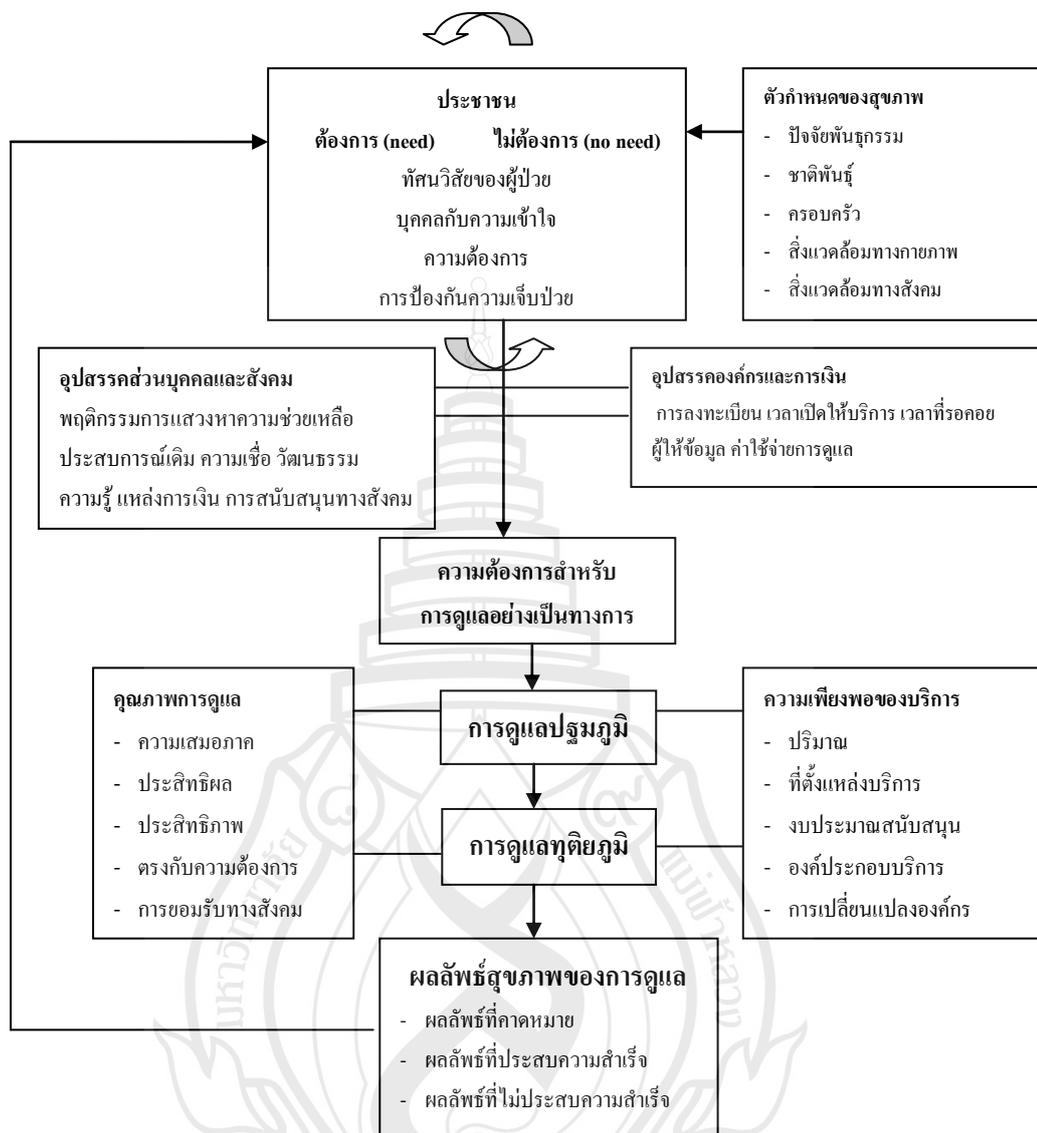
2.4.3.4 การเห็นคุณค่า (Appropriateness or relevance to need) การบริการจะให้บริการที่เหมาะสม เมื่อเข้าสู่ระบบบริการที่ตอบสนองต่อระดับบุคคลและชุมชน

2.4.3.5 การตอบสนอง (Responsiveness or social acceptability) บริการที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการที่มีความประสงค์จะได้รับการเข้าถึงบริการที่มากขึ้นกว่าเดิม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและการประเมินการบริการสุขภาพในมิติอื่น สรุปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการในมิติอื่น จะต้องประกอบไปด้วย ความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ประสิทธิภาพ (Efficiency) การเห็นคุณค่า (Appropriateness or relevance to need) การตอบสนอง (Responsiveness or social acceptability)

2.4.4 อุปสรรคของการเข้าถึงบริการ (Barriers to access)

อุปสรรคของการเข้าถึงบริการ จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อ ทางเข้า ความคุ้นเคย ลักษณะการให้บริการ คุณค่า การยอมรับถึงความต้องการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในบางครั้งอุปสรรคการเข้าถึงบริการจะรวมถึงโครงสร้างทางสังคม ความรู้ ทัศนคติและวัฒนธรรมการรักษา ซึ่งการศึกษาของ Gulliford and Morgan (Editors, 2003) เรื่อง Access to Health Care อธิบายปัญหาการเข้าถึงบริการตามภาพประกอบ ดังนี้



ที่มา ผู้วิจัยสร้างแผนภูมิเอง โดยสังเคราะห์จากการศึกษาของ Gulliford and Morgan (Editors, 2003) เรื่อง Access to Health Care

ภาพที่ 2.4 ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากภาพที่ 2.4 ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ความต้องการหรือ ไม่ต้องการดูแลสุขภาพของประชาชนขึ้นกับตัวกำหนดของสุขภาพ ที่จะทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างเป็นธรรมในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยอุปสรรคส่วนบุคคล สังคม อุปสรรคองค์กรและการเงิน จะเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการไม่เข้าถึงบริการด้วย

2.4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

จากการทบทวนการศึกษา อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยปัจจัย 5 กลุ่ม

2.4.5.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่พบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปว่า ลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างไร

1. อายุ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับ การรักษาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Howard et al., 2000) โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุมากกว่าเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุน้อย (Hull, Van Treuren, Hill, Smith & Virnelli, 1987) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีอายุน้อยที่ไม่เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีปัญหาไม่สามารถรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ อาจเนื่องจากการมีวุฒิภาวะน้อย จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุมากกว่า

2. เพศ การศึกษาของ (Hoffman, 1991) อธิบายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เพศหญิงมารับบริการสุขภาพสม่ำเสมอดีกว่าเพศชาย (Hopper, 1981)

3. ระดับการศึกษา จากการศึกษานี้ของ (Hopper, 1981) อธิบายว่า ผู้มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ในขณะที่การศึกษาของ (Hull et al., 1987) อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพจะอยู่สถานพยาบาลในพื้นที่ใกล้ที่อยู่อาศัย เนื่องจากไม่มีงบประมาณสำหรับการเดินทางและมีความรู้ดีกว่า แหล่งบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการสุขภาพเหมือนกันทุกแห่ง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการศึกษาสูง เมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ยังไม่ปรากฏอาการ จะแสวงหาการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลต่างพื้นที่อาศัย เนื่องจากกลัวผู้อื่นจะรู้ว่าตนเอง ส่งผลให้เสื่อมเสียชื่อเสียง (Gulliford & Morgan, (Editors, 2003)

4. อาชีพ การศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) อธิบายว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นวันโรคซึ่งไม่ได้ทำงาน ทำให้ความร่วมมือในการ รักษาดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาระต้องทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ในขณะที่การศึกษาของ Grierson et al. (2004) อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถรับประทานยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ และการศึกษาของ Hopper (1981) อธิบายว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2545) อธิบายว่าผู้ป่วยวันโรคที่รักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยวันโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการรักษามักมีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) อธิบายว่าการมีรายได้ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เป็นวันโรค นอกจากนี้ การศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2545) อธิบายว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Dourado et al. (2011) อธิบายว่า การไม่มีรายได้อาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ติดเชื้อและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Israel (1985) ซึ่งอธิบายว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และการศึกษาของ Jilling & Alexis (1991) อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษา ไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้เช่นกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Spire et al. (2002) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและส่งผลทำให้ไม่มารับบริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะดี

2.4.5.2 ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ ความเชื่อที่ถูกต้องและทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็น ปัจจัยที่จะนำไปสู่การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องได้ การศึกษาของ Dourado et al. (2011) อธิบายว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวันโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็น ไม่สามารถที่จะรักษาให้หาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้และถ้าเป็นมากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Wald & Temoshok (2004) อธิบายว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ป่วยซึ่งรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

2.4.5.3 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลง โดยไม่เข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นมากหรือ ไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพรธีแก้ว (2537) อธิบายว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวันโรค การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ก็พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

2.4.5.4 พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการไม่เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ (Sims & Moss, 1995) เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Bumard, 1998) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มักจะดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี

2.4.5.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม การศึกษาของ (Sims & Moss, 1995) พบว่า แรงสนับสนุนทางด้าน สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวันโรค ในขณะที่ Bumard (1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และ Siminoff, Erlen & Lidz (1991) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนการปฏิบัติตนเองโดยญาติหรือผู้ดูแล

2.4.5.6 ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเอดส์โดยทั่วไปซึ่งจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องในระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่รุนแรงมักจะ ไม่มาใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากโรคเอดส์ใช้เวลาในการรักษานาน ผลการรักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายเช่นกัน (Kyte & Sachs, 2010)

2.4.6 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

2.4.6.1 ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งบริการและต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพหรือทีมให้คำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมบอก

พฤติกรรมตามความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวล มีความยึดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางคลินิกในด้านต่าง ๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งในการประเมินการรักษาตลอดจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wald & Temoshok (2004) อธิบายว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่น้อย สำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.4.5.2 ปัจจัยด้านการรักษา การศึกษาของ Wolinsky (1980) อธิบายว่าปัจจัยด้านการรักษาที่ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษาวิธี การที่ยาเข้าสู่ร่างกาย จำนวนยาและมียาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน คุณภาพของยาในการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดกับผู้ป่วย ผลกระทบของยาและการรับประทานยาต่อการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา ความสะดวกในการมาใช้บริการของผู้ป่วยเอชไอวี ความครอบคลุมในการมาใช้บริการแต่ละครั้ง มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาช่วยในการรักษา

2.4.5.3 ลักษณะสถานบริการ การศึกษาของ Siegel, Lekas and Schrimshaw (2005) อธิบายว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้ บริการ มีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยเอชไอวีหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีบริการให้คำปรึกษาแบบต่าง ๆ มี บริการแนะนำการให้คำปรึกษา เป็นต้น

2.4.5.4 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ

Donabedian (1980) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ คือ การใช้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ เดียวกันก็มีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

Ziethaml (1990) อธิบายถึงคุณภาพบริการเชิงการตลาดว่า เป็นการให้ความสำคัญและยึดถือความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผนดำเนินการบริการเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ได้ อย่าง ถูกต้องและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

Ziethaml (1990) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ทำให้เห็นว่าการจัดบริการที่มีคุณภาพสูง หรือที่เรียกว่า “การจัดการด้านคุณภาพบริการ” (Service quality management) หมายถึง การทำให้ เกิดความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะทำให้ช่องว่างหรืออุปสรรค ลดลง ผลการวิจัยอธิบายให้เห็นว่าช่องว่างของการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพอยู่ที่ขั้นตอนใด และเกิดขึ้น ได้อย่างไร เป็นที่มาของเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการสุดท้ายนำ ข้อมูลที่ได้ ผนวกกับวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้าน โครงสร้างองค์กร พฤติกรรมองค์กรและแนวคิดทาง การตลาด ได้รูปแบบคุณภาพบริการ ช่องว่าง (Gaps) คุณภาพบริการมีดังนี้

ช่องว่างที่ 1 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้ บริการกับการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 2 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้บริหารกับมาตรฐานบริการที่กำหนดตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 3 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานบริการที่กำหนดกับ บริการที่ให้อจริง

ช่องว่างที่ 4 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ให้อจริงกับการสื่อสาร ที่มีไปสู่ผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 5 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง กับบริการที่ผู้ใช้บริการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ใช้บริการมีเกณฑ์การวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ จากงานวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพบริการด้านใด โดยพัฒนาการใช้เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการเรียกว่า SERVQUAL จากเดิม 10 ด้านประกอบด้วย (1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (2) ความเชื่อมั่นวางใจได้ (3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ (4) สมรรถนะ ของผู้ใช้บริการ (5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (6) ความน่าเชื่อถือ (7) ความมั่นคงปลอดภัย (8) การเข้าถึง บริการ (9) การติดต่อสื่อสาร และ (10) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ใช้บริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 97 ข้อ นำมาปรับปรุงและทำให้มีความกระชับมากขึ้นเหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ สำหรับเกณฑ์วัด คุณภาพบริการเหลือ 5 ด้าน (Ziethaml, 1990) ได้แก่

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏ ให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และผู้ใช้บริการสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ที่ให้บริการมีความสะดวกสบาย เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้บริการ สวยงาม เป็นต้น

2. ความน่าเชื่อถือ หรือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการ ของผู้ให้บริการ โดยบริการที่ให้ทุกครั้งต้องมีความถูกต้อง เหมาะสมและสม่ำเสมอทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถไว้วางใจได้

3. การตอบสนองผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการของผู้ให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ

4. การให้ความมั่นใจ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความมั่นใจ ให้เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ และมีอัธยาศัยที่ดี ในการให้บริการ

5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ใช้บริการ (Empathy) หมายถึง ผู้ให้บริการ ให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้ใช้บริการตามลักษณะของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สรุปว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึง แหล่งบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ ความรู้เรื่องโรค และการรักษา พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะอาการเจ็บป่วย (2) ปัจจัยด้านการดูแลรักษา ปัจจัยทางด้าน ผู้ให้การดูแลรักษา ปัจจัยด้านการรักษา ลักษณะสถานบริการ และ (3) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการ บริการ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย เรื่อง การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเด็นการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยที่ เกี่ยวกับการตีตรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพ ซึ่งได้สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการตีตรา

ปฏิกิริยาตอบสนองที่สังคมมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในลักษณะกลัวและหวาดระแวง ต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ตลอดจนความรังเกียจรวมทั้งต่อต้านผู้ป่วยทำให้โรคเอดส์กลายเป็น โรคที่มีตราบาปและผู้ติด เชื้อเอชไอวี กลายเป็นผู้ที่ถูกสังคมรังเกียจ หวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากให้อยู่ร่วมในสังคมด้วย หรือในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการปฏิบัติรวมทั้งการดูแลด้วยความรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลขณะที่เข้ารับการรักษา (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2537)

แม้ในปัจจุบันสังคมจะยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าร่วมกิจการงานบุญหรือ งานเลี้ยงของชุมชนได้มากขึ้นแต่ในส่วนลึก ๆ ยังมีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยอยู่ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปช่วยทำงานเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ให้เลี้ยงไปทำงานในหน้าที่ อื่น เช่น การดูแลการจัดดอกไม้หรือการดูแลด้านความสะอาด เป็นต้น (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2536) แม้แต่บุคคลทางการแพทย์พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีอันตรายต่อผู้อื่น สูงถึงร้อยละ 52.9 และควรแยกให้อยู่โรงพยาบาลเฉพาะร้อยละ 62.4 สมควรได้รับการกักกันเพื่อไม่ให้ แพร่เชื้อให้ผู้อื่นร้อยละ 53.7 และเต็มใจสนทนากับผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ

46.2 (เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยถูกตีตราและถูกกีดกันให้ออกจากสังคม เด็กที่พ่อแม่คิดเชื่อเอชไอวีและเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องถูกออกจากโรงเรียน ผู้ป่วยเอดส์ถูกออกจากงาน (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, 2536) เช่นเดียวกับ Wu (1973) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในผู้ป่วยเอดส์ 22 คน พบว่า 11 คนได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและอีก 11 คน ถูกครอบครัวรังเกียจ โดยแสดงความเย็นชา ห่างเมิน ไม่สนใจและต้องการให้ผู้ป่วยเอดส์ออกจากบ้าน ทำให้ต้องสูญเสียลูกและภรรยา ญาติพี่น้อง ปฏิเสธไม่ให้ดื่มดื่มน้ำในบ้าน แม้ว่าในปัจจุบันสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน จะช่วยกันให้ความรู้เพื่อแก้ไขทัศนคติของสังคมให้ความเห็นอกเห็นใจเมตตาตาสงสารผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่สังคมอีกส่วนหนึ่งก็ยังคงมีความรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อ โดยไม่จำเป็นเนื่องจากประชาชนยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540)

ดังนั้นจะเห็นว่าปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่อต้านอย่างรุนแรงของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น เชื่อมโยงถึงการให้ความหมายทางสัญลักษณ์ของสังคมต่อร่างกายของผู้ป่วยในฐานะเป็นร่างกายทางสรีระทางสังคม ความรังเกียจ เขี่ยคดหยามไม่ยอมรับผู้ป่วยให้อยู่ร่วมในสังคมด้วย ไม่ใช่เป็นเรื่องราวของความหวาดกลัวเชื้อไวรัสเอดส์ที่นำไปสู่การเป็นโรคเอดส์ แต่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในความหมายเชิงซ้อน (Double meanings) ต่อโรคเอดส์ เช่น เป็นโรคแห่งความสกปรก โรคของคนที่มีศีลธรรม เป็นโรคของคนไม่ดีคนเลวและโรคที่มีภัยอันตรายของสังคม

แม้ว่าปัจจุบันมีการสร้างความเข้าใจ สงสารเห็นใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นแต่มีรายงานการศึกษาของ เปี่ยมปิติ ช่างสาร (2534) เกี่ยวกับการตีตราของผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลจำนวน 561 คน โดยทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งและโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง กล่าวคือรับเฉพาะผู้ป่วยติดยาเสพติดและอีกแห่งหนึ่งรับรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำการศึกษาใน 3 ประเด็น คือสเกลประเมินมีอคติ (Prejudicial scale) สเกลการประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction scale) และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Evaluation scale) พบว่าในทัศนคติของพยาบาลในด้านความมีอคติ พบว่าร้อยละ 52.9 เห็นด้วยกับผู้ที่ติดเชื้อว่ามีอันตรายต่อผู้อื่น และร้อยละ 62.4 ควรจะแยกผู้ป่วยออกจากสังคมให้อยู่โรงพยาบาลเฉพาะ และร้อยละ 53.7 มีความเห็นว่าผู้ป่วยโรคเอดส์สมควรได้รับการกักขัง เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่น ในด้านการประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมพบว่า ร้อยละ 46.2 พยาบาลมีความเห็นด้วยมากและเต็มใจที่จะสนทนาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง สำหรับด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลพบว่าได้มีการนำบุคคลไปสัมพันธ์กับพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ติดเชื้อกล่าวคือกลุ่มหญิงบริการ กลุ่มรักรวมเพศ กลุ่มชายที่ติดเชื้อเอชไอวี จากหญิงบริการและผู้ติดยาเสพติดคือกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีก็ได้รับการประเมินไปทางลบ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่

บุคคลทั่วไปในสังคม คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ แม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามีเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการประเมินไปทางค่อนข้างดี ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Siminoff et al. (1991) พบว่าพยาบาลจำนวน 116 คน มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยโรคเอดส์มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกลุ่มรักร่วมเพศที่มีส่วนทำให้เกิดโรคระบาดของโรคเอดส์ นอกจากนี้ Ziethaml (1990) พบว่าร้อยละ 54 ของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ มีความเห็นว่า ควรปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อ และจากการศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่าร้อยละ 90 ของพยาบาลในทัศนคติลบต่อผู้ป่วยเอดส์พบว่าเขาควรจะมีสิทธิที่จะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อีกด้วย Siminoff et al. (1991)

การศึกษาของ Siminoff et al. (1991) ได้ทำการศึกษาการตีตราผู้ป่วยโรคเอดส์ของแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกที่เป็นอคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นเกย์โดยสุ่มตัวอย่างจากประจำบ้านจาก 3 รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสอบถามแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 แบบ ซึ่งเหมือนกันในตัวของความเพียงแต่เปลี่ยน โรคและพฤติกรรมทางเพศ อันประกอบไปด้วยโรคเอดส์และพฤติกรรมรักร่วมเพศ โรคเอดส์และการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ โรคโลหิตีเมียและพฤติกรรมรักร่วมเพศใช้มาตรวัดการตีตราผู้ป่วยที่ประกอบด้วย สเกลประเมินมีอคติ (Prejudicial scale) สเกลการประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction scale) และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Evaluation scale) ผลการศึกษาพบว่า สเกลประเมินความมีอคติพบว่าแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ควรได้รับความควบคุมที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยโลหิตีเมียควรได้รับการยอมรับในเรื่องความเต็มใจที่จะสนทนา ความเต็มใจไปงานสังสรรค์และในการเข้าร่วมรับประทานอาหารด้วยความเต็มใจในการทำงานสถานที่เดียวกันรวมถึงความเต็มใจต่อสัญญาเช่าบ้าน ตลอดจนความเต็มใจให้เด็กไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการยอมรับน้อยกว่าผู้ป่วยโลหิตีเมีย

นอกจากนี้การศึกษาของ ชาดา อรุณรัตน์ (2533) ได้ทำการศึกษาความขัดแย้งระหว่างบทบาทการปฏิบัติพยาบาล กับบทบาทการป้องกันตนเองของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อโรคเอดส์โดยการสัมภาษณ์ลึกและสัมภาษณ์กลุ่ม พบว่าพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีการประเมินภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ปรากฏต่อสายตาศาพยาบาลตามลักษณะของการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อว่าให้ความหมายว่าเป็นลักษณะของกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ลักษณะผอม ท่าทางหลุกหลิก หน้าตามีพิรุช ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ติดเชื้อเสพติดหรือการแต่งกายที่ไม่เหมาะสมกับเพศ เช่น การใส่ตุ้มหูหรือสร้อยข้อมือในเพศชาย การทาสีเล็บรวมทั้งผู้มีกิริยาท่าทางคล้ายผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการประเมินลักษณะที่ดูย่ำแย่ของผู้ป่วยรวมถึงความสกปรกของร่างกาย การแต่งกาย หรือความด้อยทางการศึกษา

จากการศึกษาของ Rao et al. (2007) ทำการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย พบว่าทุกรายมีประสบการณ์ที่ได้รับการรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความรู้สึกว่าการบุคลากรทางการแพทย์ละเลย ไม่เอาใจใส่ กลัวการติดเชื้อ มีผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า เมื่อเขาแจ้งให้แพทย์ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี แพทย์รีบดึงมือกลับทันที ขณะที่ขณะตรวจร่างกายเขาอยู่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้รายงานถึงความรู้สึกจากผู้ป่วยโรคเอดส์ชายรายหนึ่งดังคำบอกเล่าที่ว่า “ผมปวดหัวมาก ... ร้องครวญครางตลอด ... หมอกับพยาบาลอื่นตรวจคนไข้อยู่ใกล้ ๆ ตั้งหลายคน ... แต่ไม่มีใครหันมามองผมเลย”

การศึกษาของ Goffman (1963) เรื่อง Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity อธิบายว่าปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตีตรา เป็นการลดความน่าเชื่อถือและความเป็นตัวตนทำให้คนต้องใช้กำลังในการเผชิญหรือต่อสู้กับสิ่งที่ลดความเชื่อถือ ในความเป็นตัวตนทำให้สุขภาพทางจิตลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Clark, Lindner, Armistead and Austin (2003) เรื่อง Stigma, Disclosure and pPsychological Functioning Among HIV-Infected and Non-Infected African-American Woman ได้ให้คำจำกัดความของการตีตราว่าเป็นอคติ การไม่นับรวมอยู่ด้วยในกลุ่ม การลดความเชื่อถือ และการกีดกันเพื่อต่อต้านผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องรอบ ๆ ตัวของผู้ติดเชื้อ และการศึกษาของ Esplen (2007) เรื่อง Women and Girls living with HIV/AIDS: Overview and Annotated Bibliography อธิบายว่าผู้หญิงในอเมริกา - แอฟริกัน ที่ติดเชื้อ มีการรับรู้การตีตรา ที่เกี่ยวกับเอดส์สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการตีตราโรคเอดส์สูง และมีความเป็นไปได้ที่จะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี และพบว่ากลุ่มนี้การรับรู้เกี่ยวกับการตีตราอยู่ในระดับสูง ยังสัมพันธ์กับการมีสุขภาพทางจิตต่ำด้วย การไม่เปิดเผยผลการติดเชื้ออาจเป็นการป้องกันตนเองจากการรับรู้การตีตรา ซึ่งพวกเขาอาจเคยได้รับการตีตราในทางตรงและทางอ้อม หรืออาจจะบอกแค่คนหรือสองคน แต่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการบอกจึงทำให้ไม่เปิดเผยผลต่อใครอีกในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มที่มีการติดเชื้อและบอกผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่นหลายคน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการตีตราสูงและสัมพันธ์กับการมีภาวะทางจิตต่ำ ส่วนใหญ่กลุ่มที่ไม่ได้เปิดเผยผลการติดเชื้อของตนให้ใครทราบหรือเปิดเผยน้อยแค่บางคน พบว่าการศึกษานี้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตรา การเปิดเผยและภาวะทางจิตได้

การศึกษาของ ชารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย (2554) เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการได้รับการบอกความจริง ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เลือกอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ติดเชื้อให้ความหมายของการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ 5 กรณี คือ (1) เป็นการเตือนให้ระลึกรถึงความตาย

เนื่องจากเอดส์เป็นแล้วไม่หายต้องตายลูกเดียว (2) เป็นสิ่งที่บั่นทอนการไปสู่เป้าหมายในอนาคต โดยรับรู้ว่ามีเหมือนเป็นตัวทำร้าย ทุกอย่างพังทลาย (3) เหมือนเป็นความสว่างและความมืด คือ ได้รู้ว่าเป็นเอดส์เนื่องจากตนถูกปิดมามาตลอด ในขณะที่เดียวกันอนาคตก็ดับวูบเช่นกัน (4) เป็นการตอกย้ำว่ามีการตีตรา เหมือนเอาสีดำมาป้ายทำให้กลายเป็นคนที่มิดำหนิ (5) เป็นคำตัดสินสุดท้ายโดยอธิบายว่าเหมือนศาลฎีกาตัดสินแล้วว่าเรามีความผิดแก้ไขอะไรไม่ได้ ต้องยอมรับชะตากรรมในการศึกษานี้ พบว่าใน จำนวน 10 ราย มี 7 ราย ได้บอกความจริงให้กับครอบครัวทราบ แต่ 3 ราย ยังไม่ได้บอกให้ครอบครัวทราบ โดยมีพฤติกรรมในการปกปิดไม่ให้ใครรู้คือพูดเพื่อปกปิดความจริงและแยกตัวออกจากสังคม ส่วนเหตุผลในการบอกความจริงแก่ครอบครัว คือ (1) ต้องการความช่วยเหลือ เชื่อว่าครอบครัวต้องช่วยได้ (2) ไม่มีความลับกันในครอบครัว ต้องรับรู้ร่วมกัน (3) สถานการณ์บังคับให้ต้องบอกความจริง เหตุผลในการไม่บอกความจริง คือ กลัวถูกรังเกียจ กลัวครอบครัวเดือดร้อน ในการศึกษานี้ไม่ได้นำเสนอหรือศึกษาเฉพาะเจาะจงไปที่ผู้หญิงและผู้ชาย ให้ความสำคัญกับการบอกและไม่บอกกับคนในครอบครัว ไม่ได้เห็นภาพของเหตุผลที่บอกหรือไม่บอกสาม

การศึกษาของ อรุณ แก้วเกตุ (2551) เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ศึกษาผู้ติดเชื้อในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ จะมีการรับรู้การตีตรา น้อยกว่าระยะที่ปรากฏอาการ ยกเว้นด้านเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อ ซึ่งพบว่าการรับรู้ที่เป็นการตีตรา ของการติดเชื้อทั้งสองระยะไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ระบุถึงการรับรู้ที่เป็นการตีตรา ที่ส่งผลต่อการเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่สมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการตีตรา เป็นการให้ความหมายทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการรับรู้ การรับรู้นี้เป็นสิ่งที่อาจสัมผัสได้หรืออาจจะสัมผัสไม่ได้ การตีตราทำให้เกิดการแบ่งแยก การลดคุณค่า การไม่นับรวมอยู่ด้วยในกลุ่ม การลดความเชื่อถือหวาดกลัว รังเกียจเดียดฉันท์ การปฏิเสธ ไม่ยอมรับ กีดกัน ต่อต้าน ลิดรอนสิทธิประโยชน์ และ โอกาสในการรับบริการต่าง ๆ จากสังคม บุคคลรอบข้าง สมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะ ดังนี้ (1) นึกถึงความตาย เนื่องจากเอดส์เป็นแล้วไม่หายต้องตายลูกเดียว (2) เป็นสิ่งที่บั่นทอนการไปสู่เป้าหมายในอนาคต โดยรับรู้ว่ามีเหมือนเป็นตัวทำร้าย ทุกอย่างพังทลาย (3) เหมือนเป็นความสว่างและความมืด คือ ได้รู้ว่าเป็นเอดส์เนื่องจากตนถูกปิดมามาตลอด ในขณะที่เดียวกันอนาคตก็ดับวูบเช่นกัน (4) เป็นการตอกย้ำว่ามีการตีตรา เหมือนเอาสีดำมาป้ายทำให้กลายเป็นคนที่มิดำหนิ (5) เป็นคำตัดสินสุดท้ายโดยอธิบายว่าเหมือนศาลฎีกาตัดสินแล้วว่าเรามีความผิดแก้ไขอะไรไม่ได้ ต้องยอมรับชะตากรรม

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

สุคราตรี วรรณสาร (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอมี 4 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน การควบคุมสถานะแวดล้อม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับบางครั้งถึงสม่ำเสมอมี 2 ด้าน คือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติบางครั้งมี 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมสถานะแวดล้อม การใช้ระบบบริการทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ไพรมายณ์ บินทาจิตต์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความสัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อพิจารณาโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายที่อยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก

อัปสรศรี ธนไพศาล (2551) ศึกษาความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค การตั้งเป้าหมายและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคและการตั้งเป้าหมายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อหาอำนาจในการพยากรณ์ของความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคและการตั้งเป้าหมายที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้าน โภชนาการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพซึ่ง

มีคะแนนอยู่ในระดับดี ส่วนด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ถัดดา พลพุทธา (2553) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างด้านรายด้านทั้งหมด 6 ด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 3 ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมี 3 ด้าน เช่นกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีมาก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ (1) พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด (3) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมกาเฟอีนความเครียดไม่เหมาะสม มีความไม่แน่นอนในชีวิต มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัว ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ได้ผล ซึ่งจะทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรงเร็วยิ่งขึ้น แต่ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการดูแลตนเอง มีการออกกำลังกาย มีจิตใจและอารมณ์อยู่เสมอ ก็จะสามารถทำให้มีชีวิตอยู่ที่ยาวนานได้มากยิ่งขึ้น

2.5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การศึกษาของ Kitajima et al. (2005) เรื่อง Access to Antiretroviral Therapy Among HIV/AIDS Patients in Khon Kaen Province Thailand อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการมีโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่าผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) 12.43 เท่า

การศึกษาจาก เวทีอิเล็กทรอนิกส์เพื่อสุขภาพไทย 2007 (2550) เรื่อง มองลอดช่อง 3 กองทุนสุขภาพ กรณีรักษาผู้ป่วยเอดส์ อธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกัน ทั้งใน 3 กองทุน (ประกันสังคม, ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และประกันสุขภาพ) การรักษาพยาบาลทั้ง 3 ระบบต่างมีช่องว่างในการดูแล สุขภาพ โดย สปสช. ให้สิทธิครอบคลุมรักษาผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ. 2546 ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการอดมากขึ้น เพราะสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้น แต่สิทธิการรักษาประเภทข้าราชการจะให้สิทธิเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด แต่ในความเป็นจริงกลับมีการเบิกน้อยมาก เนื่องจากข้าราชการไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง เพราะหากมีการตั้งเบิกในทุกเดือน จะถูกซักถาม ทำให้ส่วนใหญ่

ยอมที่จะควักเงินจ่ายซื้อยากินเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกสิทธิยังไม่ค่อยรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองว่าอยู่ในระบบใด แม้แต่กลุ่มข้าราชการ ซึ่งทั้ง 3 กองทุนต่างล้มเหลวในเรื่องการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เข้าไม่ถึงประชาชน

การศึกษาของ Grierson et al. (2004) เรื่อง Mate Aaraiore A Muri Ake Nei: Experiences of Maori New Zealanders Living with HIV ศึกษาความครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ และประสบการณ์ด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะจะไปที่ชนเผ่าเมารี ประเทศนิวซีแลนด์ พบว่ายังมีรายงานเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ และการไม่เปิดเผยสถานะภาพติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mouala et al. (2006) เรื่อง Assessment of compliance with ARV treatment in Africa พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 65 ถึง ร้อยละ 90 ให้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการรักษาและช่วยเหลืออย่างมาก คือ การขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษา การได้รับผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ระยะเวลาในการรอคอยนานและการกลัวถูกรังเกียจ และอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ใน Kisesa ประเทศแทนซาเนีย พบว่า ผู้ป่วยเอดส์กังวลเรื่องต้นทุนการเดินทางและค่าอาหารในการไปรับยา กลัวถูกรังเกียจ และไม่ต้องเปิดเผยสถานะภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Abadia – Barrero and Castro (2006) ได้ศึกษา เรื่อง Experience of Stigma and Access to HAART in Children and Adolescents Living with HIV or AIDS in Brazil พบว่า ความสัมพันธ์ของโรคเอดส์กับการตีตราทางสังคมเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยรุ่นสาว และสิ่งที่เพิ่มความรุนแรงในการตีตราทางสังคมหรือการรังเกียจจากสังคม คือ ความยากจน การเหยียดสีผิว และความไม่เป็นธรรมทางสังคม และการศึกษาของ Posse, Meheus, van Asten, van der Ven and Baltussen (2008) ศึกษาเรื่อง Access to Antiretroviral Treatment in Developing Countries พบว่า อุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ การขาดแคลนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และการตีตรา การถูกรังเกียจจากสังคม ความห่างไกลของบ้านกับสถานบริการ ขาดการประสานงานเรื่องการให้บริการข้ามเขตและข้อจำกัดเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผนงาน โครงการภายในชุมชน

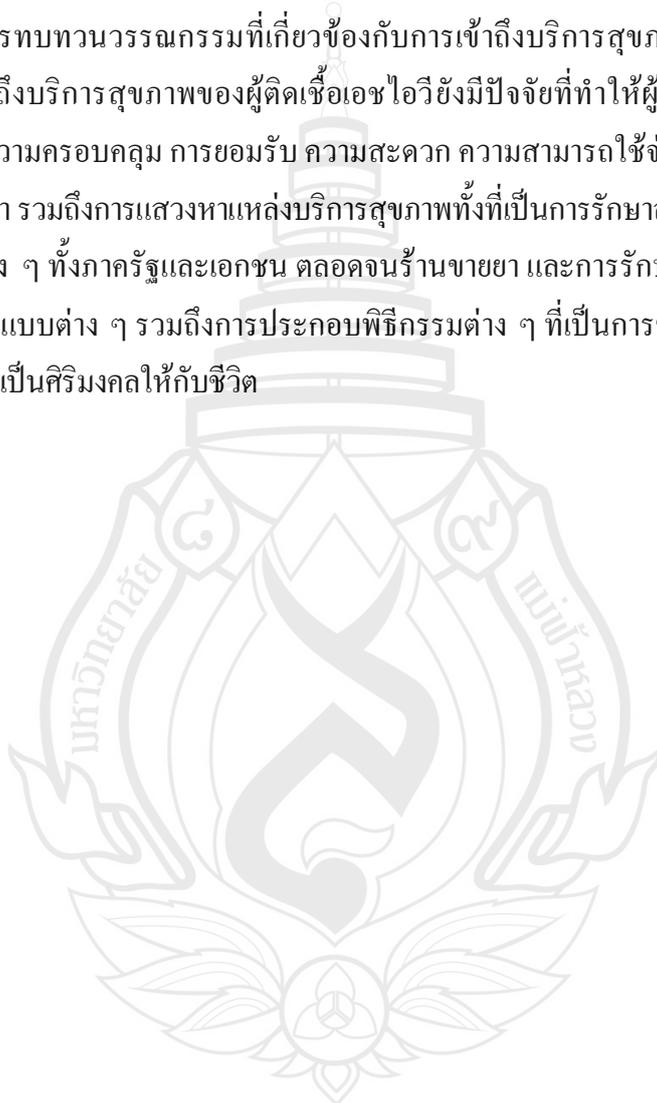
การศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2539) เรื่อง ผู้หญิงอีสานกับการเผชิญปัญหาเอดส์ อธิบายว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพและมีชีวิตยืนยาวออกไปนานที่สุด ส่วนใหญ่จึงแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพทั้งที่เป็นการรักษาสมัยใหม่ ในคลินิกเอกชน โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนร้านขายยา และการรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้ยาสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการจัดการเจ็บป่วยหรือการเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต และการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (ม.ป.ป.) เรื่อง การจัดการดูแลผู้ป่วย: ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยชุมชนและบริการ อธิบาย

ว่าการรับรู้เกี่ยวกับศักยภาพในการให้บริการของสถานบริการ และความสามารถเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความต้องการการบริการสุขภาพ และแบบแผนการแสวงหาบริการ ดังนี้ (1) การรับรู้ต่อคุณภาพ และความสามารถในการตอบสนองของแหล่งบริการต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการเลือกแหล่งบริการทางการแพทย์ใกล้บ้าน โดยการประเมินคุณค่าของสถานบริการแต่ละแห่งควบคู่กับการพิจารณาถึงอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ฐานะทางการเงิน (2) ความรุนแรงของโรคหรืออาการ พบว่า ความต้องการบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหรืออาการของโรคที่ประสบ การแสวงหาบริการไปยังสถานบริการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและการรักษาเยียวยาอาการต่าง ๆ จากความรุนแรงของโรค จนก่อให้เกิดเป็นแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น (3) แบบแผนในการแสวงหาบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ ความสามารถในการให้บริการของแหล่งบริการต่าง ๆ ความรุนแรงของโรค หรืออาการและความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งพบว่าแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบฟันปลาและรูปแบบเส้นตรง รูปแบบฟันปลาเป็นแบบแผนที่ผู้ติดเชื้อแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพไปเรื่อย ๆ ทั้งสถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการระดับสูงถึงระดับต่ำ ส่วนรูปแบบเส้นตรง เป็นแบบแผนที่ผู้ป่วยหยุดการแสวงหาบริการ ไปยังแหล่งต่างๆ แต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในที่พิจารณาว่าตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพได้

การศึกษาของ Ntata (2007) เรื่อง Equity in Access to ARV in Malawi อธิบายว่าปัญหาระบบบริการที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ ได้แก่ (1) ขั้นตอนการรับยามีนาก (2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดง (Clinical staging) และค่า CD4 count ยังไม่ชัดเจน ทั้งที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลและพิจารณา ซึ่งเป็นเหตุเริ่มต้นการรักษาที่ช้าไป ทำให้การเจ็บป่วยเร็วขึ้นและถึงตายได้ (3) ความยากจน ปัญหาการเดินทาง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาของ Piot and Coll Seck (2001) เรื่อง International Response to the HIV/AIDS Epidemic: Planning for Success อธิบายว่าการให้บริการผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อจะให้เกิดการประสพผลสำเร็จนั้นต้องลดความรังเกียจและการตีตราทางสังคม และหน่วยบริการต้องมีนโยบายป้องกันการติดเชื้อและการเกิดโรคร่วมด้วย และการศึกษาของ Souteyrand, Collard, Moatti, Grubb and Guerma (2008) เรื่อง Free Care at the Point of Service Delivery: A Key Component for Reaching Universal Access to HIV/AIDS Treatment in Developing Countries อธิบายว่า การให้บริการฟรี จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ สำหรับผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีรายได้น้อย เป็นการสร้างความเป็นธรรมของการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และบุคลากรหรือกำลังคนด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อก็มีความสำคัญต่อระบบการให้บริการ และการศึกษาของ สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ (2550) เรื่อง ระบบบริการคลินิกทางด้านไวรัส เอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชนกรณีศึกษาใน 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน อธิบายว่าในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการ

จัดบริการยาด้านไวรัสเอดส์ ให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โดยแยกออกจากผู้ป่วยนอก และมีการกำหนดวันที่เฉพาะเปิดให้บริการในแต่ละสัปดาห์หรือในแต่ละเดือน โรงพยาบาลทุกแห่งที่ทำการศึกษามีอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเข้าร่วมในการให้บริการ ปัญหาและอุปสรรคที่รอการแก้ไขอย่างเร่งด่วน คือ การจัดสรรเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการอบรมและฟื้นฟูทางวิชาการเกี่ยวกับการรักษาเอดส์และยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สรุปว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการ ซึ่งประกอบด้วย ความครอบคลุม การยอมรับ ความสะดวก ความสามารถใช้จ่าย ระยะทาง เวลารอคอย การให้คำปรึกษา รวมถึงการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพทั้งที่เป็นการรักษาสมัยใหม่ ในคลินิกเอกชน โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนร้านขายยา และการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยใช้ยาสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการจัดการเจ็บป่วยหรือการเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัย เรื่อง การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม เพื่ออธิบายถึงการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน โดยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 ประชากร และสถานที่ดำเนินการวิจัย

3.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ จังหวัดน่าน จำนวน 2,272 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดน่าน จำนวน 340 คน ซึ่งมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ขนาดของความคลาดเคลื่อน

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{2,272}{1 + 2,272 (0.05)^2} \\ &= 340 \text{ คน} \end{aligned}$$

3.1.1.2 ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงนำมาคำนวณประชากรแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของขนาดประชากร (Proportional to size) เพื่อให้ได้ตัวแทนของประชากร ซึ่งวิธีการคำนวณจำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{ประชากรในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อกำหนดตามสูตรดังกล่าว จะได้จำนวนตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
น่าน	1,012	151
แม่จริม	35	5
บ้านหลวง	26	4
นาน้อย	99	15
ปัว	185	28
ท่าวังผา	252	38
เวียงสา	279	42
ทุ่งช้าง	78	12
เชียงกลาง	99	15
นาหมื่น	84	13
สันติสุข	60	9
บ่อเกลือ	20	3
สองแคว	34	5
เฉลิมพระเกียรติ	9	1
รวม	2,272	340

หมายเหตุ. อำเภอภูเพียง ไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลน่าน คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดน่าน โรงพยาบาลประจำอำเภอเมืองน่านและโรงพยาบาลประจำอำเภอภูเพียง

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน (2555)

3.1.2 สถานที่ดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ จังหวัดน่าน เนื่องจาก (1) อัตราการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วย เอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่ำที่สุดในภาคเหนือ (2) เส้นทางคมนาคม ที่ยากลำบาก ระยะทาง ที่ห่างไกลจากแหล่งบริการสุขภาพและมีจำนวนน้อย (สปสข. เขต 1 เชียงใหม่, 2555) (3) อัตราการกระจายตัวของผู้ป่วย มากที่สุดในภาคเหนือ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม การติดตาม พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแนวคำถามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเนื้อหาและประเด็นข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

3.2.1 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือในการศึกษา ได้ทำควบคู่กับขั้นตอนการสร้างกรอบแนวคิดของการศึกษา กล่าวคือ ระหว่างที่เตรียมการวิจัยได้มีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ ประเด็นหรือสถานการณ์ที่ต้องการปรับปรุงหรือแก้ไข และได้เรียนรู้ข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดน่าน เพื่อสร้างกรอบแนวคิด เพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา ประกอบกับการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมด้วย ได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรและช่วยในการสร้างคำถาม โดยเลือกใช้คำหรือภาษาที่สื่อความหมายอย่างชัดเจนกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อคำถามทางจิตวิทยา ที่เป็นตัวแปรหลักในการวิจัย คือ การติดตามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นก็ทำการร่างแบบสอบถาม แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขตามความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2.2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามเพื่อดูความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละข้อคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่าน คือ อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารตาม ภาคผนวก ค ผู้ตรวจเครื่องมือวิจัย) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบข้อบกพร่องของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และนำแบบสอบถามไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วปรับปรุงหรือแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาของเครื่องมือมากขึ้น

3.2.3 หาคความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสอบถาม

3.2.4 นำแบบสอบถามที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ พบว่า การตีตรา ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 พฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75 การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่มีมากพอในการนำแบบสอบถามไปใช้ได้

3.2.5 นำแบบสอบถามไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วปรับปรุงหรือแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาของเครื่องมือมากขึ้น ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

3.2.6 เนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 คือ ประวัติความเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 คือ การตีตรา ส่วนที่ 4 คือ พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 5 คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และส่วนที่ 6 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียด ดังนี้

3.2.6.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อชี้ให้เห็นถึงพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเป็นเงื่อนไขในการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ นับถือศาสนา สำเร็จการศึกษาขั้นสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

3.2.6.2 ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี เพราะ ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากใคร การรักษาครั้งแรกที่ไหน และการได้รับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี รวมข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

3.2.6.3 ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 59 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ จำนวน 13 ข้อ ด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง จำนวน 15 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อยมาก ไม่เป็นจริงเลย และให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยยึดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

1. กรณีที่เป็นคำถามทางบวก ได้แก่ ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง จำนวน 6 ข้อ และด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามในเชิงบวกโดยดูจากพฤติกรรมและประสบการณ์จริงที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับจากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน คนในชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในความรู้สึกนึกคิดที่ตนเองรับรู้ในการเป็นผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี สำหรับด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (จากผู้อื่น) ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต่อตนเองและบุคคลที่มีต่อตนเอง เช่น คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนน่าสงสาร เป็นคนโศกโศกไม่ดีกว่าที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า เป็นคนที่ไม่มีผลร้ายต่อผู้อื่น ฟังตนเองได้ ไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น เป็นคนไม่มีอันตรายต่อผู้อื่น เป็นคนที่สังคมควรให้อภัย โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำตอบที่เลือกตอบ ดังนี้

1) เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 5 คะแนน

2) เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นส่วนใหญ่ โดยให้คะแนนคำตอบ 4 คะแนน

3) เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นปานกลาง โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน

4) เป็นจริงน้อยมาก หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นน้อยมาก โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน

5) ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เคยรู้สึกและไม่เคยพบเลย โดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.80	ไม่เป็นจริงเลย
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

2. กรณีที่เป็นคำถามทางลบ ได้แก่ ด้านความมื่อคติ จำนวน 13 ข้อ ด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง จำนวน 9 ข้อ และด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลจากผู้อื่น จำนวน 11 ข้อ ในส่วนของคำถามเชิงลบ ได้แก่ การที่ผู้อื่นมองผู้ติดเชื้อว่า

เป็นคนไม่ดี เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ประมาทในการใช้ชีวิต น่ากลัว เป็นคนที่ไม่น่าให้อภัย เป็นคนโง่ไม่ฉลาด และสร้างภาระให้กับผู้อื่น โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามที่เลือกตอบ ดังนี้

- 1) เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีไม่เคยรู้ลึกและไม่เคยพบเลยโดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน
- 2) เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้ลึกและมีการพบเห็นเป็นน้อยมาก โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน
- 3) เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้ลึกและมีการพบเห็นเป็นปานกลาง โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน
- 4) เป็นจริงน้อยมาก หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้ลึกและมีการพบเห็นเป็นส่วนใหญ่ โดยให้คะแนนคำตอบ 4 คะแนน
- 5) ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้ลึกและมีการพบเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.80	ไม่เป็นจริงเลย
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

3.2.6.4 ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถาม (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม จำนวน 5 ข้อ (2) การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ (3) การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ (4) การนอนหลับพักผ่อน จำนวน 5 ข้อ (5) การจัดการกับภาวะอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ (6) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ และ (7) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามที่เลือกตอบ ดังนี้

1. ข้อคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1) ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีทำเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน

2) ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีทำเป็นบางครั้ง โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน

3) ไม่เคยทำ หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีไม่เคยทำ โดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.67$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.66	ควรปรับปรุง
1.67 – 2.34	พอใช้
2.35 – 3.00	ดี

2. ข้อคำถามเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1) ไม่เคยทำ หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีทำเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน

2) ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีทำเป็นบางครั้ง โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน

3) ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีไม่เคยทำ โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.67$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.66	ดี
1.67 – 2.34	พอใช้
2.35 – 3.00	ควรปรับปรุง

3.2.6.5 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อคำถามด้านความเพียงพอของบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับบริการ จำนวน 4 ข้อ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 3 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 2 ข้อ และ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อยมาก ไม่เป็นจริงเลย และให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยยึดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

1. กรณีเป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ด้านความเพียงพอของบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 3 ข้อ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ จำนวน 6 ข้อ โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำตอบที่เลือกตอบ ดังนี้

1) เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 5 คะแนน

2) เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นส่วนใหญ่ โดยให้คะแนนคำตอบ 4 คะแนน

3) เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นปานกลาง โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน

4) เป็นจริงน้อยมาก หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นน้อยมาก โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน

5) ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เคยรู้สึกและไม่เคยพบเลย โดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.80	น้อยที่สุด
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

2. กรณีที่เป็นคำถามทางลบ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ จำนวน 4 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 2 ข้อ โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามที่เลือกตอบ ดังนี้

1) เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีไม่เคยรู้สึกและไม่เคยพบเลย โดยให้คะแนนคำตอบ 1 คะแนน

2) เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นน้อยมาก โดยให้คะแนนคำตอบ 2 คะแนน

3) เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นปานกลาง โดยให้คะแนนคำตอบ 3 คะแนน

4) เป็นจริงน้อยมาก หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นส่วนใหญ่ โดยให้คะแนนคำตอบ 4 คะแนน

5) ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเคยรู้สึกและมีการพบเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนคำตอบ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนน	ระดับความเห็น
1.00 – 1.80	มากที่สุด
1.81 – 2.60	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	น้อย
4.21 – 5.00	น้อยที่สุด

3.2.6.6 ส่วนที่ 6 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในผู้ติดเชื่อเอชไอวี สอบถามเกี่ยวกับการสร้างการยอมรับจากผู้อื่นและสังคม พฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงอัตราการป่วยและเสียชีวิต ลักษณะของแหล่งบริการที่ทำให้ผู้ติดเชื่อสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้ และข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่น ๆ จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการทำวิจัย (Proposal) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เพื่อการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย คุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และชี้แจงขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสอบถามซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามในเรื่องที่ไม่สะดวกใจ และการรักษาความลับ

การรักษาความลับของผู้ถูกวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมและเฉพาะในการเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคล ที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการยินยอมให้จัดเก็บข้อมูล จากแบบสอบถาม พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ในระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลต่อไปได้ ผู้วิจัยจะยุติชั่วคราว เมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ต่อไปได้ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ต่อ แต่หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถอ่านออกและเขียนเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดเก็บข้อมูลเอง และหากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถที่จะให้การสัมภาษณ์ต่อไปได้หรือเกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน ผู้วิจัยจะทำการส่งสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3.4 การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3.4.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง แล้ว ผู้วิจัยประสานขอเอกสารรับรองวิจัยในมนุษย์จากส่วนบริการงานวิจัย เพื่อเสนอขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดน่าน

3.4.3 หลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนจังหวัดน่าน แล้ว ผู้วิจัยประสานเพื่อแนะนำตัวเองต่อผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน และประสานเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน แจ้งกับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดน่าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.4.4 ผู้วิจัยเข้าไปประสานงานในโรงพยาบาลทุกพื้นที่ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

3.4.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ตามความสะดวก หรือตามความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่า เมื่อให้การสัมภาษณ์แล้วตนเองจะปลอดภัย

3.4.6 การยุติการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล หรือ ไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูล

3.4.7 ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนและเพียงพอแล้ว ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณพร้อมทั้งให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมหรือให้คำปรึกษาหากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยหรือซักถาม

3.5 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ ถ้าฉบับไหนมีคำตอบไม่ครบถ้วนจะเข้าพื้นที่เพื่อจัดเก็บข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม มาวิเคราะห์ดังนี้

3.6.1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วย การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และการแปรผลค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อและรายด้านของคำถาม

3.6.2 ความสัมพันธ์ของข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามตามโครงสร้างคำถามประเด็นหลักประกอบด้วย การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน และได้นำไปทดสอบในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 ราย ในจังหวัดพะเยา เพื่อนำส่วนที่มีปัญหาในการสอบถาม เช่น ความชัดเจนของคำถาม มาปรับปรุงแก้ไขให้สามารถรับคำตอบจากข้อคำถามต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นได้ลงพื้นที่จริงในจังหวัดน่านตามบัญชีรายชื่อที่ได้จัดเตรียมไว้ การสอบถามกลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง และได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจและเจตนาของของผู้วิจัย นอกจากนี้ได้ใช้เวลาพอสมควร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นมิตร ไม่หวาดกลัวที่ผู้วิจัยเป็นคนแปลกหน้า เมื่อสร้างบรรยากาศที่ดีแล้ว จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายเหตุผลหรือเล่าเรื่องที่เป็นจริงตามคำถาม ในระหว่างการสอบถาม ผู้วิจัยยังได้สังเกตพฤติกรรม ทำที่ผู้ให้การสัมภาษณ์แต่ละราย ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ข้อมูลครบถ้วนจากกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวน 340 ชุด โดยผลการศึกษาจะนำเสนอในบทที่ 4 ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 5 ข้อ คือ

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตี

ตราพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรและประวัติความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องตรงตามเนื้อหาของข้อคำถาม เพื่อความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละข้อคำถาม ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรและประวัติความเจ็บป่วย ดังนี้

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยคำถามลักษณะต่าง ๆ ทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การนับถือศาสนา สำเร็จการศึกษาขั้นสูงสุด การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้และระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยมีผลการศึกษา (ดูตารางที่ ก1 ในภาคผนวก ก) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 53.20 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.40 รองลงมาอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 32.90 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.10 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.90 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 45.29 สำหรับรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย อยู่ในช่วงระหว่าง 5,001 ถึง 10,000 บาท ร้อยละ 55.29 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวโดยเฉลี่ย เท่ากับ 10,713.71 บาท แต่เมื่อสอบถามความเพียงพอของรายได้ พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 52.06 สำหรับการเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 79.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4.1.2 ประวัติความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาประวัติความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ ผู้วิจัยได้ตั้งแนวคำถามออกเป็น 5 ประเด็น เพื่อต้องการทราบถึงประวัติความเจ็บป่วยจากโรคนี้ของแต่ละคน และแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อไปรับบริการ ภายหลังจากเมื่อแพทย์ได้วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ตลอดจนระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมานานเท่าใด การได้รับการรักษาครั้งแรกที่ไหน รวมทั้งความเชื่อที่คิดว่าได้รับเชื้อเอชไอวีจากใคร ในตอนท้ายคือการได้รับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อได้รับมาจนถึงปัจจุบัน โดยรายละเอียดได้แสดงผลการศึกษา (ดูตารางที่ ก2 ในภาคผนวก ก) พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ระบุระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ อยู่ในช่วง 6 ถึง 10 ปี ร้อยละ 33.24 สำหรับสาเหตุที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการยินยอมของผู้ป่วยให้ตรวจเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ขณะมารับบริการ ณ โรงพยาบาล คือ ร้อยละ 51.80 และเข้าใจว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอนถาวร (สามีหรือภรรยา) ร้อยละ 50.59

ภายหลังที่กลายเป็นผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาโรงพยาบาลในจังหวัด ร้อยละ 76.76 โดยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 80.88 แต่ก็มีพบว่า ร้อยละ 19.12 ไม่ได้ไปรับยาหรือไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเลย

4.2 การรับรู้ตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาประเด็นการตีตรา (Stigma) มีความสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อและเป็นสาเหตุปัจจัยต่อภาวะจิตใจและการดำรงชีวิตในสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสอบถามการรับรู้จากการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากสังคมมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่มีมลทิน เป็นผู้ที่สังคมรังเกียจ ไม่มีโอกาสและพื้นที่ทางสังคม ทำให้ยังคงเผชิญกับปัญหาการถูกตีตราจากสังคมอยู่เสมอ ทั้งจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่รู้จัก เป็นการทำลายความสุข ทำลายอนาคต รวมทั้งทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความรู้สึกว่าตนเองทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน อีกทั้งมิได้มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย แม้ว่าปัจจุบันสังคมมีความเข้าใจผู้ติดเชื้อมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่นั้น ยังมีความรังเกียจ ที่ไม่ยอมเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อ โดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ แม้ว่าสื่อมวลชนต่าง ๆ พยายามเสนอข่าวเพื่อเป็นการแก้ไขทัศนคติของสังคม ให้มีความเห็นอกเห็นใจ เมตตาและสงสารผู้ติดเชื้อ และพยายามให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ แต่สังคมก็ยังมี การตีตราผู้ติดเชื้อ อยู่เพราะว่าโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การเบี่ยงเบนทางเพศ และพฤติกรรมติดยาเสพติด

ดังนั้นในการสอบถามการตีตราในทัศนะผู้ติดเชื้อนั้น ผู้วิจัยได้สอบถามโดยวิธีการประเมินตามปฏิกริยาทางสังคมและการประเมินคุณค่าของผู้ติดเชื้อ จาก 4 ด้าน คือ (1) ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ (Prejudicial scale) (2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction scale) (3) ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง (Self -evaluation scale) และ (4) ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (Interpersonal evaluation scale) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ใช่ อธิบายจากความรู้สึกหรือความเห็นของผู้วิจัยกำหนดขึ้นเอง แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ของข้อคำถาม (Content validity) และตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละข้อคำถาม จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่าน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยให้ผู้ตอบระบุระดับของการตีตราออกเป็น ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

4.2.1 ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์

การตีตราของบุคคลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้นตามปฏิกิริยาทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อ สร้างความกดดันและความรังเกียจเดียดฉันท์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อถูกมองหรือได้รับการมองที่ไม่ดีจากคนรอบข้าง ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ ทำให้ต้องเผชิญกับความรู้สึกในแง่ลบ จากการไม่ยอมรับทางสังคม และการกีดกันในรูปแบบต่าง ๆ เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตตามปกติ

การประเมินระดับการตีตราผู้ติดเชื้อด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ ผู้วิจัยประเมินตามแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตราคือ คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการประเมินความรังเกียจเดียดฉันท์ของผู้ติดเชื้อ จากองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) องค์ประกอบทางปัญญา (Cognitive component) ที่ใช้ภาพลักษณ์หรือภาพพจน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาอธิบายกับผู้ติดเชื้อ (2) องค์ประกอบทางอารมณ์ (Affective component) ที่ใช้อารมณ์มาอธิบายความรู้สึก ดี-ไม่ดี, ชอบ-ไม่ชอบ กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ (3) องค์ประกอบทางพฤติกรรม (Behavior component) ที่ใช้การแบ่งพรรคพวก การสร้างความแตกแยก ตอบสนองต่อทัศนคติหรือความรังเกียจที่เกิดขึ้น ระดับของการสอบถามประเมินจากความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ในเชิงรังเกียจเดียดฉันท์ ต่อผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ระดับไม่เป็นจริงเลยหรือไม่เคยพบเห็นเลย ไปจนถึงเป็นจริงมากที่สุดหรือพบเห็นเป็นประจำ โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ผลการศึกษาด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ การตีตราผู้ติดเชื้อ (ดูตารางที่ 4.1) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.1 ระดับการตีตรา ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์

การตีตรา (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
1. คนในครอบครัว บางคนแสดงการรังเกียจ และแสดงความเบื่อหน่าย	2.86	ปานกลาง
2. คนในครอบครัวไม่ยอมให้ใช้ห้องน้ำร่วมด้วย	2.23	น้อย
3. คนในครอบครัวไม่ยอมให้โทรศัพท์ร่วมด้วย	2.36	น้อย
4. มักถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวตามลำพัง	2.73	ปานกลาง
5. ญาติพี่น้องบางคนแสดงท่าทีรังเกียจ	2.92	ปานกลาง
6. เวลาที่เพื่อนฝูงหรือคนรู้จัก เดินผ่านมักแกล้งทำเป็นมองไม่เห็น	2.91	ปานกลาง
7. เพื่อนบ้านซุบซิบนินทา ขณะเดินผ่านเขาเหล่านั้น	2.94	ปานกลาง
8. คนทั่วไปยังเข้าใจว่าตนเอง คือคนประพฤติไม่ดีหรือประพฤติผิดศีลธรรม	3.29	ปานกลาง
9. ขณะที่รอตรวจ ณ ที่นั่งรอตรวจของโรงพยาบาล ผู้คนรอบข้างมองด้วยสีหน้าและแววตา ที่ดูหมิ่นหรือเหยียดหยาม	2.29	น้อย
10. เพื่อนฝูงไม่ต้องการข้องแวะพูดคุย	2.86	ปานกลาง
11. เพื่อนบ้านไม่ต้องการให้ตัวเองไปหาที่บ้านและต้องการอยู่ห่าง ๆ	2.86	ปานกลาง
12. ขณะที่เดินทางไปที่ไหน ผู้คนไม่ยอมนั่งใกล้	2.11	น้อย
13. ผู้คนรอบข้างมองเหมือนเป็นตัวเชื้อโรค	2.12	น้อย
รวม	2.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.1 การตีตราในผู้ติดเชื้อ ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ ต่อผู้ติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความรังเกียจเดียดฉันท์ที่เกิดขึ้นจากคนใกล้ชิดภายในครอบครัวและจากคนอื่นภายนอกทั่วไป

ความรังเกียจเดียดฉันท์ที่เกิดขึ้นจากคนใกล้ชิดภายในครอบครัว พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากคนในครอบครัวผู้ติดเชื้อ หรือญาติพี่น้องแสดงความรังเกียจและความเบื่อหน่ายสำหรับการใช้ห้องน้ำและโทรศัพท์ ระหว่างคนใกล้ชิดภายในครอบครัวกับผู้ติดเชื้อ มีระดับการรังเกียจเดียดฉันท์อยู่ในระดับน้อย

ความรังเกียจเกิดขึ้นที่ก่อกำเนิดขึ้นจากคนอื่นภายนอก ทัวไป พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก คนทัวไปยังเข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเป็นคนประพฤตินิดีหรือประพฤตินิดีศีลธรรม เพื่อนฝูงไม่ต้องการข้องแวะพูดคุย ไม่ต้องการไปเที่ยวหาที่บ้าน ต้องการอยู่ห่าง ๆ ขณะที่เดินผ่านมักแกล้งทำเป็นมองไม่เห็นและยังมีเสียงซุบซิบนินทา สำหรับผู้ติดเชื้อขณะที่นั่งรอตรวจในโรงพยาบาล ผู้คนรอบข้างมองเหมือนเป็นตัวเชื้อโรค แม้แต่เดินทางไปที่ไหนผู้คนไม่ยกนั่งใกล้ มีความรังเกียจเกิดขึ้นอยู่ในระดับน้อย

4.2.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

เพื่อที่จะทราบถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น โดยมีอิทธิพลต่อกัน หรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแก่กัน ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการติดต่อสื่อสารที่สำคัญของมนุษย์ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปถึงสังคม ด้วยวิธีการและเป็นการรับรู้ความเชื่อที่แตกต่างกัน

การประเมินการตีตราผู้ติดเชื้อด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผู้วิจัยประเมินความแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่า การตีตราคือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลซึ่งคุณลักษณะหรือความแตกต่างนี้ ไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติหรือความแตกต่างดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งกำหนดองค์ประกอบของการศึกษา 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือ การรับรู้ความเชื่อที่แตกต่างกัน และประเด็นที่สอง คือ การรับรู้การตีตราต่อการดำเนินปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าตนเองแตกต่างจากคนปกติ โครงสร้างของคำถามเป็นการสอบถามการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เป็นการตีตรา จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อ กับคนในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้านและคนรอบข้าง ตั้งแต่ระดับไม่เป็นจริงเลยหรือไม่เคยพบเห็นเลย จนถึงเป็นจริงมากที่สุดหรือพบเห็นเป็นประจำ โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

ผลการศึกษาด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตีตราผู้ติดเชื้อ (ดูตารางที่ 4.2) พบว่าอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 4.2 ระดับการตีตรา ด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การตีตรา (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
1. ถูกกีดกันไม่ให้เล่นกับเด็ก ๆ หรืออุ้มเด็ก ที่เป็นลูกหลาน	2.70	ปานกลาง
2. ถูกกีดกันไม่ให้ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น	1.83	น้อย
3. ถูกเพื่อนบ้านกีดกัน เมื่อมีงานสังคมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น งานบุญต่าง ๆ หรืองานแต่งงาน	2.61	ปานกลาง
4. ไม่มีสังคม	2.78	ปานกลาง
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่เปิดเผยตนเอง จะได้รับการรังเกียจ ดูถูก หรือเหยียดหยาม จากผู้อื่น	2.35	น้อย
6. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านไม่เต็มใจที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน	2.44	น้อย
7. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านทอดทิ้ง	2.69	ปานกลาง
8. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านไม่ดูแล และเอาใจใส่	2.69	ปานกลาง
9. คนในหมู่บ้านแสดงท่าทีรังเกียจ เมื่อเดินผ่าน พุดคุยกับเขา หรือเข้าไปจับต้องร่างกายของเขา	2.98	ปานกลาง
10. เพื่อนบ้านไม่ยอมให้ไปช่วยงานต่าง ๆ แล้วจัดแจงให้อยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไร	2.48	น้อย
11. ร้านตัดผมหรือร้านเสริมสวยไม่ให้บริการหรือไม่เต็มใจที่จะให้บริการ	2.11	น้อย
12. เพื่อนบ้านไม่โทรศัพท์ติดต่อ เมื่อรู้ว่าป่วยเป็นโรคเอดส์	2.37	น้อย
13. เพื่อนบ้านไม่ไปมาหาสู่ เมื่อรู้ว่าป่วยเป็นโรคเอดส์	2.80	ปานกลาง
14. แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติแตกต่างไปคนผู้ป่วยทั่วไป	2.00	น้อย
15. ขณะที่แพทย์หรือพยาบาล ตรวจร่างกาย และหลีกเลี่ยงที่จะแตะต้องตัว	1.95	น้อย
รวม	2.45	น้อย

จากตารางที่ 4.2 การตีตราในผู้ติดเชื้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจากคนใกล้ชิดภายในครอบครัวและจากคนอื่นภายนอก ทั่วไป

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจากคนใกล้ชิดภายในครอบครัว พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก ผู้ติดเชื้อมองตนเองว่าถูกเพื่อนบ้านหรือคนในบ้านทอดทิ้ง ไม่ดูแล ไม่เอาใจใส่ ไม่ไปมาหาสู่ และไม่ให้เล่นกับเด็ก ๆ หรืออุ้มเด็กที่เป็นลูกหลาน

สำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตนเอง จะได้รับการรังเกียจ ถูกดู จากผู้อื่น และถูกกีดกันไม่ให้ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากไม่มีใครทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ เพราะไม่มีอาการของโรคแสดง

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่เกิดขึ้นจากคนอื่นภายนอก ทั่วไป พบว่า คนในหมู่บ้านแสดงท่าทีรังเกียจ เมื่อเดินผ่าน พุดคุยหรือเข้าไปสัมผัสต้องตัวเขา มีการตีตราในระดับปานกลาง สำหรับเพื่อนบ้านไม่ยอมให้ไปช่วยงานต่าง ๆ แล้วจัดแจงให้อยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไร หรือคนในหมู่บ้านไม่เต็มใจที่จะรับประทานอาหารร่วม ไม่โทรศัพท์ติดต่อหรือพุดคุย ร้านตัดผมหรือร้านเสริมสวยไม่ให้บริการหรือไม่เต็มใจที่จะให้บริการ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อแตกต่างไปคนผู้ป่วยทั่วไปและขณะที่แพทย์ตรวจร่างกายหลีกเลี่ยงที่จะถูกเนื้อต้องตัว มีระดับการตีตรา ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในระดับน้อย

4.2.3 ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง

เพื่อที่จะทราบถึงความรู้สึกและการรับรู้ ของผู้ติดเชื้อในแง่คุณค่าของตนเอง และเชื่อมโยงไปสู่ผู้อื่น จากความสัมพันธ์ในหลาย ๆ ด้าน มิใช่เป็นการมอง โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเพียงแค่โรคที่มีการติดต่อทางร่างกายเท่านั้น ยังเชื่อมโยงต่อความรู้สึกที่แสดงออก รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื้อตามความรู้สึกที่รับรู้ได้

การประเมินระดับการตีตราผู้ติดเชื้อด้านคุณค่าตนเอง ผู้วิจัยประเมินตามแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตรามีผลต่อบุคคล โดยการกีดกันและการแปลกแยก (Discrimination) เป็นการอธิบายจากความรู้สึกและการมองตนเอง ว่าตนเองนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่น ทำให้มีผลต่อการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เช่น รู้สึกอับอาย กลียดตนเองและประณามตนเอง

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการประเมินคุณค่าตนเองของผู้ติดเชื้อ จากองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ การประเมินคุณค่าตนเองในด้านบวก ที่มองตนเองว่าเป็นคน โชคดี สังคมให้การยอมรับ นำยกย่อง มีคุณค่า และการประเมินคุณค่าในด้านลบ ที่มองตนเองว่าถูกกีดกันและแปลกแยก ว่าตนเองไม่

เท่ากับคนปกติ ตั้งแต่ระดับไม่เป็นจริงเลยหรือไม่เคยพบเห็นเลย จนถึงเป็นจริงมากที่สุดหรือพบเห็นเป็นประจำ โดยมีข้อความจำนวน 15 ข้อ

ผลการศึกษาด้านการประเมินคุณค่าตนเอง การตีตราผู้ติดเชื้อ (ดูตารางที่ 4.3) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.3 ระดับการตีตรา ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง

การตีตรา (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
1. มองตนเองว่าเป็นคน โศกเศร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี ดีกว่าคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	3.19	ปานกลาง
2. มองตนเองว่าเป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ	3.33	ปานกลาง
3. มองตนเองว่าเป็นคนน่ายกย่อง	3.39	ปานกลาง
4. มองตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า	3.18	ปานกลาง
5. มองตนเองว่าเป็นคนฉลาด	3.19	ปานกลาง
6. มองตนเองว่าเป็นคนที่ไม่ผลร้ายต่อผู้อื่น	3.44	มาก
7. มองตนเองว่าเป็นคน โศกร้าย	3.42	มาก
8. มองตนเองว่าเป็นคนน่าสงสาร	3.79	มาก
9. มองตนเองว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม	3.49	มาก
10. มองตนเองว่าเป็นคนที่ไร้คุณค่า	3.49	มาก
11. มองตนเองว่าเป็นคนที่น่ากลัว	3.53	มาก
12. มองตนเองว่าเป็นคนที่สร้างภาระให้กับผู้อื่น	3.54	มาก
13. มองตนเองว่าเป็นคนผิดศีลธรรม มีกรรม และมีบาป	3.64	มาก
14. มองตนเองว่าเป็นคนที่ประมาทในการใช้ชีวิต	3.61	มาก
15. มองตนเองว่าฉันเป็นคนโง่ ไม่ฉลาด	3.57	มาก
รวม	3.45	มาก

จากตารางที่ 4.3 การตีตราผู้ติดเชื้อ ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินคุณค่าตนเองลักษณะเชิงบวก และเชิงลบ

จากการประเมินคุณค่าตนเองลักษณะเชิงบวกผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื่อมองตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มียุติภัยต่อผู้อื่น มีการประเมินคุณค่าตนเองอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผลกระทบจากจิตใจที่ผู้ติดเชื่อได้รับ คือ การไม่มีสังคม เพื่อนบ้านไม่ไปมาหาสู่เหมือนเดิม แต่สำหรับผู้ติดเชื่อมองตนเองว่าเป็นคน โศกคดีที่ติดเชื่อ ดีกว่าคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ เป็นคนน่ายกย่อง เป็นคนที่มีคุณค่า และเป็นคนฉลาด มีการประเมินคุณค่าตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

จากการประเมินคุณค่าตนเองลักษณะเชิงลบ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื่อมองตนเองว่าเป็นคนโศคร้าย นำสงสาร นำรังเกียจของสังคม ไร้คุณค่า น่ากลัว สร้างภาระให้กับผู้อื่น ผิดศีลธรรม มีกรรม มีบาป ประมาทในการใช้ชีวิตและ เป็นคนโง่ ไม่ฉลาด มีการประเมินคุณค่าตนเอง อยู่ในระดับมาก

4.2.4 ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น

เพื่อที่จะทราบถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ติดเชื่อได้รับหรือสัมผัสได้จากบุคคลอื่น จากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งต่อหน้าและลับหลัง จากความสัมพันธ์ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื่อตามความรู้สึกที่รับรู้ได้

ผู้วิจัยได้ประเมินตามแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตรามีผลต่อบุคคล เป็นการถูกลดคุณค่า (Dehumanized) ของบุคคลว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตและผู้ที่ถูกตีตรา รู้สึกอับอาย สร้างความเสื่อมเสียให้กับบุคคล การตีตราถือเป็นการเกี่ยวข้องกับเครื่องหมายที่ปรากฏขึ้นบนร่างกายอันเนื่องมาจากการกระทำบางสิ่งบางอย่างผิดไปจากปกติ โดยเครื่องหมายนั้นได้ทำลายตัวบุคคลโดยการแสดงหรือประกาศให้ผู้อื่นรู้ว่า ซึ่งเป็นการทำให้บุคคลนั้นเสื่อมเสีย หมดศรัทธาจากผู้อื่น ต้องการขับไล่ไปให้พ้น หรือเป็นบุคคลที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปของสังคม

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นของผู้ติดเชื่อ จากองค์ประกอบการศึกษา 2 ด้าน ได้แก่ การประเมินคุณค่าตนเองในด้านบวก ที่มองตนเองว่าเป็นคน โศกคดี สังคมให้การยอมรับ น่ายกย่อง มีคุณค่า และการประเมินคุณค่าในด้านลบ ที่มองตนเองว่าเป็นคนน่ารังเกียจ ไร้คุณค่า นำสงสารสร้างภาระ ผิดศีลธรรม ไม่น่าให้อภัย มีข้อคำถาม จำนวน 15 คำถาม

ผลการศึกษาด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น การตีตราผู้ติดเชื่อ (ดูตารางที่ 4.4) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.4 ระดับการตีตรา ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น

การตีตรา (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
1. เป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ	3.15	ปานกลาง
2. เป็นคนที่มีคุณค่า	3.19	ปานกลาง
3. เป็นคนที่ไม่มีผลร้ายต่อผู้อื่น	3.29	ปานกลาง
4. พึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น	3.41	มาก
5. เป็นคนไม่มีอันตรายต่อผู้อื่น	3.31	ปานกลาง
6. เป็นคนที่สังคมควรให้อภัย	3.29	ปานกลาง
7. เป็นคนน่าสงสาร	3.59	มาก
8. เป็นคนโชคไม่ดีที่ติดเชื่อเอชไอวี	3.62	มาก
9. เป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม	2.96	ปานกลาง
10. เป็นคนที่ประมาทในการใช้ชีวิต	3.30	ปานกลาง
11. เป็นคนที่ไร้คุณค่า	2.60	น้อย
12. เป็นคนที่สร้างภาระให้กับครอบครัวและเพื่อนบ้าน	2.22	น้อย
13. เป็นคนโง่ ไม่ฉลาด	2.71	ปานกลาง
14. เป็นคนผิดศีลธรรม	2.91	ปานกลาง
15. เป็นคนที่ไม่น่าให้อภัย	2.60	น้อย
รวม	3.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 การตีตราในผู้ติดเชื้อ ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น พบว่า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินคุณค่าจากผู้อื่นในลักษณะเชิงบวก และเชิงลบ

การประเมินคุณค่าจากผู้อื่นในลักษณะเชิงบวก พบว่า คนทั่วไปมองผู้ติดเชื้อว่าพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น มีการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น อยู่ในระดับมาก แต่สำหรับคนทั่วไปมองผู้ติดเชื้อว่าเป็นคน ไม่มีอันตรายต่อผู้อื่น ไม่มีผลร้ายต่อผู้อื่นและเป็นคนที่สังคมควรให้อภัย มีการตีตราการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง

การประเมินคุณค่าจากผู้อื่นลักษณะเชิงลบ พบว่า คนทั่วไปมองผู้ติดเชื้อว่าตนเองเป็นคนน่าสงสาร เป็นคนโชคไม่ดีที่ติดเชื่อ มีการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นในระดับมาก สำหรับคนทั่วไปมองผู้ติด

เชื่อว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม ประมาทในการใช้ชีวิต เป็นคนโง่ ไม่ฉลาด ผิดศีลธรรม เป็นคนที่น่าอันตราย มีการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น ในระดับปานกลาง

โดยสรุปผลการศึกษาศึกษาการตีตราผู้ติดเชื้อ พบว่า ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นและด้านความรังเกียจเพียงเล็กน้อย ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์จากผู้อื่น ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับน้อย

4.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีความสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ คือ การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลใน การกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาศัยความเชื่อ ทักษะคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความคาดหวัง ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

การสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกิดจากการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อให้มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของความเจ็บป่วย เพื่อดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยืนยาว

การวิจัยในครั้งนี้ได้สอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการประเมินตามแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองขององค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS, 2013) จาก 7 ประเด็น จำนวน 35 ข้อ คือ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม จำนวน 5 ข้อ (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ (3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ (4) พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน จำนวน 5 ข้อ (5) พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ (6) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ และ (7) พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยให้ผู้ตอบระบุความถี่ของพฤติกรรมออกเป็น ไม่เคยทำ ทำเป็นบางครั้งและทำเป็นประจำ ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมสุขภาพ (n = 340)	\bar{X}	การประเมินผล
พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำดื่ม		
1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ข้าว ถั่ว เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ	2.89	ดี
2. รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือ อาหารดิบ	1.82	พอใช้
3. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ผัก ปลา และผลไม้	2.71	ดี
4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาซึ่ม ปลาร้า	2.05	พอใช้
5. ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	2.90	ดี
รวม	2.47	ดี
พฤติกรรมกรแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม		
6. ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ และถูสบู่ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	3.00	ดี
7. แปรงฟันและลิ้นในตอนเช้าและก่อนนอน ทุกวัน	2.96	ดี
8. สระผมอย่างสม่ำเสมอ	3.00	ดี
9. ดูแลบ้านเรือนให้สะอาด พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	3.00	ดี
10. ดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายและเครื่องนุ่มห่มต่าง ๆ ให้สะอาด	3.00	ดี
รวม	2.99	ดี
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย		
11. เตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง	2.27	พอใช้
12. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	2.24	พอใช้
13. ไม่ได้ออกกำลังกาย	2.00	พอใช้
14. เลือกรูปแบบการออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย	2.23	พอใช้
15. ดูแลร่างกายให้แข็งแรงและมีสุขภาพดี	2.80	ดี
รวม	2.31	พอใช้

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ (n = 340)	\bar{X}	การประเมินผล
พฤติกรรมกรนอนหลับพักผ่อน		
16. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	2.68	ดี
17. ถ้านอนไม่หลับจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ	2.21	พอใช้
18. รับประทานยานอนหลับ	0.54	ดี
19. หลีกเลี่ยงการนอนดึก	2.24	พอใช้
20. นอนหลับสนิท	2.46	ดี
รวม	2.02	พอใช้
พฤติกรรมกรจัดการกับภาวะอารมณ์		
21. ยึดหลักศาสนา สวดมนต์ภาวนา ฟังสมาธิ หรือเข้าโบสถ์ หรือทำ ละหมาด เพื่อลดความวิตกกังวล	2.10	พอใช้
22. รับประทานยาคลายเครียด	0.51	ดี
23. จะไม่เก็บเรื่องที่ไม่สบายใจหรือวิตกกังวลไว้คนเดียว แต่จะ ปรึกษากับญาติพี่น้อง	2.07	พอใช้
24. มองโลกในแง่ดี มีความหวัง มีอนาคต อุดหนุน ขยันขันแข็ง และหา ความรู้ใส่ตัวอยู่เสมอ	2.68	ดี
25. ไม่คิดเปรียบเทียบตนเองกับคนที่ดีกว่าหรือเก่งกว่า แต่จะมองคน ที่ยากลำบากกว่า ยากจนกว่าเรา หรือแย่กว่าเรา	2.37	ดี
รวม	1.95	พอใช้
พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง		
26. เมื่อคนรักต้องการมีเพศสัมพันธ์ ให้เขาใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	2.38	ดี
27. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับบุคคลอื่น	2.48	ดี
28. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์	2.28	พอใช้
29. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีนเช่น ชาและกาแฟ	2.20	พอใช้
30. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	2.39	ดี
รวม	2.35	ดี

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ (n = 340)	\bar{X}	การประเมินผล
พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
31. รับประทานยาต้านไวรัสตามที่แพทย์แนะนำและสม่ำเสมอ	2.57	ดี
32. ซื่อyarับประทานเอง	1.79	พอใช้
33. สอบถามแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับอาการป่วยทุกครั้ง	2.80	ดี
34. สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อยู่สม่ำเสมอ	2.87	ดี
35. สนใจข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพของตนเอง	2.82	ดี
รวม	2.57	ดี

จากตารางที่ 4.5 พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจำแนกพฤติกรรมออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสถานะแวดล้อม (3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (4) พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน (5) พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ (6) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ (7) พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าได้อธิบายแต่ละด้าน ดังนี้

4.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะขาดสารอาหาร ผู้ติดเชื้อต้องเลือกรับประทานอาหารที่ ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพและร่างกายของตนเอง

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (ดูตารางที่ 4.5) พบว่าภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ข้าว ถั่ว เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และชอบรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ผัก ปลา และผลไม้ สำหรับการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือ อาหารดิบและอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาสาม ปลาข้าว เป็นพฤติกรรมที่ทำเป็นบางครั้ง

4.3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม

เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี ที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง และสภาวะแวดล้อมที่พ้ออาศัยของตนเองให้สะอาด ด้วยการรักษาความสะอาดบริเวณที่พ้ออาศัยและการป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ในร่างกาย

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม (ดูตารางที่ 4.5) พบว่า ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ การดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย เครื่องนุ่งห่มต่าง ๆ ให้สะอาด พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมบ้านเรือนให้สะอาด ให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำและถูสบู่ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง สระผมอย่างสม่ำเสมอ แปรงฟันและลิ้นในตอนเช้าและก่อนนอน ทุกวัน

4.3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การประกอบกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้ร่างกายหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว และมีผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการสร้างภูมิคุ้มกัน ให้กับร่างกาย ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อต้องเข้าใจในวิธีการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย และการเลือกประเภทของการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (ดูตารางที่ 4.7) พบว่า ผู้ติดเชื้อมีการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และไม่มีการเลือกประเภทก่อนการออกกำลังกาย สำหรับการดูแลร่างกายให้แข็งแรงและมีสุขภาพดีอยู่เสมอ พฤติกรรมอยู่ในระดับที่ดี

4.3.4 พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด ร่างกายได้รับประโยชน์มากมายจากการนอนหลับ แต่ถ้าจะให้ดีที่สุด การพักผ่อนด้วยการนอนหลับต้องเป็นการนอนหลับที่สนิท อาจจะนอนหลับตั้งแต่หัวค่ำหรือหลับลึกก็ได้ หากทุกคืนผู้ติดเชื้อนอนหลับสนิท จะเกิดผลดีต่อร่างกาย แต่ผู้ติดเชื้อถ้านอนหลับไม่สนิท นอนไม่หลับหรือพักผ่อนเพียงพอ ก็จะเกิดผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้สภาวะของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ทำให้ร่างกายสามารถติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถทำลายเซลล์ที่มีการติดเชื้อได้

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการนอนหลับพักผ่อน (ดูตารางที่ 4.5) พบว่า ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการนอนดึก และถ้านอนไม่หลับ จะอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ

4.3.5 พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์

เพื่อที่จะทราบถึงการจัดการภาวะอารมณ์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อ เกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์ ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า และรู้สึกเป็นตราบาป กับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ติดเชื้อไม่สามารถล่วงรู้ได้ว่าจะได้เจอกับอารมณ์ที่เข้ามาให้ผู้ติดเชื้อรับรู้อย่างไรบ้างในแต่ละวัน

ผลการศึกษานิติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับภาวะอารมณ์ (ดูตารางที่ 4.5) พบว่าภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การยึดหลักศาสนา สวดมนต์ ภาวนา ฟังสมาธิ เข้าโบสถ์ หรือทำละหมาด เพื่อลดความวิตกกังวลและจะไม่เก็บเรื่องที่ไม่สบายใจหรือวิตกกังวลไว้คนเดียวแต่จะปรึกษากับญาติพี่น้อง

สำหรับการมองโลกในแง่ดี มีความหวัง มีอนาคต ออกทน ขยันขันแข็ง หากความรู้ใส่ตัวอยู่เสมอ และไม่คิดเปรียบเทียบกับคนที่ดีกว่าหรือเก่งกว่า แต่จะมองคนที่ยากลำบากกว่า เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับดี

4.3.6 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

เพื่อที่จะทราบถึงการกระทำใด ๆ ไม่ว่าจะการกิน การดื่ม การกระทำ ที่อาจจะมีผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่น การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงตนเองของผู้ติดเชื้อ เพื่อไม่ให้ได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน รวมถึงการหลีกเลี่ยงวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ผลการศึกษาด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (ดูตารางที่ 4.5) พบว่าภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และเมื่อคนรักต้องการมีเพศสัมพันธ์ จะให้เขาใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สำหรับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์ และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชาและกาแฟ เป็นพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

4.3.7 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เพื่อที่จะทราบถึงการเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ โดยการศึกษาหาความรู้ การปฏิบัติตน การสังเกตอาการและการขอคำรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากความตระหนักและความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อ โดยการสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพทำให้ผู้ติดเชื้อมีอายุที่ยืนยาวได้ เสมือนคนปกติทั่วไป

ผลการศึกษาวฤทธิกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (คูตารางที่ 4.5) พบว่า ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อยู่สม่ำเสมอ สนใจข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพของตนเอง สอบถามแพทย์หรือพยาบาล ผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับอาการป่วย ทุกครั้งและรับประทานยาตามไวรัสตามที่แพทย์แนะนำและสม่ำเสมอ สำหรับการซื้อยามารับประทานเอง ในเวลาที่ตนเองเจ็บป่วยหรือไม่สบาย พบว่า เป็นพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

โดยสรุปผลการศึกษาวฤทธิกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนและพฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้

4.4 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ คือ การเข้ารับบริการด้านการแพทย์ คลินิก แม้กระทั่งร้านขายยา หมอพื้นบ้าน หมอเมือง หมอเป่า ทั้งนี้การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จะต้องมีความเหมาะสมและเพียงพอทุกที่ ทุกเวลา การบริการต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่ และตอบสนองตามข้อตกลงระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ มีความเหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละท้องถิ่น โดยที่ค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรค ไม่เกิดความล่าช้าหรือถูกปฏิเสธ แหล่งบริการควรอยู่ใกล้บ้านหรือชุมชน เท่าที่จะเป็นไปได้ และผลลัพธ์จากการบริการตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและเป็นธรรม เป็นความต้องการของผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการสังคม อย่างทั่วถึง นำไปสู่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังประสบปัญหา เนื่องจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ภาวะให้บริการผู้ป่วยอื่น ๆ จำนวนมาก งบประมาณและสถานที่รองรับผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อมีจำกัด และผู้ติดเชื้อเข้าไม่ถึงการบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ผู้ติดเชื้อบางคนมาใช้บริการในระยะแรก หลังจากนั้นก็หายไป ไม่ได้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง การรักษาไม่สะดวก สบาย บางคนไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ายานพาหนะเดินทาง ขั้นตอนการปฏิบัติ เมื่อมารักษามากเกินไปกว่าผู้รับบริการจะเข้าใจและเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทำให้ไม่ยอมมาใช้บริการเพราะทำให้ตนเองสูญเสียคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไป เนื่องจากต้องมาเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้ผู้บริการทราบ

การศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เป็นการประยุกต์ตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ที่อธิบายว่า มิติการเข้าถึงแหล่งบริการ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ (1) ความเพียงพอของบริการ (Availability) คือ ความสัมพันธ์ของความเพียงพอระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการ (2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งบริการได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และค่าใช้จ่าย (3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์แหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับผู้ใช้บริการว่าความสะดวกสบาย เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงานความสะดวกในการเข้ารับบริการ (4) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการและการประกันของผู้รับบริการหรือความต้องการกับรายได้ของผู้รับบริการ และ (5) การยอมรับคุณภาพการบริการ (Acceptability) คือ ทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ จากแนวคิดการเข้าถึงแหล่งบริการ ของ Penchansky and Thomas (1981) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดนี้ เพื่อสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้ติดเชื้อตามประเด็นที่ศึกษา โครงสร้างของคำถาม การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย (1) ด้านความเพียงพอของบริการ จำนวน 5 ข้อ (2) ด้านการรับบริการ จำนวน 4 ข้อ (3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 3 ข้อ (4) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 2 ข้อ และ (5) การยอมรับคุณภาพการบริการ จำนวน 6 ข้อ ผลการศึกษาที่ได้อธิบายตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.6 ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
ความเพียงพอของบริการ		
1. การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.41	มาก
2. การติดต่อประสานงานของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.40	มาก
3. การสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นแรงจูงใจให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.79	มาก
4. การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้มีความสะดวกใน	3.45	มาก
5. การมาใช้บริการสุขภาพ		
6. การแจ้งข้อมูลข่าวสาร จากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นประจำ และสม่ำเสมอ ช่วยให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.18	ปานกลาง
รวม	3.44	มาก
การรับบริการ		
7. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล มีความลำบากในการมาใช้บริการสุขภาพ	2.93	ปานกลาง
8. ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคในการมาใช้บริการ	2.94	ปานกลาง
9. ความยากลำบากในการเดินทาง ทำให้มาใช้บริการสุขภาพไม่เป็นไปตามแพทย์นัด	2.93	ปานกลาง
10. การรอคอยเป็นเวลานาน เพื่อรับการตรวจจากแพทย์ ทำให้ไม่ อยากมารับบริการสุขภาพ	2.81	ปานกลาง
รวม	2.90	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (n = 340)	\bar{X}	ระดับ
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก		
11. การมีช่องทางด่วน ทำให้อายากมาใช้บริการสุขภาพ	2.99	ปานกลาง
12. การมีคลินิกเฉพาะ ทำให้มีความสะดวกในการมาใช้บริการสุขภาพ	3.79	มาก
13. การให้บริการโดยกำหนดให้เป็นไปตามช่วงเวลา ช่วยอำนวยความสะดวกให้มาใช้บริการสุขภาพ	1.57	น้อยที่สุด
รวม	2.78	ปานกลาง
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ		
14. การมีปัญหาด้านการเงิน ทำให้ไม่สามารถมาใช้บริการสุขภาพให้เป็นไปตามแพทย์นัดได้	2.34	มาก
15. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้มาใช้บริการสุขภาพไม่ได้หรือไม่สม่ำเสมอ	2.29	มาก
รวม	2.32	มาก
การยอมรับคุณภาพการบริการ		
16. การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ช่วยให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพมากขึ้น	3.79	มาก
17. แหล่งบริการสุขภาพ จัดบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม มีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	3.70	มาก
18. ความเชื่อมั่นและศรัทธา ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีผลให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.97	มาก
19. การยอมรับ ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีผลให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	4.00	มาก
20. คุณภาพยา ของโรงพยาบาลมีผลให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	3.92	มาก
21. การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยี ทางการแพทย์ ที่ทันสมัยในการตรวจสุขภาพ มีผลให้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ	1.94	น้อย
รวม	3.55	มาก

จากตารางที่ 4.6 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้วิจัยจำแนกข้อคำถาม ออกเป็น 5 ด้าน (1) ความเพียงพอของบริการ (2) ด้านการรับบริการ (3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (4) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ (5) การยอมรับคุณภาพการบริการ ซึ่งผลการศึกษาได้อธิบายแต่ละด้าน ดังนี้

4.4.1 ด้านความเพียงพอของบริการ

เพื่อที่จะทราบถึงสิ่งที่ผู้รับได้รับการจากการบริการ ทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้บริการ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ความเพียงพอของบริการ มีความสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเนื่องจากการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อยอมรับตนเอง ยอมรับเปิดเผยตัวเองและยอมรับที่จะรักษาตนเองกับแหล่งบริการ ถ้าผู้ติดเชื้อไม่ยอมรับการรักษา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลทำให้อัตราการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

โครงสร้างคำถามด้านความเพียงพอของบริการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การประสานงาน การสนับสนุนจากญาติ ครอบครัวและเพื่อน การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่และการแจ้งข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 คำถาม

ผลการศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (ดูตารางที่ 4.6) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการสื่อสาร การติดต่อประสานงาน การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาใช้บริการสุขภาพและเข้าถึงแหล่งบริการ สำหรับการแจ้งข้อมูลข่าวสารจากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นประจำและสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ติดเชื้อมาใช้บริการสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง

4.4.2 การรับบริการ

เพื่อที่จะทราบถึงความสามารถไปใช้บริการและให้ได้รับสิทธิ ในการรับบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เป็นความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ติดเชื้อจะไปใช้บริการ ให้เกิดได้สะดวก เข้าถึงได้ง่าย ไม่ต้องมีปัญหาและอุปสรรค โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง ความยากลำบากและการรอคอย

การรับบริการเป็นการสอบถามความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะเข้าถึงแหล่งบริการ โครงสร้างคำถามด้านการรับบริการ ประกอบด้วยลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง ความยากลำบากและการรอคอย มีจำนวน 4 คำถาม

ผลการศึกษารับบริการสุขภาพ (ดูตารางที่ 4.6) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบ้านพักอาศัยถ้ามีความห่างไกลจากแหล่งบริการ ระยะทางจากบ้านมายังแหล่งบริการใช้เวลาในการเดินทางยาวนาน ความยากลำบากในการเดินทาง และการรอคอยเป็นเวลานานในการตรวจรักษาจากแพทย์ ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่อยากมารับบริการสุขภาพ

4.4.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก

เพื่อที่จะทราบถึงแหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับผู้ใช้บริการว่าความสะดวกสบายจากการเข้ารับบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นปัจจัยพื้นฐานและความต้องการของผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความต้องการที่จะเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นการศึกษาแหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับผู้ใช้บริการ ให้เกิดความสะดวก โครงสร้างคำถาม ประกอบด้วย ช่องทางด่วน คลินิกเฉพาะ และช่วงเวลาของการปฏิบัติงาน ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการ มีจำนวน 3 คำถาม

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (ดูตารางที่ 4.6) พบว่า การมีคลินิกเฉพาะ สำหรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสะดวกในการมาใช้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก การมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้ออยากมาใช้บริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และการให้บริการโดยกำหนดให้เป็นไปตามช่วงเวลา ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อ มาใช้บริการสุขภาพ พบว่า เป็นจริงน้อยที่สุด ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

4.4.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ

เพื่อที่จะทราบถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้ติดเชื้อเมื่อมารับบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งความสามารถในการจ่ายค่าบริการในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากการรักษา ต้องจ่ายเป็นจำนวนเงิน เท่านั้น

ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ เป็นการประกันตนเองของผู้รับบริการ หรือความต้องการกับรายได้ของผู้รับบริการ โครงสร้างคำถามได้กำหนดคำถามความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วย ปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวน 2 คำถาม

ผลการศึกษารับบริการสุขภาพ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ทำให้ผู้ติดเชื้อ เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (ดูตารางที่ 4.6) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการมีปัญหาด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ติดเชื้อมาใช้บริการสุขภาพ ไม่ได้หรือมาไม่สม่ำเสมอ และไม่ต้องการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

4.4.5 การยอมรับคุณภาพบริการ

เพื่อที่จะทราบถึงการตอบสนองของบริการสาธารณสุขให้กับผู้มารับบริการ ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานและอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

การยอมรับคุณภาพการบริการ เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ โครงสร้างคำถามได้กำหนดคำถามการยอมรับคุณภาพการบริการ ประกอบด้วยคุณภาพการบริการ การจัดการบริการได้ครอบคลุม ความเชื่อมั่นและศรัทธา การยอมรับ คุณภาพยาต้านไวรัสและการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ จำนวน 6 คำถาม

ผลการศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (ดูตารางที่ 4.6) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แหล่งบริการสุขภาพจัดบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม ความเชื่อมั่น ศรัทธา การยอมรับ ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ และคุณภาพยา ของโรงพยาบาล มีผลให้ผู้คิดเชื่อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับมาก สำหรับการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยี ทางทางการแพทย์ ที่ทันสมัยในการตรวจสุขภาพ มีผลให้ผู้คิดเชื่อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

โดยสรุปการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับคุณภาพบริการ มีผลทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการ อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการรับบริการและด้านความสะดวก สิ่งอำนวยความสะดวก มีผลทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง

4.5 ลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี

การศึกษาลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) ความสัมพันธ์ลักษณะประชากรกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยอ่านค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01, 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้

สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ สรุปได้ดังนี้

4.5.1 ความสัมพันธ์ลักษณะประชากร กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ลักษณะประชากรกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เป็นการจำแนกว่าลักษณะประชากรของผู้ติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยทดสอบค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r)

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.7 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการตีตรา

ข้อมูลทั่วไป		SM 1	SM 2	SM 3	SM 4
เพศ	Pearson Correlation	0.023	0.079	0.036	0.121*
	Sig.(2 tailed)	0.667	0.148	0.511	0.026
	N	340	340	340	340
อายุ	Pearson Correlation	0.014	0.054	0.009	0.037
	Sig.(2 tailed)	0.791	0.319	0.867	0.493
	N	340	340	340	340
ระดับการศึกษา	Pearson Correlation	0.040	0.004	0.049	0.082
	Sig.(2 tailed)	0.791	0.944	0.366	0.131
	N	330	330	330	330
อาชีพ	Pearson Correlation	0.012	0.045	0.000	0.023
	Sig.(2 tailed)	0.827	0.405	0.998	0.670
	N	332	332	332	332
สถานภาพสมรส	Pearson Correlation	0.019	0.030	0.103	0.093
	Sig.(2 tailed)	0.721	0.578	0.059	0.087
	N	340	340	340	340

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		SM 1	SM 2	SM 3	SM 4
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน	Pearson Correlation	0.142**	0.152**	0.014	0.102
	Sig.(2 tailed)	0.009	0.005	0.793	0.060
	N	340	340	340	340
ความเพียงพอของรายได้	Pearson Correlation	0.169**	0.192**	0.058	0.132*
	Sig.(2 tailed)	0.002	0.000	0.287	0.015
	N	340	340	340	340
ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	Pearson Correlation	0.019	0.048	0.024	0.079
	Sig.(2 tailed)	0.729	0.380	0.653	0.145
	N	338	338	338	338

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ** มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01
 SM 1 = ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ SM 2 = ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 SM 3 = ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง SM 4 = ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น

จากตารางที่ 4.7 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการตีตรา พบว่า (1) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.142$ และ 0.169) ตามลำดับ (2) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.152$ และ 0.192) ตามลำดับ (3) เพศมีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.121$) และ (4) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.132$)

ตารางที่ 4.8 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป		BH1	BH2	BH3	BH4	BH5	BH6	BH7
เพศ	Pearson Correlation	0.021	0.059	0.058	0.075	0.052	0.036	0.119*
	Sig.(2 tailed)	0.701	0.278	0.300	0.166	0.344	0.504	0.028
	N	340	340	340	340	340	340	340
อายุ	Pearson Correlation	0.001	0.071	0.071	0.019	0.037	0.064	0.166**
	Sig.(2 tailed)	0.992	0.192	0.193	0.727	0.497	0.237	0.002
	N	340	340	340	340	340	340	340
ระดับการศึกษา	Pearson Correlation	0.018	0.005	0.024	0.006	0.127*	0.009	0.039
	Sig.(2 tailed)	0.737	0.924	0.658	0.912	0.019	0.868	0.477
	N	330	330	330	330	330	330	330
อาชีพ	Pearson Correlation	0.089	0.022	0.001	0.005	0.035	0.028	0.084
	Sig.(2 tailed)	0.101	0.691	0.985	0.934	0.518	0.604	0.121
	N	332	332	332	332	332	332	332
สถานภาพสมรส	Pearson Correlation	0.015	0.075	0.049	0.015	0.004	0.037	0.076
	Sig.(2 tailed)	0.789	0.166	0.365	0.782	0.946	0.495	0.164
	N	340	340	340	340	340	340	340
รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน	Pearson Correlation	0.043	0.006	0.009	0.090	0.010	0.061	0.112*
	Sig.(2 tailed)	0.428	0.917	0.868	0.098	0.852	0.261	0.039
	N	340	340	340	340	340	340	340
ความเพียงพอของ รายได้	Pearson Correlation	0.007	0.004	0.028	0.033	0.083	0.072	0.120*
	Sig.(2 tailed)	0.894	0.948	0.610	0.550	0.128	0.184	0.027
	N	340	340	340	340	340	340	340
ระบบหลักประกัน สุขภาพที่ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	Pearson Correlation	0.066	0.042	0.016	0.010	0.100	0.053	0.032
	Sig.(2 tailed)	0.226	0.440	0.775	0.852	0.065	0.329	0.559
	N	338	338	338	338	338	338	338

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ** มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

BH 1 = พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม BH 2= พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม BH 3 = พฤติกรรมการออกกำลังกาย BH 4 = พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน BH 5 = พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ BH 6 = พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ BH 7 = พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 4.8 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.119$) (2) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.166$) 3) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะอารมณ์ (BH5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.127$) (4) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.112$) และ (5) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.027$)

ตารางที่ 4.9 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการเข้าถึงแหล่งบริการ

ข้อมูลทั่วไป		AC1	AC2	AC3	AC4	AC5
เพศ	Pearson Correlation	0.137*	0.061	0.099	0.056	0.036
	Sig.(2 tailed)	0.012	0.261	0.069	0.300	0.513
	N	340	340	340	340	340
อายุ	Pearson Correlation	0.032	0.006	0.001	0.073	0.057
	Sig.(2 tailed)	0.557	0.916	0.989	0.179	0.299
	N	340	340	340	340	340
ระดับการศึกษา	Pearson Correlation	0.146**	0.143**	0.087	0.004	0.040
	Sig.(2 tailed)	0.007	0.008	0.061	0.937	0.467
	N	330	330	330	330	330
อาชีพ	Pearson Correlation	0.069	0.044	0.025	0.019	0.078
	Sig.(2 tailed)	0.203	0.423	0.649	0.733	0.151
	N	332	332	332	332	332
สถานภาพสมรส	Pearson Correlation	0.047	0.145**	0.035	0.033	0.103
	Sig.(2 tailed)	0.390	0.007	0.549	0.545	0.057
	N	340	340	340	340	340

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		AC1	AC2	AC3	AC4	AC5
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย ต่อเดือน	Pearson Correlation	0.046	0.008	0.047	0.103	0.014
	Sig.(2 tailed)	0.399	0.883	0.390	0.058	0.804
	N	340	340	340	340	340
ความเพียงพอของรายได้	Pearson Correlation	0.025	0.047	0.128*	0.036	0.028
	Sig.(2 tailed)	0.651	0.384	0.018	0.508	0.612
	N	340	340	340	340	340
ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช่ อยู่ในปัจจุบัน	Pearson Correlation	0.104	0.095	0.080	0.030	0.108*
	Sig.(2 tailed)	0.055	0.081	0.139	0.579	0.047
	N	338	338	338	338	338

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ** มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01
 AC 1 = ด้านความเพียงพอของบริการ AC 2 = ด้านการรับบริการ AC 3 = ด้านความ
 สะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก AC 4 = ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ
 AC 5 = การยอมรับคุณภาพการบริการ

จากตารางที่ 4.9 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการ
 เข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอ
 ของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.137$) (2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึง
 แหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.146$)
 ตามลำดับ (3) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
 ด้านการรับบริการ (AC2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.143$ และ 0.145) ตามลำดับ (4) ความเพียงพอ
 ของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก
 (AC3) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.128$) และ (5) ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
 มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านการยอมรับคุณภาพการบริการ (AC4) ที่ระดับ
 นัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.108$)

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เป็นการจำแนกว่าประวัตินิยมเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยทดสอบค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.10 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วย กับ การตีตรา

ประวัตินิยมเจ็บป่วย		SM1	SM2	SM3	SM4
ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ	Pearson Correlation	0.065	0.070	0.001	0.031
	Sig.(2 tailed)	0.230	0.0201	0.991	0.563
	N	340	340	340	340
การได้รับยาต้านไวรัส	Pearson Correlation	0.063	0.066	0.009	0.017
	Sig.(2 tailed)	0.301	0.276	0.887	0.782
	N	275	275	275	275

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ** มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01
 SM 1 = ด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ SM 2 = ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม SM 3 = ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง SM 4 = ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น

จากตารางที่ 4.10 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วย กับ การตีตรา พบว่า ประวัตินิยมเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา

ตารางที่ 4.11 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวิตความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพ

ประวิตความเจ็บป่วย		BH 1	BH 2	BH 3	BH 4	BH 5	BH 6	BH 7
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็น	Pearson Correlation	0.032	0.007	0.036	0.086	0.038	0.064	0.290**
ตนเองติดเชื้อ	Sig.(2 tailed)	0.554	0.897	0.509	0.113	0.487	0.239	0.000
	N	340	340	340	340	340	340	340
การได้รับยาต้านไวรัส	Pearson Correlation	0.129*	0.002	0.022	0.046	0.091	0.078	0.037
	Sig.(2 tailed)	0.032	0.976	0.721	0.448	0.134	0.196	0.543
	N	275	275	275	275	275	275	275

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ** มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01
 BH 1 = พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม BH 2= พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม BH 3 = พฤติกรรมการออกกำลังกาย BH 4 = พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน BH 5 = พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ BH 6 = พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ BH 7 = พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 4.11 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวิตความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นตนเองติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.290$) และการได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (BH1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.192$)

ตารางที่ 4.12 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมผู้ป่วย กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ประวัตินิยมผู้ป่วย		AC1	AC2	AC3	AC4	AC5
ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อ	Pearson Correlation	0.101	0.022	0.051	0.118*	0.015
	Sig.(2 tailed)	0.062	0.691	0.346	0.030	0.784
	N	340	340	340	340	340
การได้รับยาต้านไวรัส	Pearson Correlation	0.023	0.071	0.058	0.030	0.030
	Sig.(2 tailed)	0.704	0.241	0.341	0.616	0.617
	N	340	340	340	340	340

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

AC 1 = ด้านความเพียงพอของบริการ AC 2 = ด้านการรับบริการ AC 3 = ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก AC 4 = ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ AC 5 = การยอมรับคุณภาพการบริการ

จากตารางที่ 4.12 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมผู้ป่วย ของกลุ่มตัวอย่างกับ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (AC4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.118$) ตามลำดับ

4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดตาม กับพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) ความสัมพันธ์ระหว่างการติดตาม กับพฤติกรรมสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างการติดตาม กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยอ่านค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01, 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ สรุปได้ดังนี้

4.7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจำแนกว่าการติตราด้านใดมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยทดสอบค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.13 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการติตรากับพฤติกรรมสุขภาพ

การติตรา		BH 1	BH 2	BH 3	BH 4	BH 5	BH 6	BH 7
ความรังเกียจเคี้ยว มัน (SM1)	Pearson Correlation	0.057	0.014	0.035	0.025	0.125*	0.028	0.071
	Sig.(2 tailed)	0.292	0.797	0.515	0.648	0.022	0.741	0.192
	N	340	340	340	340	340	340	340
การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม (SM2)	Pearson Correlation	0.043	0.014	0.049	0.081	0.160*	0.023	0.060
	Sig.(2 tailed)	0.426	0.797	0.372	0.136	0.024	0.651	0.270
	N	340	340	340	340	340	340	340
การประเมินคุณค่า ตนเอง (SM3)	Pearson Correlation	0.042	0.053	0.092	0.027	0.055	0.002	0.019
	Sig.(2 tailed)	0.444	0.330	0.090	0.624	0.314	0.965	0.726
	N	340	340	340	340	340	340	340
การประเมินคุณค่า จากผู้อื่น (SM4)	Pearson Correlation	0.031	0.011	0.014	0.072	0.025	0.024	0.043
	Sig.(2 tailed)	0.563	0.064	0.058	0.187	0.651	0.658	0.424
	N	340	340	340	340	340	340	340

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

BH 1 = พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม BH 2= พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม BH 3 = พฤติกรรมการออกกำลังกาย BH 4 = พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน BH 5 = พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ BH 6 = พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ BH 7 = พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 4.13 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างการตีตรากับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ (BH 5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.022$ และ 0.024) ตามลำดับ

4.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของคิดเชื่อ เป็นการจำแนก ว่าการตีตราด้านใดมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยทดสอบค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.14 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการตีตรากับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

การตีตรา		AC 1	AC 2	AC 3	AC 4	AC 5
ความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1)	Pearson Correlation	0.022	0.023	0.058	0.034	0.001
	Sig.(2 tailed)	0.124	0.224	0.287	0.535	0.991
	N	340	340	340	340	340
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2)	Pearson Correlation	0.108*	0.016	0.051	0.010	0.026
	Sig.(2 tailed)	0.047	0.786	0.344	0.855	0.627
	N	340	340	340	340	340
การประเมินคุณค่าตนเอง (SM3)	Pearson Correlation	0.007	0.014	0.015	0.104	0.007
	Sig.(2 tailed)	0.903	0.792	0.782	0.055	0.896
	N	340	340	340	340	340
การประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4)	Pearson Correlation	0.006	0.027	0.044	0.001	0.015
	Sig.(2 tailed)	0.905	0.614	0.414	0.987	0.787
	N	340	340	340	340	340

หมายเหตุ. * มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

AC 1 = ด้านความเพียงพอของบริการ AC 2 = ด้านการรับบริการ AC 3 = ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก AC 4 = ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ AC 5 = การยอมรับคุณภาพการบริการ

จากตารางที่ 4.14 เมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างการติดต่อกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.04$)

โดยสรุปจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์การติดต่อกับผู้คิดเชื่อ พบว่า ด้านการประเมินคุณค่าตนเอง ผู้คิดเชื่อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นและด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ ผู้คิดเชื่อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์จากผู้อื่น ผู้คิดเชื่อรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับน้อย

พฤติกรรมสุขภาพผู้คิดเชื่อ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่ม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน และพฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้

การเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า ด้านความพึงพอใจของบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับคุณภาพบริการ มีผลทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการ อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการรับบริการและด้านความสะดวก สิ่งอำนวยความสะดวก มีผลทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการติดต่อกับผู้คิดเชื่อ พบว่า (1) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนและความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรังเกียจเดียดฉันท์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (2) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนและความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (3) เพศและความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า (1) เพศ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนและความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (2) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (3) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะอารมณ์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบริการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบริการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (3) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการรับบริการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (4) ความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์กับ

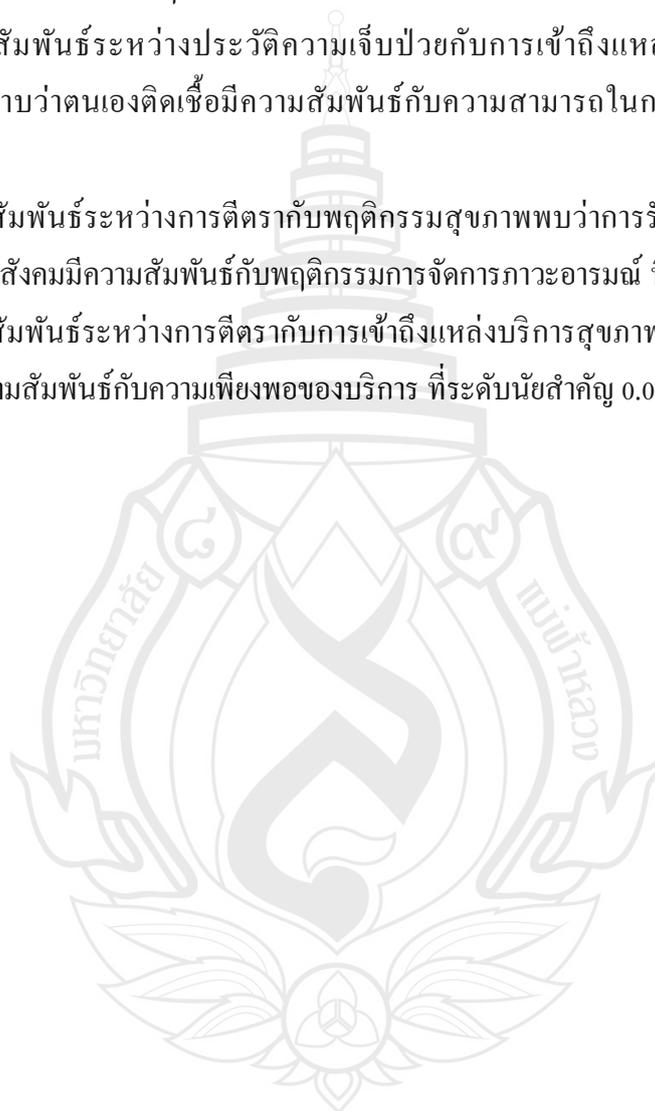
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ (5) ระบบหลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับคุณภาพการบริการที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และการได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำดื่ม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิยมเจ็บป่วยกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดรากับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าการรังเกียจเฉียดฉุนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการภาวะอารมณ์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดรากับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของบริการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของขนาดประชากร (Proportional to size) แต่ละอำเภอ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมผู้ให้การสัมภาษณ์แต่ละราย

จากการศึกษาพบว่าวิถีชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดน่าน เหมือนกับผู้ติดเชื้อในพื้นที่อื่น ๆ มีทั้งเปิดเผยตัวเองและไม่เปิดเผยตัวเอง สำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัวเอง ในเมื่อร่างกายไม่ปรากฏอาการ ทั้งที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ก็พยายามที่จะปกปิดตัวเอง ไม่ยอมรับสภาพการติดเชื้อและไม่รับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวเอง อาจจะถูกปฏิเสธ ถูกกีดกัน ต่อต้าน ลิดรอนสิทธิประโยชน์ และลดโอกาสในการรับบริการต่าง ๆ จากสังคม จากบุคคลรอบข้าง จากสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้ต้องอยู่แบบหลบ ๆ ซ่อน ๆ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สำหรับผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัส บางคนมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเกิดความรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการใช้ยา และคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสนั้น ทำให้ตนเองถูกแปลกแยกออกจากสังคม และผู้ติดเชื้อบางคนคิดว่าเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะที่มีอาการป่วยด้วยโรคเอดส์แล้วต้องเสียชีวิตในที่สุด ทำให้ไม่มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความหวังให้ตนเอง สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้สามารถสรุปผลของการศึกษา ดังนี้

5.1.1 การตีตรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาในประเด็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตรา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ความรังเกียจเดียดฉัน (2) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3) การประเมินคุณค่าตนเองและ (4) การประเมินคุณค่าจากผู้อื่น ผลการศึกษา ดังนี้

5.1.1.1 ความรังเกียจเดียดฉัน ภาพรวมมีการตีตราอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งวัดระดับจาก ประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ เช่น คนในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ หรือญาติพี่น้องแสดงความ รังเกียจ เวลาที่พบกับผู้ติดเชื้อมีความเบื่อบ่น ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้ออยู่ใกล้ ๆ และมีความรู้สึกต่อ การสัมผัส เช่น ไม่ต้องการจับมือถือแขน ถูกเนื้อต้องตัว ในด้านสายตาได้ตั้งคำถามถึงการมองเห็น คือ ไม่อยากมองผู้ติดเชื้อ และสำหรับการรับรู้รับทราบตลอดจนความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อว่ามี ความสัมพันธ์กับการเป็นตัวตน ค่านิยมและพฤติกรรม ได้สอบถามถึงความคิดเห็นว่า คนทั่วไปยัง เข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเป็นคนประพฤติน่ากลัวหรือประพฤติน่าพิศุทธิ์ โดยที่จะส่งผลทำให้เพื่อน ๆ ไม่ ต้องการคบหาสมาคมหรือพูดคุย ซึ่งรวมไปถึงความไม่ต้องการไปเที่ยวหาที่บ้าน การสอบถามยังรวม ไปถึงความรู้สึกที่ต้องการอยู่ห่าง ๆ ไม่กล้ามองไปยังผู้ติดเชื้อ เช่น แกล้งทำเป็นมองไม่เห็น จาก ประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ ระดับปานกลาง จำนวน 8 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 5 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อยังคงถูกรังเกียจ เดียดฉันและแสดงความเบื่อบ่น จากคนใกล้ชิดภายในครอบครัว ญาติพี่น้องและคนอื่นทั่วไป

5.1.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ภาพรวมมีการตีตราอยู่ในระดับน้อย ซึ่งวัดระดับ จากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ เช่น ผู้ติดเชื้อถ้าไม่เปิดเผยตนเอง ไม่มีอาการของโรคปรากฏ ตามร่างกาย คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือคนในสังคม ก็ไม่มีใครทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ก็จะไม่ถูก รังเกียจ ดูถูก หรือเหยียดหยาม จากผู้อื่น ทำให้เมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนก็เหมือนคนปกติทั่วไปและมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันระหว่างญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน มีการใช้ ห้างน้ำร่วมกันหรือมีการ โทรศัพท์ติดต่อ พูดคุย มีการไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้จากการเข้ารับ การรักษาแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ยังปฏิบัติกับตนเองไม่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม โดยผลการวัด อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 7 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 8 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่การตีตรา การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย แสดงว่าผู้ติดเชื้อยังมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และสังคมอยู่

5.1.1.3 การประเมินคุณค่าตนเอง ภาพรวมมีการตีตราอยู่ในระดับมาก ซึ่งวัดจากระดับ ประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เช่น ผลกระทบจากจิตใจที่ผู้ติดเชื้อได้รับจากสังคม คือ ไม่มีสังคม เพื่อนบ้าน ไม่ไปมาหาสู่เหมือนเดิม ทำให้ผู้ติดเชื้อมองตนเองว่าเป็นคนโชคร้าย น่าสงสาร น่ารังเกียจ

ของสังคม ไร้คุณค่า น่ากลัว เป็นคนโง่ ไม่ฉลาด ผิดศีลธรรม มีกรรม มีบาป ประมาทในการใช้ชีวิต และ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ทำให้ผู้ติดเชื่อถูกกีดกันและถูกแปลกแยกออกจากสังคม และมีความรู้สึกที่ เกิดจากการมองตนเองว่าตนเองนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่น ส่งผลทำให้ตนเองรู้สึกอับอาย เกือบตนเอง และประณามตนเอง จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ คำถาม โดยผลการวัดอยู่ระดับมาก จำนวน 10 ข้อ และระดับปานกลาง จำนวน 5 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื่อยังไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากความรู้สึกและการรับรู้ จากตนเอง

5.1.1.4 การประเมินคุณค่าจากผู้อื่น ภาพรวมมีการตีตราในระดับปานกลาง ซึ่งวัดจากระดับประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เช่น ผู้ติดเชื่อคิดว่าคนทั่วไปมองตนเองเป็นคนไม่มีอันตราย ไม่มีผลร้ายต่อผู้อื่น ในด้านสังคม มองว่าเป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ เป็นคนที่สังคมควรให้อภัย เป็นคนที่มีคุณค่า แต่ในบางครั้งคนทั่วไปยังมองว่าผู้ติดเชื่อเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม ประมาทในการใช้ชีวิต ส่งผลทำให้ตนเองเสื่อมเสีย หมดศรัทธาจากผู้อื่น บางครั้งต้องการขับไล่ไปให้พ้น หรือมองผู้ติดเชื่อว่าเป็นบุคคลที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปของสังคม จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 16 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับมาก 3 ข้อ ปานกลาง จำนวน 10 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 3 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื่อยังรับรู้ว่าคุณค่าตนเองถูกมองจากผู้อื่นว่าเป็นคนที่น่าเกลียดของสังคม ประมาทในการใช้ชีวิต ผิดศีลธรรม

5.1.2 พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ในการศึกษาประเด็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื่อ จำนวน 7 ประเด็น ได้แก่ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม (3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (4) พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน (5) พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ (6) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ (7) พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผลการศึกษา ดังนี้

5.1.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม ภาพรวมผู้ติดเชื่อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ข้าว ถั่ว เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และชอบรับประทานอาหารที่อร่อย เช่น ผัก ปลา และผลไม้ เพื่อสะดวกต่อการขับถ่ายและป้องกันอาการท้องอืด สำหรับการรับประทานอาหารทุก ๆ คีบ ๆ หรือ อาหารคืบและอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาซึ่ม ปลาร้า เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำ

เป็นประจำ 3 ข้อ และทำเป็นบางครั้ง จำนวน 2 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งถือว่าผู้ติดเชื้อยังคงรับรู้และรับทราบถึงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองด้วยการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ถูกต้อง

5.1.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย เครื่องนุ่มห่มต่าง ๆ ให้สะอาด ด้วยการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ ในที่อยู่อาศัยมีการจัดสภาพแวดล้อมบ้านเรือนให้สะอาด น่าอยู่ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่นเหม็นหรืออับชื้น และไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์นำโรคต่าง ๆ บริเวณที่อยู่อาศัย เช่น หนู ยุง แมลงวัน เป็นต้น ทั้งนี้มีการทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำและถูสบู่ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง สระผมอย่างสม่ำเสมอ แปรงฟันและลิ้นในตอนเช้าและก่อนนอน ทุกวัน จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 5 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งถือว่าผู้ติดเชื้อยังคงรับรู้และรับทราบถึงพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง

5.1.2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกาย เนื่องจากต้องทำงานเป็นประจำทุกวัน และคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย จึงมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้งในวันที่ว่างจากงานประจำ ทั้งนี้การออกกำลังกายในแต่ละครั้งก็ไม่มีการเตรียมความพร้อมของร่างกาย เพราะคิดว่าการทำงานแต่ละครั้งก็มีการเตรียมความพร้อมของร่างกายอยู่แล้ว และไม่มีการเลือกประเภทก่อนการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ติดเชื้อคิดว่า เมื่อตนเองไม่มีอาการป่วย ประเภทของการออกกำลังกายก็เหมือนกับคนปกติทั่วไป ไม่มีการเลือกรูปแบบในการออกกำลังกาย จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 1 ข้อ และทำเป็นบางครั้ง 4 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ทั้งนี้ถ้าผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ยับยั้งการทำลายภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นผลกระทบของภาวะเครียดและวิตกกังวล

5.1.2.4 พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการนอนดึก และถ้านอนไม่หลับ จะอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ เพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ ผู้ติดเชื้อพยายามจะทำจิตใจให้สบายและคิดว่าไหน ๆ ก็เป็นผู้ติดเชื้อไปแล้ว ไม่คิดมาก เมื่อมีเวลาที่จะพักผ่อน และเมื่อเกิดอาการอ่อนเพลียจะพยายามพักผ่อน ไม่ฝืนทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ ซึ่งกิจกรรมพักผ่อน

นั้นเป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย ความเครียดต่าง ๆ การพักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจด้วยการนอนหลับที่สนิท ตามความต้องการของตนเอง จะทำให้มีสุขภาพดี เพราะขณะที่พักผ่อนอยู่นั้น การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหารและแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกาย จะเป็นไปโดยสม่ำเสมอและเต็มที่ที่ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 3 ข้อ ทำเป็นบางครั้ง 2 ข้อ และไม่เคยทำ 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้ต้องสร้างการรับรู้และทำความเข้าใจ ให้เห็นถึงความสำคัญของการนอนหลับหรือพักผ่อนในผู้ติดเชื้อ

5.1.2.5 พฤติกรรมด้านการจัดการกับภาวะอารมณ์ ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การยึดหลักศาสนา สวดมนต์ ภาวนา ฟังสมาธิ เข้าโบสถ์ หรือทำละหมาด เพื่อลดความวิตกกังวล มีการสร้างความหวังให้กับตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดี มีความมุ่งมั่น พยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีเหตุผล ในด้านการมองภาพลักษณ์ตนเอง ไม่คิดเปรียบเทียบกับคนที่ดีกว่า แต่จะมองคนที่ยากลำบากกว่า หรือยากจนกว่า ทั้งนี้การระบายข้อคับข้องใจและความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจนั้น ผู้ติดเชื้อจะพูกระบายความไม่สบายใจหรือวิตกกังวลกับคนใกล้ชิด เช่น กับญาติพี่น้อง สามีหรือภรรยา เท่านั้น จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 2 ข้อ ทำเป็นบางครั้ง 2 ข้อ และไม่เคยทำ 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อยังคงไม่มีพฤติกรรมจัดการกับภาวะอารมณ์ที่ถูกต้องทุกครั้ง และสม่ำเสมอ เพื่อจะสามารถแก้ไขปัญหาก็กับตนเอง

5.1.2.6 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ภาพรวมผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือคนอื่น ๆ จะให้เขาใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อได้มีการตระหนักดีว่าการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงจะป้องกันไม่ให้เกิดการรับเชื้อเพิ่มขึ้น ตลอดจนป้องกันมิให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งนำไปสู่อาการแสดงต่าง ๆ ของโรคได้ ถ้ามีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและไม่นำเชื้อโรคไปแพร่สู่ผู้อื่น ถือว่าตนเองมีการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้เข้าไปเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในเรื่อง การป้องกันโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์ และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีนเช่น ชาและกาแฟ เป็นพฤติกรรมที่ทำเป็นบางครั้ง ทั้งนี้เพราะผู้ติดเชื้อคิดว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นการดื่มภาพความทรงจำที่มีอยู่หรือที่ตนเองได้รับจากการติดเชื้อเอชไอวี

เพิ่มความสนุกสนานให้กับตนเองและสร้างกำลังใจให้กับตนเองว่า ยังมีเพื่อนที่คบหาอยู่ สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เป็นเรื่องปกติที่สามารถทำได้ เพราะไม่มีโทษต่อร่างกายมากนัก จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 3 ข้อ และทำเป็นบางครั้ง 2 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื่อมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นมิติที่ดี เพราะหากอยู่ในระดับพอใช้หรือควรปรับปรุง แสดงว่าผู้ติดเชื่อยังไม่ตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

5.1.2.7 พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ภาพรวมผู้ติดเชื่อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อยู่สม่ำเสมอ สนใจข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ และการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งจะสอบถามแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับอาการป่วย ทุกครั้ง เพื่อให้ตนเองสบายใจและหายป่วยจากโรค พร้อมทั้งมีการรับประทานยาต้านไวรัสตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการซื้อยามารับประทานเอง ในเวลาที่ตนเองเจ็บป่วยหรือไม่สบาย พบว่า เป็นพฤติกรรมที่ทำเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่ผู้ที่ซื้อมารับประทานเป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาพาราเซตามอล ยาแก้ไอ ยาแก้คันตามผิวหนัง ยาแก้ปวดต่าง ๆ เพื่อรักษาตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่เมื่อมีการป่วยด้วยอาการหนักหรือเจ็บป่วยมาก ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเท่านั้น จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับทำเป็นประจำ 4 ข้อ และทำเป็นบางครั้ง 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื่อมีพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดี เพราะหากอยู่ในระดับพอใช้หรือควรปรับปรุง แสดงว่าผู้ติดเชื่อยังไม่ตระหนักและยังขาดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

5.1.3 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ในการศึกษาประเด็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพผู้ติดเชื่อจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความเพียงพอของบริการ (2) ด้านการรับบริการ (3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (4) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ (5) การยอมรับคุณภาพการบริการ ผลการศึกษา ดังนี้

5.1.3.1 ความเพียงพอของบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ การสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ด้วยการพูดจาเป็นกันเอง ไพเราะ อ่อนหวาน สร้างกำลังใจผู้ติดเชื่อทุกครั้งเมื่อมารับบริการจากหน่วยบริการ สาธารณสุขเป็นประจำและสม่ำเสมอ การติดต่อประสานงานผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือระบบสังคม

ออนไลน์ (Social network) เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ เพื่อแจ้งวันที่นัดมาพบแพทย์ นัดมาพบกลุ่ม หรือป้องกันการลืมนัดหมาย และการสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน ที่คอยให้กำลังใจ และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อมีความตั้งใจที่จะยอมรับตนเอง เปิดเผยตนเองและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สำหรับการแจ้งข้อมูลข่าวสาร จากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นประจำและสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการแจ้งระบบข้อมูลผ่านไปยังสถานพยาบาลในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ทำให้ข้อมูลผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการปกปิด บุคคลอื่น รับรู้ได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อ จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยผลการวัดอยู่ระดับมาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมยังคงมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

5.1.3.2 การรับบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ สถานที่ตั้งของแหล่งบริการมีความยากลำบากในการมาใช้บริการ เช่น ความห่างไกลระหว่างที่พักอาศัยมายังโรงพยาบาล การเดินทางมาในแต่ละครั้งใช้เวลาในการเดินทางยาวนาน มีความยากลำบากในการเดินทาง เช่น ขับรถมอเตอร์ไซค์ไม่เป็น ขับรถยนต์ไม่ได้เส้นทางที่จะมายังโรงพยาบาลไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่าน ต้องจ้างเหมารถอื่น ๆ มาส่ง และเมื่อมาใช้บริการในแต่ละครั้งต้องรอตรวจรักษาจากแพทย์โดยใช้เวลาานาน ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ยอมมารับบริการสุขภาพ จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับปานกลาง 4 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเข้าถึงแหล่งยังคงมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

5.1.3.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การมีคลินิกเฉพาะ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสะดวกในการมาใช้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่ต้องไปปะปนกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในบางครั้งเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัวเองก็ไม่ต้องการที่จะให้ใครรับทราบสถานะของตนเอง การมีช่องทางด่วน ทำให้ผู้ติดเชื้ออยากมาใช้บริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสะดวกสบาย รวดเร็ว คล่องตัว ในการมาใช้บริการในแต่ละครั้ง สำหรับการให้บริการโดยกำหนดให้เป็นไปตามช่วงเวลา ที่ถูกกำหนดจากโรงพยาบาลนั้น ๆ ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อมาใช้บริการสุขภาพและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พบว่า ไม่เป็นจริงเลย เนื่องจากผู้ติดเชื้อบางคนต้องทำงาน ตัดงาน ดัดเรียน การที่กำหนดให้การบริการเป็นไปตามช่วงเวลานั้น ๆ ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อขาดนัด หรือไม่สะดวกที่จะมารับบริการในแต่ละครั้ง จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 3 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับมาก 1 ข้อ ระดับปานกลาง 1 ข้อ และระดับ

ไม่เป็นจริงเลย 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกยังคงมีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการ

5.1.3.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การมีปัญหาด้านการเงิน เช่น ไม่มีเงินในการเดินทางมายังแหล่งบริการ ไม่มีเงินเพื่อการดำรงชีพ และเมื่อมาใช้บริการแต่ละครั้งต้องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้คิดเชื่อมาใช้บริการสุขภาพไม่ได้หรือมาไม่สม่ำเสมอ จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 2 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับมาก 2 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความสามารถในการจ่ายค่าบริการยังคงมีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการ

5.1.3.5 การยอมรับคุณภาพบริการทำให้ผู้คิดเชื่อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งวัดระดับจากประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แหล่งบริการสุขภาพจัดบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่จำเป็นสำหรับผู้คิดเชื่อ ช่วยทำให้สร้างความเชื่อมั่น ศรัทธา การยอมรับ ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ รวมถึงคุณภาพยา ของโรงพยาบาล ถ้าผู้คิดเชื่อรับประทานยาต้านไวรัส แล้วเกิดผลที่ดีต่อสุขภาพ ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นตามลำดับ มีผลให้ผู้คิดเชื่อรายอื่นที่เป็นผู้คิดเชื่อแล้วไม่ยอมรับตนเอง ปกปิดตนเอง กล้าที่จะเปิดเผยตนเองและเข้ามาใช้บริการสุขภาพมากขึ้น สำหรับการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ทันสมัยในการตรวจสุขภาพ มีผลให้ผู้คิดเชื่อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้คิดเชื่อไม่ได้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีใด ๆ เลยในการตรวจสุขภาพร่างกาย จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้สอบถามในส่วนนี้มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม โดยผลการวัดระดับอยู่ระดับมาก 5 ข้อ และระดับน้อย 1 ข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการยอมรับคุณภาพการบริการมีผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการ

5.1.4 ลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาประเด็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและประวัติความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้คิดเชื่อ ซึ่งผู้วิจัยจำแนกความสัมพันธ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ (1) ความสัมพันธ์ลักษณะทางประชากรกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการตีตรา พบว่า (1) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.142$ และ 0.169) ตามลำดับ (2) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.152$ และ 0.192) ตามลำดับ (3) เพศมีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.121$) และ (4) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านการประเมินคุณค่าส่วนจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.132$)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.119$) (2) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.166$) (3) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะอารมณ์ (BH5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.127$) (4) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.112$) และ (5) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.027$)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.137$) (2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.146$) (3) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านการรับบริการ (AC2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.143$ และ 0.145) ตามลำดับ (4) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (AC3) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.128$) และ (5) ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านการยอมรับคุณภาพการบริการ (AC4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.108$)

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วย กับ การตีตรา พบว่า ประวัติความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.290$) และการได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (BH1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.192$)

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิสัยการเจ็บป่วยกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณเองติดเชื่อ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (AC4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.118$)

5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาประเด็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรังเกียจเฉียดฉ้น (SM1) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ (BH 5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.022$ และ 0.024) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรากับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.04$)

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมากกว่าชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) ที่อธิบายว่าสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของโรคเอดส์ในเพศชายเริ่มชะลอตัวลง เพศหญิงยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อครั้งหนึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 41 – 50 ปี เป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ที่อธิบายว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากกว่าครั้งเล็กน้อย และอาชีพเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา สอดคล้องกับการศึกษาของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) ที่อธิบายว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและกรรมกรรับจ้างทั่วไป สถานภาพส่วนใหญ่สมรสแล้ว สถานภาพสถานภาพโสดและหม้ายมีจำนวนใกล้เคียงกัน

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วงระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์

(2539) ที่อธิบายว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมค่อนข้างต่ำ ไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สำหรับการเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพพบว่าผู้ติดเชื้อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิประกันสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศ ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพมากที่สุด

ผลการศึกษาประวัติความเจ็บป่วย พบว่า การได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเกิดจากการยินยอมของผู้ป่วยในการตรวจเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อ HIV/AIDS ขณะมารับบริการ ณ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข และเข้าใจว่าตนเองติดเชื้อจากคู่นอน (สามีหรือภรรยา) ซึ่งระยะเวลาที่ทราบว่าจะตนเองติดเชื้อ ช่วงระยะ 6 – 10 ปี พบมากที่สุด เนื่องจากช่วงนี้เชื้อไวรัส มีการเจริญในร่างกายเต็มที่ และมีการทำลายเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น ภายหลังที่เป็นผู้ติดเชื้อ ได้รับการรักษาโรงพยาบาลในจังหวัด ร้อยละ 76.76 โดยได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 80.88 แต่ก็พบว่า ร้อยละ 19.12 ไม่ได้ไปรับยาหรือไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2012) ที่พบว่าภายหลังที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ความเจ็บป่วยหรือทราบผลการตรวจเลือดจนแน่ใจแล้วว่าตนเองติดเชื้อและยอมรับตนเองเข้ามาสู่บทบาทของผู้ติดเชื้อและตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ผู้ติดเชื้อจะพยายามหาหนทางในการรักษาเยียวยาตนเอง รวมถึงการที่ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ตามการตีความและการให้ความหมายต่อความรุนแรงของโรค อาการที่ตนเป็นอยู่ เป็นเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเลือกวิธีการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว (Catania, Kegeles & Coates, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่อธิบายว่าระยะเวลาที่ติดเชื้อที่ยาวนานมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสที่จะแสวงหาข้อมูล ความรู้ แหล่งสนับสนุนการรักษา ทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองดีขึ้น และการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่ศึกษาเรื่องวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไปประหนึ่ง ผู้ติดเชื้อจะมีการยอมรับและปรับวิถีชีวิต และเริ่มต้นดูแลตนเอง เริ่มแสวงหาแนวทางการดูแลตนเอง แสวงหากลุ่มหรือเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

5.2.1 การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้าสู่สังคมไทยเป็นเวลานานเกือบสามทศวรรษ เป็นระยะเวลายาวนานพอสมควร ที่ผู้คนในสังคมได้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ ปัญหาโรคเอดส์มิใช่เป็นเพียงปัญหาโรคภัยไข้เจ็บหรือสุขภาพ แต่ปัญหาโรคเอดส์ยังเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของมนุษย์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ของผู้คนในสังคม เนื่องจากโรคเอดส์ได้ทำลายความสัมพันธ์ของผู้คนในสังคม ดังปรากฏว่ามีคนในชุมชนหรือ

สังคมทราบว่ามีผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในสังคมร่วมด้วย ในระยะแรก ๆ ก็มีปฏิกริยารุนแรงต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว เช่น การมองผู้ติดเชื้อแบบน่ารังเกียจ การไม่รับประทานอาหารหรือน้ำร่วม เมื่อทราบว่าบุคคลคนนั้นเป็นผู้ติดเชื้อ หรือการแสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อโดยตรง ด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะคบหาสมาคม ไม่ยอมให้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ปฏิกริยาเชิงลบดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากในการดำรงชีวิตในสังคม ทำให้ต้องตกอยู่ในสภาพที่ด้อยอำนาจ เป็นคนที่ตกเป็นเบี้ยล่าง เป็นคนไม่มีตำแหน่งในสังคม ถูกกีดกันออกจากพื้นที่ทางสังคม ถูกเลือกปฏิบัติและสร้างความแปลกแยก ถูกกระทำเหมือนว่าไม่มีศักดิ์ศรีหรือถูกลดทอนคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างรุนแรง สภาพการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องใช้ชีวิตแบบหลบ ๆ ซ่อน ๆ ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง ความเจ็บป่วยเป็นทุกข์อยู่แล้ว ยิ่งทวีความทุกข์ระทมซ้อนทับถมเข้าไปอีก จนกลายเป็นทุกข์เจ็ดอย่างแสนสาหัส ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องถูกการตีตราหรือการรังเกียจจากสังคม

ในสังคมไทยโรคเอดส์ได้เกิดขึ้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 แต่ดูเหมือนว่าสังคมไทยไม่ได้เรียนรู้หรือเข้าใจผู้ติดเชื้อมากนัก แต่เดิมเชื่อว่าเวลา และการรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งการสร้างคุณค่าให้กับผู้ติดเชื้อ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การรับรู้ของสังคมต่อผู้ติดเชื้อดีขึ้นทั้งในแง่ของความรู้ที่เกี่ยวกับการแพร่เชื้อ การป้องกันรวมไปถึงทัศนคติที่รังเกียจเดียดฉันท์ แต่หลังจากสอบถามกับผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กลับพบว่า การรับรู้ของคนในสังคมต่อผู้ติดเชื้อไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพียงแต่เปลี่ยนรูปแบบ จากเดิมที่เคยรังเกียจ ไม่เข้าใจ กีดกันออกจากสังคม ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสงสารเวทนา แต่หากไม่จำเป็นก็ไม่อยากอยู่ใกล้หรือกีดกันให้ออกจากสังคม เพื่อป้องกันตัวเอง

การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เป็นสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติของมนุษย์ และสังคมไทย หากแต่เป็นผลสืบเนื่องจากการมีมโนทัศน์ทางสังคมว่าด้วยเรื่องราวของคนนั้น ๆ ว่าอย่างไร มีการตัดสินเชิงคุณค่าด้านลบจนกลายเป็นการตีตราและนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ ในส่วนของผู้ติดเชื้อมักจะรวมไปถึงคนที่รักและใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ ผลกระทบของการตีตราในผู้ติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อหวาดหวั่นและกลัวการปรากฏตัวต่อสาธารณะ ผู้ติดเชื้อหลายรายไม่กล้าไปรับการรักษา แม้ว่าจะมีอาการป่วยที่เกินกว่าตนเองและครอบครัวจะดูแลได้ การตีตราจึงเป็นตัวขับส่งให้ผู้ติดเชื้อเป็น “เพชรฆาตเงียบ” (The silent killer) การมองในลักษณะนี้ทำให้เห็นว่าการตีตรามิได้เกิดผลในการกระทำที่รุนแรง จากผู้อื่นเท่านั้น หากแต่การรับรู้การประเมินคุณค่าบุคคลด้านลบของผู้ติดเชื้อ ได้กลายเข้าไป (Embody) ในตัวผู้ติดเชื้ออย่างเป็นอัตโนมัติ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเก็บตัว ท้อแท้ สิ้นหวัง และกลายเป็นผู้ซึมเศร้า ภาวะจิตใจที่อ่อนแอ ทำให้ติดเชื้อของโรคฉวยโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ (ชวีช มณีผ่อง, 2553)

นอกจากนี้ผลของการถูกตีตราเกิดความไม่มั่นคงในแหล่งรายได้ การงาน บางรายสูญเสียชีวิต คู่ ไม่มี ความมั่นใจที่จะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี นำไปสู่การตัดสินใจทำแท้ง หากว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้นั้น ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งหลายรายสูญเสียความมั่นใจในการอยู่ในสังคม เรียกว่า การตีตราภายในตนเอง (Internal stigma) อันหมายถึงการที่ผู้ติดเชื้อคิดและกำหนดคุณค่าของตนเอง โดยเชื่อมโยงกับชุดการตัดสินใจคุณค่าด้านลบ ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้โรคเอดส์เชื่อมโยงเข้ากับคุณค่าตนเองด้านลบ ได้แก่ (1) การมองว่าผู้ติดเชื้อเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของกลุ่มคนเฉพาะ เช่น คนรักเพศเดียวกัน ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ขายบริการ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ถูกตีตราจากสังคมไปก่อนแล้ว ทำให้คุณค่าในตนเองด้านลบถูกผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องและแพร่หลาย (2) เชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ เป็นโรคที่มีลักษณะคุกคามต่อชีวิต และคุกคามต่อคนรอบข้างด้วย (3) เกือบทั้งหมดของผู้ติดเชื้อ รับการแพร่เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ก็มักจะถูกตีตราอยู่ก่อนแล้ว ด้วยอคติในสังคมที่มองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต่ำ คนที่ป่วยหรือมีอาการที่เกี่ยวข้องกับเพศ จึงเป็นคนต่ำไปด้วย (4) ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและการติดต่อของเชื้อเอชไอวี จำนวนมากที่ออกมาสู่สังคม เป็นไปในลักษณะที่ไม่ชัดเจน ไม่แน่นอนและมีความผิดพลาด (5) การติดเชื้อเอชไอวี ถูกอธิบายถึงความไม่รับผิดชอบของบุคคล และ (6) ศาสนาและความเชื่อ ชี้นำให้บุคคลเข้าใจว่า การติดเชื้อเอชไอวี เป็นบทลงโทษที่บุคคล อันกระทำสิ่งที่ไม่ดีต่อศีลธรรมพึงได้รับ

อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อยังถูกการปักป้ายหรือติดฉลาก (Labeling) ที่มีระดับความรุนแรงต่อผู้ถูกกระทำมากกว่าการตีตรา แม้ว่าการปักป้ายและการตีตราจะมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน แต่ก็ส่งผลต่อความทุกข์ทางสังคม (Social suffering) กับผู้ติดเชื้อได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้รูปธรรมของการตีตรา มีหลายรูปแบบและหลายลักษณะ นับตั้งแต่กฎและข้อปฏิบัติ ทั้งการกีดกัน การบังคับการตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานหรือเข้าโรงเรียน การบังคับตรวจเลือดขณะเข้ารักษาพยาบาล โดยให้ผู้ติดเชื้อยินยอมเพื่อเป็นพิธีการเท่านั้น การรังเกียจในชุมชน ไม่คบค้าสมาคม ชุบชิบนินทา สบประมาท หรือแม้แต่ในครอบครัว ทั้งนี้เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ

ผลของการตีตราทำให้ผู้ติดเชื้อต้องถูกรังเกียจจากคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ผู้ติดเชื้อบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวตามลำพัง บางคนญาติพี่น้องไม่ข้องแวะหรือไปมาหาสู่ หรือไม่มีเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจาก การติดเชื้อเอชไอวีไม่เหมือนกับการติดเชื้อโรคอื่น ๆ เพราะเกิดจากการติดต่อจากพฤติกรรมทางเพศ เป็นโรคที่เกิดจากการเบี่ยงเบนทางเพศหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางเพศ (เพศพาณิชย์) ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับความรังเกียจ และมีการให้ความหมายทางสัญลักษณ์ของสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตราเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอันเนื่องมาจากการกระทำบางสิ่ง บางอย่างผิดไปจากปกติ เป็นบุคคลที่แปลกไปจากสังคม มีคุณลักษณะหรือความแตกต่างจากคนธรรมดาทั่วไป เป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทิน ดำพร้อย มีรอย

บาปและประพาศพิศ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพัลย์ บุญมงคล (2536) อธิบายว่าการที่ผู้ติดเชื้อถูกสังคมตีตรา นั้น โดยแท้จริงแล้วเกิดจากการที่สังคมให้ความหมายทางสัญลักษณ์แก่ร่างกายผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งสกปรกและอันตราย ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของสมมุติฐานโรค ที่ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อจากของเหลว ที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะเลือดและน้ำสุจิของผู้ป่วยและหนทางที่เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) ที่อธิบายปฏิกิริยาตอบสนองที่สังคมมีต่อผู้ติดเชื้อ ในลักษณะกลัวและหวาดระแวง ต่อผู้ติดเชื้อ ตลอดจนความรังเกียจรวมทั้งต่อต้านทำให้โรคเอดส์กลายเป็นโรคที่มีตราบาปและผู้ติดเชื้อกลายเป็นผู้ที่ถูกสังคมรังเกียจ หวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากให้อยู่ร่วมในสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett (1990) เรื่อง การตีตรา: ประสบการณ์ของบุคคลในผู้ป่วยเอดส์ อธิบายว่าปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ เช่น ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ ไม่ต้องการจับมือกับผู้ป่วย ไม่อยากมองผู้ป่วย และเดินหนีผู้ป่วย

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่สังคมได้แสดงความน่ารังเกียจ ด้วยการให้ความหมายผู้ติดเชื้อในทางที่ตี การไม่ยอมรับจากสังคมและการสมเพชผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อถูกกีดกันจากสังคม ถูกทอดทิ้งหรือไม่ดูแลเอาใจใส่ บางครั้งแสดงท่าทีรังเกียจผู้ติดเชื้อเมื่อผู้ติดเชื้อเข้าไปพูดคุยหรือเข้าไปจับต้องร่างกายของเขา ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มีใครไปมาหาสู่ และไม่มีสังคมในที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่า ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการตีตรามีผลรุนแรงต่อ การดำเนินปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การปฏิเสธกับผู้ที่ถูกรับรู้ว่าแตกต่างจากคนธรรมดา พบว่าคนที่ถูกตีตรามีใช่เป็นเพียงกลุ่มคนที่แตกต่างจากคนธรรมดาเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นพวกเขารับรู้ว่ามียกระดับของลักษณะของความรังเกียจหลายลักษณะ โดยระดับเหล่านี้สะท้อนความห่างของสังคมด้วย ซึ่งเป็นเหมือนตัวชี้วัดระดับความห่างทางสังคมระหว่างคนที่ถูกตีตรากับคนอื่น ๆ

ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการของโรคปรากฏตามร่างกาย จะไม่ได้รับการรังเกียจ จากผู้อื่น เพราะผู้ติดเชื้อก็เหมือนกับคนปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่า การตีตราคือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลซึ่งคุณลักษณะหรือความแตกต่างนี้ไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติหรือความแตกต่างดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ Goffman (1963) เน้นว่าโดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคลให้กลายเป็นคุณลักษณะอย่างเดียว กับการตีตรา และการศึกษาของ เปี่ยมปิณี ช่างสาร (2534) พบว่า ความเชื่อและการรับรู้ที่เกี่ยวกับการตีตรามีผลรุนแรงต่อการดำเนินการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ซึ่งถูกรับรู้ว่าแตกต่างจากคนธรรมดา

การตีตราซึ่งส่งผลต่อการประเมินคุณค่าตนเองในผู้ติดเชื้อ อันเนื่องเป็นผลกระทบจากจิตใจที่ผู้ติดเชื้อได้รับ เช่น ไม่มีสังคม ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อมองตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี น่าสงสาร ไร้คุณค่า เป็นคนโชคร้าย น่ารังเกียจของสังคม น่ากลัว สร้างภาระให้กับผู้อื่น ผิดศีลธรรม มีกรรม มีบาป ประมาทในการใช้ชีวิต และเป็นคนโง่ ไม่ฉลาด ทั้งนี้การประเมินคุณค่าส่วนบุคคลจากการ ตีตราทำให้ผู้ติดเชื้อแยกตัวเองออกไปจากสังคม เนื่องจากกลัวถูกกีดกัน กลัวการถูกรังเกียจ ทำให้เขาไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนของสังคมอีกต่อไป พวกเขาจะไม่สามารถเข้าถึงการบริการและการช่วยเหลือที่พวกเขาต้องการ นอกจากนี้การตีตราจะลดทอนอำนาจและกำลังของผู้ที่ติดเชื้อ โดยเริ่มด้วยการโทษตัวเอง เนื่องจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการตีตรา หรือความรู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้การยอมรับสถานะของความด้อยค่าในสังคม และจะยอมรับว่าตนเองสมควรที่จะได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีหรือการปฏิบัติที่ไม่มีความเท่าเทียมกัน ทำให้การต่อต้านการตีตราหรือการกีดกันยังมีความลำบากมากขึ้น ซึ่งการตีตราที่เกิดจากการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง จากปฏิกิริยาของครอบครัวและจากสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเกลียดตัวเอง แยกตัวเอง รู้สึกละอาย รู้สึกด้อยค่า สิ้นหวัง ไม่สนใจตัวเองและไม่วางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

การตีตราทำให้เกิดการรับรู้ด้วยการประเมินคุณค่าจากผู้อื่นว่าผู้ติดเชื้อว่าเป็นคนไม่มีอันตรายต่อผู้อื่น ไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น เป็นคนน่าสงสาร เป็นคนโชคร้ายที่ไม่ดีที่ติดเชื้อ และเป็นคนที่สังคมควรให้อภัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตราที่มีผลต่อบุคคล เป็นการถูกลดคุณค่าของบุคคลว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตและผู้ที่ถูกตีตรา รู้สึกอับอาย ทำให้เกิดความเสื่อมเสียต่อบุคคลและครอบครัว

5.2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ติดเชื้อในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันโรค โดยอาศัยความเชื่อ ทศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความคาดหวัง ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี

ในปัจจุบันยังไม่มียาวัคซีน หรือวิธีการรักษาผู้ติดเชื้อที่แน่นอน แต่ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงมีการพยากรณ์โรคที่ทำลายต่อสุขภาพและเป็นอันตรายต่อชีวิต อาการทางร่างกายของผู้ติดเชื้อ จะมีได้ทั้ง ไม่มีอาการจนถึงอาการของโรคที่ปรากฏขึ้นชัดเจน ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการถ้าผู้ติดเชื้อนั้นสามารถดูแลสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอหรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ นอกจากการตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี ในร่างกาย แต่ถ้าบุคคลนั้นมีได้ดูแลสุขภาพตนเองให้มีภาวะสุขภาพความสมดุลร่างกาย โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว

โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโต มีอาการไข้ ไม่สบายเรื้อรัง เมื่อเชื่อกาโรลินเจียมโต และขยายจำนวนในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ผู้ติดเชื้อจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อูจากระวังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ถิ่นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนียวหอบ เนื่องมาจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ติดเชื้อต้องหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งในระยะนี้ผู้ติดเชื้อต้องก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ร่างกายจะชูด ผอม ผิดรูปร่าง ผู้ติดเชื้อบางรายจะปรากฏอาการมะเร็งทางผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่ออ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่ออ่อนในระบบทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่าย ซึ่งไม่สามารถรักษาได้ รักษาให้หายขาดได้และเสียชีวิตในที่สุด

ผลกระทบทางด้านจิตใจและร่างกายก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากไม่มีวิธีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เมื่อเกิดอาการผู้ติดเชื้อจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้มีการเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ อาจเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตและในอนาคตที่จะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ทางด้านสังคมผู้ติดเชื้อได้รับการรังเกียจจากสังคม อาจเป็นเพราะคนในสังคมขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่ควรได้รับความเห็นใจ สมควรได้รับการลงโทษจากสังคม เพราะส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางศีลธรรมหรือเป็นผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติดมาก่อน ทำให้ผู้ติดเชื้อปรับตัวได้ยาก บางรายพยายามปิดบังความเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากกลัวบุคคลรอบข้างจะรังเกียจ รู้สึกไม่มั่นใจในตัวเอง กลัวได้รับการทอดทิ้งจากครอบครัว คู่สมรส บุคคลอันเป็นที่รัก และถอยหนีจากสังคม เป็นต้น และทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ติดเชื้ออาจถูกไล่ออกจากงานภายหลังนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ

ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อจะเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ติดเชื้อตลอดชีวิต อีกทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ติดเชื้อก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานหลายปี และคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ ถ้ามีการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี การขาดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะทำให้สุขภาพทรุดลง ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อกลายเป็นผู้ป่วยเร็วมากยิ่งขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้ติดเชื้อเอง ที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม

จากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม เป็นพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี เนื่องจากการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร การสร้างลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร

อาหาร และการเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี รวมทั้งปัญหาจิตใจและสังคมที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร โดยพบว่าอาการสำคัญต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและที่สำคัญคือ อูจาระร่วงเรื้อรัง อาการเจ็บที่ปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องผูก ฯลฯ อาการเหล่านี้จะปรากฏในระยะใดของโรคก็ได้ และจะพบบ่อยมากขึ้นไปเรื่อย ๆ เมื่อก้าวสู่ระยะการเป็นผู้ป่วยเต็มขั้น การมีไข้หรือการติดเชื้อทำให้สูญเสียสารอาหารในร่างกายไปมาก ทำให้ร่างกายต้องการโปรตีนและแคลอรีมากขึ้น แต่อาการท้องเดิน ไม่อยากอาหาร มักเป็นอุปสรรคต่อความต้องการของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ความอยากอาหารและน้ำลดลง ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ดังนั้นผู้ติดเชื้อต้องได้รับสารอาหารครบทุกหมู่ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนและพลังงาน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารประเภทหมักดอง ในกรณีผู้ติดเชื้อที่ปัญหาในการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง ย่อยยาก หรือเคี้ยวลำบาก อาหารที่มีรสจัดเพราะจะทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหารมาก นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของตนว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ โดยการชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) ที่อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อให้ความสำคัญในการดูแลน้ำหนักตัวและมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้มีชีวิที่ยืนยาว

พฤติกรรมดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม เป็นพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี เพราะผู้ติดเชื้อคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาส ได้ง่าย จึงมีการดูแลสุขอนามัยของตนเอง ด้วยการ (1) การดูแลทำความสะอาดร่างกายทุกวัน โดยการอาบน้ำหรือเช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (2) การดูแลเส้นผม ด้วยการทำความสะอาดเส้นผมด้วยน้ำสบู่ที่มีฤทธิ์อ่อน และไม่ควรทำความสะอาดผมทุกวันหรือบ่อยเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดหนังศีรษะแห้งและลดการหลุดร่วงของเส้นผม (3) รักษาความสะอาดของช่องปาก โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังจกตื่นนอนตอนเช้าและก่อนเข้านอน และบ้วนปากหลังจากรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ด้วยการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไฮยาลูโรน เพื่อลดการเกิดบาดแผล และใช้ยาสีฟัน ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (Fluoride) ในปริมาณน้อย อีกทั้งรักษาริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยการใช้ลิปบาล์มหรือปิโตรเลียมเจล และควร ไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพฟันทุก ๆ 3 เดือน (4) ดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย ตลอดจนเครื่องนุ่งห่มต่าง ๆ ให้สะอาด เพื่อป้องกันการเกิดอาการแพ้ อาการคัน

หรือการเกิดเชื้อลูกกลมที่ผิวหนัง และ (5) หลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะ โรคติดเชื้อต่าง ๆ เพราะผู้ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำอยู่แล้ว จึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย

พฤติกรรมลดความเสี่ยงภาวะแวดล้อม ผู้ติดเชื้อมีการควบคุมสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่น ควัน อากาศที่เป็นพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค เช่น ยุง หนู และมีการจัดสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะอาดอยู่เสมอ พักอาศัยในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในที่อยู่อาศัย เช่น การหกล้ม ตกบันได เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการมีร่องรอย หรือบาดแผลที่ผิวหนัง ซึ่งจะส่งผลทำให้มีการติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อตัวเอง ผู้ติดเชื้อได้ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สำหรับการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เป็นพฤติกรรมที่ทำเป็นบางครั้ง เนื่องจาก พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อมากขึ้นและเกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ (1) หลีกเลี่ยงการเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดการทำลายตับมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเร่งกระบวนการในการทำลายฤทธิ์ของยา อีกทั้งยังทำให้ประสิทธิภาพของยาด้านไวรัสลดลง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วมากขึ้น และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น (Greif & Golden, 1994) (2) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีสารหลายชนิดที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ นิโคตินที่มีผล ต่อหลอดเลือด และน้ำมันทาร์ที่มีผลต่อเยื่อทางเดินหายใจและถุงลมปอด ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการเสื่อมสมรรถภาพของปอดและการติดเชื้อได้ง่าย เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบ เกิดการติดเชื้อ นิวโมซิสติส (Pneumocystis) และเสี่ยงต่อการเกิดการคั่งของลมในปอด (Pulmonary emphysema) (Diaz et al., 2000; Morris et al., 2004) และ (3) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ ป้องกันทั้งกับบุคคลทั่วไป บุคคลที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด หรือบุคคลที่ติดเชื้อ และควรใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น และป้องกันการรับ เชื้อเพิ่ม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี ในร่างกายและทำให้เกิดการติดต่อยาด้าน ไวรัสตามมา (Greif & Golden, 1994)

พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้ติดเชื้อสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อยู่สม่ำเสมอ สนใจข่าวสารความรู้ และการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความ ตระหนักและความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคลโดยเลือกสรรสิ่งที่ดีต่อสุขภาพและส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังนั้นความรับผิดชอบต่อสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อ ควรจะปฏิบัติ อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่กับโรคได้ ซึ่งประกอบด้วย (1) การรับประทานยาต้าน

ไวรัส ผู้ติดเชื้อ ควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น วิธีการรับประทานยา และผลข้างเคียงจากการได้รับยา พร้อมกันนี้ผู้ติดเชื้อ ควรรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และต่อเนื่อง เพราะหากผู้ติดเชื้อ มีการรับประทานยาไม่ถูกต้องหรือหยุดยาเอง จะส่งผลทำให้เกิดการล้มเหลวจากการรักษา และทำให้เกิดการดื้อยาตามมา นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อ จำเป็นต้องสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัสหรืออาการแพ้จากยาต้านไวรัสได้ และติดตามประสิทธิภาพของการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) (2) การสังเกตอาการผิดปกติ และดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้ติดเชื้อควรมีการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อาการและอาการแสดงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงผลข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ ไม่ควรซื้อยา รับประทานเอง เพราะยาบางชนิดมีผลข้างเคียงต่อการรักษาที่ได้รับอยู่ (Flaskerud & Ungvarski, 1995) (3) การจัดการกับอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อควรมีการจัดการกับอาการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้หายโดยเร็ว เนื่องจากภาวะเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเปลี่ยนสูตรยาหรือหยุดการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินของโรคที่ลดลงได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ทั้งนี้การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้วิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ติดเชื้อยังปฏิบัติ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนี้

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ติดเชื้อออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถเลือกประเภทการออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกายและไม่ได้ออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากสภาพของสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดท้อง ปวดศีรษะ ไอ หายใจหอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน หรือบางครั้งมีภาวะเหงื่อออกมา (Flaskerud & Ungvarski, 1995)

2. พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากผู้ติดเชื้อจะมีอาการนอนไม่หลับ ที่เกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเกิดจากปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า หรืออาจเกิดจากอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน แต่ในบางครั้งผู้ติดเชื้อพยายามหลีกเลี่ยงการนอนดึก และอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ เนื่องจากความเครียด ความทุกข์ทรมานใจเกิดขึ้นมากมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูริชญา บุรินทร์กุล (2547) ที่อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ หรือประมาณวันละ 6 – 8 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้ อาจมีการพักผ่อน (nap) ในช่วงกลางวันร่วมด้วยได้ หากผู้ติดเชื้อนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ก็จะมี

ส่งผลให้สถานะของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงซึ่งส่งผลให้ร่างกายสามารถติดเชื้อได้ง่าย และทำให้ไม่สามารถทำลายเซลล์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีได้ (Vosvick et al., 2004)

3. พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์ พบว่า ผู้ติดเชื้อมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บางรายถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม เนื่องจากปัญหาความเครียดทางอารมณ์ในผู้ติดเชื้อ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางกายจากการป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้คิดว่าตนเป็นโรคที่น่ารังเกียจ คนทั่วไปไม่กล้าติดต่อกัน ต้องถูกแยก ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการโกรธ วิตกกังวล และมีความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวอาการของโรคปรากฏตามร่างกาย กลัวทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย กลัวสังคมทอดทิ้ง กลัวถูกแยกออกจากครอบครัว ผู้ติดเชื้อเองจะรู้สึกคับข้องใจ เนื่องจากความสามารถในการทำงาน น้อยลงกว่าเดิมหรือไม่สามารถทำงานได้ เพราะสมรรถภาพทางด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

ทั้งนี้จากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อ ส่งผลทำให้เกิด เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อ ได้ดังนี้

1. รู้สึกท้อแท้ใจและสิ้นหวัง เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนจากลักษณะของโรคที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถทำนายถึงอาการเจ็บป่วยจากการดำเนินของโรค และการรักษาก็ให้ผลไม่แน่นอนว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าใด ทั้งนี้การมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้หรือสิ้นหวัง เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิดและความหวังว่าตนเองจะเป็นอะไร หรือทำอะไร ตลอดจนความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง ซึ่งหากไม่บรรลุถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อ จะรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ
2. รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย เนื่องจากผู้ติดเชื้อรับรู้ตนเองว่าตนเองไม่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ไม่มีความคาดหวังหรือการประสบความสำเร็จในชีวิต
3. รู้สึกโกรธแค้นหรือรู้สึกตัวเองคือยาคูณา เนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อที่อาศัยอยู่ในร่างกาย เมื่อโรคปรากฏตามร่างกาย ผู้ติดเชื้อจะถูกสังคมประณามหรือตีตรา ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกโกรธแค้นตัวเอง อยากทำร้ายตนเอง มองตนเองคือยาคูณาหรือไร้คุณค่า

5.2.5 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และต่อมาก็มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ครั้งแรกยังไม่เป็นรูปแบบที่แน่นอน มีการพัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านรัฐบาลได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกประเภท ทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ด้วยความ

เป็นธรรมและไม่มีการเลือกปฏิบัติ แต่จะนั้นก็ตามการเข้าถึงแหล่งบริการยังพบความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อันเนื่องมาจาก (1) จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ (2) การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติภูมิชั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว (3) บริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท (4) ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การดำเนินการผลักดันอย่างเป็นระบบ สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรไม่เพียงพอ และได้รับงบประมาณเพิ่มเติมน้อยกว่าบริการรักษาเฉพาะทางอย่างชัดเจน ในส่วนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของประชาชนก็พบว่า ยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเห็นชัดเจนจากสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลงและ (5) ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเป็นธรรม เป็นความต้องการของผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการสังคม อย่างทั่วถึงนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอ มีภาระบริการให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งมีจำนวนมากที่ยังรอรับการช่วยเหลือ งบประมาณและสถานที่รองรับผู้ป่วยมีจำกัด และโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนเตียงรองรับจำนวนจำกัด ทำให้ลักษณะสังคมของผู้ติดเชื้อ เหมือนเป็นคนชายขอบ แต่อย่างไรก็กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อมาจนถึงปัจจุบัน ยังได้ผลไม่เต็มที่มากนัก คือ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาสามารถได้คำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างทันถ่วงที บางรายมาใช้บริการในระยะแรก หลังจากนั้นก็หายไป ไม่ได้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะบริการด้านการรักษายังไม่ทั่วถึง ผู้ติดเชื้อยังไม่เกิดการยอมรับในการรักษา การรักษาไม่สะดวก สบาย ผู้ติดเชื้อบางรายไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าพาหนะเดินทาง การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกครั้งเหมือนเดิม ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีเอกสารหลักฐานพร้อมไม่สามารถขอรับบริการ สิทธิประกันสังคมไม่ครอบคลุม การไม่กล้าแสดงตัวเพราะกลัวถูกประณาม เป็นบริการแบบจำกัดไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นอย่างใดก็ตาม สถานะ วัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะยา การบริหารจัดการของหน่วยงานเป็นบริการไม่ยืดหยุ่น มีกฎระเบียบ ขั้นตอนการปฏิบัติมากเกินไป ผู้รับบริการจะเข้าใจและเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทำให้ไม่ยอมมาใช้บริการเพราะทำให้ตนเองสูญเสียคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไป เนื่องจากต้องมาเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้ผู้บริการทราบ ซึ่งจากการศึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการ

แม้ว่าประเทศไทยจะรณรงค์เรื่องเอดส์โดยมีเป้าหมาย Getting to zero คือลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ให้เป็นศูนย์ ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ให้เป็นศูนย์ และลดการรังเกียจเหยียดคนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้เป็นศูนย์เช่นกัน แต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อยังเข้าไม่ถึงการรักษา บางรายไม่เคยรับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวีทำให้เข้าสู่การรักษาที่ช้าตามไปด้วย และที่สำคัญยังพบว่าประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งยังไม่รู้ตนเองว่าเป็นผู้ติดเชื้อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) แต่หากคนไทยยังไม่สามารถประเมินความเสี่ยงของตัวเองต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ หรือยังไม่ทราบผลเลือดของตัวเอง การเข้าถึงการเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลก็เป็นเรื่องยาก เพราะถ้าไม่รู้ผลเลือดก็ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นการรักษาอย่างไร

ทั้งนี้การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ด้วยความเพียงพอของบริการ ได้แก่ การสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2545) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่ Gulliford and Morgan (Editors, 2003) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และ Simoni et al. (2006), Spire et al. (2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนการปฏิบัติตนเอง โดยญาติหรือผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb (1976) ที่อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนเองได้รับความรัก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทั้งนี้เพราะการติดเชื้อเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดความกลัวต่อผู้ติดเชื้ออย่างมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ใน

สภาพท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อใจ ต้องการความรักความห่วงใยจากคนใกล้ชิดคนในสังคมเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ถ้าผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินเปรียบเทียบอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความตึงเครียดลง เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และรู้สึกมั่นใจว่าตนยังมีคุณค่าในตัวเอง ลดความรู้สึกมีปมด้อย สอดคล้องกับการ การศึกษาของ พัชรินทร์ กิตติขง โสภณ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของมารดาที่ติดเชื้อ พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สามี บิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จะช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการ การศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่าภายหลังบำบัดผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น เมื่อได้รับแนะนำจากบุคลากรต่าง ๆ การเข้ากลุ่มหรือเข้าร่วมชมรมต่าง ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและการศึกษาของ Sowell, Seals, Philips and Julious (2003) ที่อธิบายว่าการที่ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมชมรมที่มีผู้ติดเชื้อเหมือนกันหรือทำกิจกรรมร่วมกับคนที่มีความรู้สึกเช่นเดียวกัน จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความพร้อม กระตือรือร้น สนใจและเกิดความมั่นใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น

สำหรับผู้ติดเชื้อ ถ้าที่พักอาศัยมีความห่างไกลจากแหล่งบริการ ระยะทางจากบ้านมายังแหล่งบริการใช้เวลาในการเดินทางยาวนาน มีความยากลำบากในการเดินทาง และการรอคอยในการตรวจรักษาจากแพทย์เป็นเวลานาน ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่อยากมารับบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการ การศึกษาของ Simoni et al. (2006) อธิบายว่า ลักษณะสถานบริการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ การมีคลินิกเฉพาะ สำหรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสะดวกในการมารับบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการ การศึกษาของ Simoni et al. (2006) อธิบายว่าลักษณะสถานบริการที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ต้องมีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อ

ทั้งนี้ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ เมื่อผู้ติดเชื้อเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่สามารถมารับบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการ การศึกษาของ Sowell et al. (2003) อธิบายว่า ปัจจัยด้านการรักษา ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มารับบริการเป็นประจำและสม่ำเสมอ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงษ์ (2545) อธิบายว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสได้ไม่ต่อเนื่อง

ลมาเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา Becker, Drachman & Kirscht (1974) อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษา ไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส การศึกษาของ Mouala et al. (2006) เรื่อง Assessment of Compliance with ARV Treatment in Africa พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการรักษาอย่างมาก คือ การไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษา และการศึกษาของ Mshana et al. (2006) ที่ศึกษาเรื่องอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ใน Kisesa ประเทศแทนซาเนีย พบว่า ผู้ป่วยเอดส์กังวลเรื่องต้นทุนการเดินทางและค่าอาหารในการไปรับยา

สำหรับคุณภาพบริการทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ด้วยบริการที่มีคุณภาพ จัดบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม การสร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธา การยอมรับ ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ และคุณภาพยาของโรงพยาบาล มีผลให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wald and Temoshok (2004) อธิบายว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษา ต้องสร้างการยอมรับ และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งบริการและต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี แพทย์หรือทีมให้คำปรึกษา กล่าวสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมรับพฤติกรรมตามความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพหรือทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วย เป็นกังวล มีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางคลินิกในด้านต่าง ๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งในการประเมินการรักษาดูแลจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย มีผลให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาใช้บริการสุขภาพ และ คุณภาพยา มีผลให้ท่านเข้ามาใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Sowell et al. (2003) อธิบายว่าปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ติดเชื้อ เนื่องจาก ผู้ติดเชื้อทราบวิธีการที่นำยาเข้าสู่ร่างกาย จำนวนยาและมียาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน คุณภาพของยาในการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดกับผู้ป่วย ผลกระทบของยาและการรับประทานต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

5.2.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5.2.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร กับ การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการตีตรา พบว่า (1) รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (2) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 เนื่องจากในสังคมไทยยังมีรับรู้ว่ารายได้และเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ National Institute of Mental Health (1996) และ International Center for Research on Woman (2003) ที่อธิบายว่า ความสัมพันธ์การตีตราในระดับบุคคลที่มีการติดเชื่อ เอชไอวี (Primary stigma) ทำให้สร้างความกดดันรุนแรงต่อผู้ที่ติดเชื่อ เนื่องจากผู้ที่ติดเชื่อถูกมองหรือได้รับอคติที่ไม่ดีจากคนอื่น อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมและภาพลักษณ์ความเป็นตัวตน แล้วยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความก้าวหน้าของอาชีพและการจ้างงาน ซึ่งการระบาดของเชื่อเอชไอวี ได้เพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงสังคมเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั่วโลก ส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างคนจนและคนรวย คนจนจะถูกแยกออกจากสังคมหรือกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบ ทำให้เพิ่มความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ส่งผลทำให้การตีตราเกิดขึ้นกับคนจน คนที่ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีงานทำ จากผลของความยากจนทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวี ส่งผลทำให้การติดเชื่อเอชไอวีสูงขึ้นในกลุ่มคนจน (National Institute of Mental Health, 1996) และสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2012) ที่อธิบายว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (3) เพศมีความสัมพันธ์กับการตีตรา ด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Orem (1991) ที่อธิบายว่าเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง (4) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราด้านการประเมินคุณค่าจากผู้อื่น (SM4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Spire et al. (2002) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีฐานะ เศรษฐฐานะไม่ดีมีโอกาสนี้จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและส่งผลทำให้ไม่มารับบริการด้านสุขภาพ มากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะดีดีกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kaplan, Sallis and Patherson (1974) ซึ่ง อธิบายว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการเข้าถึงแหล่ง บริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิภูต นันทชัยพันธ์ (2539) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี พบว่าเพศหญิงมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่อธิบายว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และเป็นตัวกำหนดความต้องการ การดูแลตนเอง กำหนดศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองได้ด้วย ทั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากกว่าจะดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุน้อย และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับ การรักษาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Garrido et al., 2007; Howard et al., 2000; Spine et al., 2002)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะอารมณ์ (BH5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Garrido et al. (2007) ที่อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อที่มีการศึกษาสูง เมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ยังไม่ปรากฏอาการ จะจัดการกับภาวะอารมณ์ เหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ถึงแม้จะทราบว่าตนเองติดเชื้อ แล้วจะแสวงหาการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลต่างพื้นที่อาศัย เนื่องจากกลัวผู้อื่นจะรับรู้ว่าคุณเอง ส่งผลให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งแตกต่างจากคนยากจน เมื่อติดเชื้อจะมีการจัดการกับภาวะอารมณ์ที่น้อยมากและพยายามหาแนวทางต่าง ๆ เพื่อเข้าถึงการรักษาพยาบาลและทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ที่ยาวนาน

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Becker (1974) ที่อธิบายว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกุลถนอมกิจ (2545) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการรักษามักมีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) อธิบายว่าการมีรายได้ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค นอกจากนี้ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2545) อธิบายว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheek (1996) อธิบายว่า การไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2012) ที่อธิบายว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พบว่าผู้มีฐานะทางการเงินของครอบครัวที่ดี ไม่เดือดร้อนทางการเงิน จะแสวงหาประโยชน์ได้ดีกว่าและมีแหล่งประโยชน์มากกว่า และจะเป็นผู้ที่ดูแลได้ดีกว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheek (1996) ซึ่งอธิบายว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่ไม่

สมัคร และ การศึกษาของ Becker (1974) อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษา ไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทายยาไม่ต่อเนื่องสมัคร ได้เช่นกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Spire et al. (2002) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐฐานะไม่ดีมีโอกาที่จะรับประทายยาไม่สมัครและส่งผลทำให้ไม่มารับบริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พบว่าผู้มีฐานะทางการเงินของครอบครัวที่ดี ไม่เดือดร้อนทางการเงิน จะแสวงหาประโยชน์ได้ดีกว่าและมีแหล่งประโยชน์มากกว่าและจะเป็นผู้ที่ดูแลได้ดีกว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า (1) เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chandra, Deepthivarma and Manjula (2003) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไปรับบริการตรวจมากกว่าเพศชายและการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเพศหญิงมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ที่อธิบายว่าสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของโรคเอดส์ในเพศชายเริ่มชะลอตัวลง เพศหญิงยังไม่มีแนวโน้มลดลงและยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2545) ที่อธิบายว่า เพศหญิงมีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่ดีกว่าเพศชาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมัครในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่ Flaskerud (1992), Garrido et al. (2007) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมัครในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (3) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านการรับบริการ (AC2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (AC3) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Golin et al. (2002) อธิบายว่าผู้มีระดับการศึกษาในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ในขณะที่การศึกษาของ Derlega, Winstead, Greene, Serovich and Elwood (2010) อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพจะอยู่สถานพยาบาลในพื้นที่ใกล้ที่อยู่อาศัย เนื่องจากไม่มีงบประมาณสำหรับการเดินทางและมีความรู้ดีกว่า แหล่งบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการสุขภาพเหมือนกันทุกแห่ง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการศึกษาสูง เมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์ที่

ยังไม่ปรากฏอาการ จะแสวงหาการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลต่างพื้นที่อาศัย เนื่องจากกลัวผู้อื่นจะรับรู้ว่าตนเอง ส่งผลให้เสื่อมเสียชื่อเสียง Garrido et al. (2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (AC3) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Becker and Marshall (1974) อธิบายว่า ผู้ที่มีรายได้ที่มั่นคงและแน่นอน จะรับบริการจากการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละครั้งที่เน้นความสะดวกสบาย ให้กับตนเองมากกว่าการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านการยอมรับคุณภาพการบริการ (AC4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitajima et al. (2005) เรื่อง Access to Antiretroviral Therapy Among HIV/AIDS Patients in Khon Kaen Province Thailand อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการมีโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่าผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) 12.43 เท่า และผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพในประเทศแถบยุโรป และอเมริกา จะมีการเข้าถึงบริการบริการสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยแถบเอเชีย แอฟริกา ที่ระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ที่ยากไร้ ยากจน ทำให้ผู้ป่วยที่ยากจนยากจน ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ไม่ได้เข้าถึงแหล่งบริการ (WHO, 2012)

5.2.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วยกับการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (BH7) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และการได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำดื่ม (BH1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2012) ที่อธิบายว่าภายหลังที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ความเจ็บป่วยหรือทราบผลการตรวจเลือดจนแน่ใจแล้วว่าตนเองติดเชื้อ แล้วยอมรับตนเองเข้ามาสู่บทบาทของผู้ติดเชื้อและตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ผู้ติดเชื้อจะพยายามหาหนทางในการรักษาเยียวยาตนเอง รวมถึงการที่ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ตามการตีความและการให้ความหมายต่อความรุนแรงของโรค อาการที่ตนเป็นอยู่ เป็นเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเลือกวิธีการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อมีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติความเจ็บป่วย กับ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (AC4) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) อธิบายว่าการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาอาการข้างเคียงและ

การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ Becker and Marshall (1974) อธิบายว่าการได้รับยาและการไปพบแพทย์ของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ เป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองที่ดี และมีความมั่นใจมากขึ้น ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพร้แก้ว (2537) อธิบายว่าการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker and Marshall (1974) ซึ่งเป็นศึกษาแบบไปข้างหน้ามีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สามารถเพิ่มประมาณเม็ดเลือดขาวในร่างกายและทำให้ร่างกายแข็งแรงเสมือนคนปกติ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประสิทธิภาพในการรักษาหรือประกอบการตัดสินใจในการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.2.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรา กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรังเกียจเดียดฉันท์ (SM1) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการภาวะอารมณ์ (BH5) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจากสภาพจิตใจและอารมณ์ผู้ติดเชื้อ มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเพราะสภาพจิตใจที่วิตกกังวล สับสน ฟุ้งซ่าน มีความเครียด ข่มขู่ส่งผลต่อการทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายหรือเกิดสมาธิ ความรู้สึกหวาดระแวงกลัวว่าสังคมจะเพิกเฉยตามองตน ส่งผลต่อวิธีการปกป้องซ่อนเร้นสถานภาพของตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ และทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บางครั้งผู้ติดเชื้อมีภาวะเครียดหรือซึมเศร้า แต่ไม่กล้าที่จะปรึกษาผู้อื่น ทำให้ส่งผลต่อตนเองที่ไม่ดีงามมา เช่น ผู้ติดเชื้อรู้สึกท้อแท้กับการรับประทานยาต้านที่ไม่ตรงเวลา เป็นการเพิ่มโอกาสในการดื้อยาและส่งผลทำให้การรักษาล้มเหลวในที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตรากับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SM2) มีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของบริการ (AC1) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Garrido et al. (2007) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมด้วยการมีความสัมพันธ์ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

สม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของและ Simoni et al. (2006), Spire et al. (2002) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนการปฏิบัติตนเองโดยญาติหรือผู้ดูแล และ Wald and Temoshok (2004) อธิบายว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่นัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5.3 ข้อค้นพบจากการวิจัย

5.3.1 ผลของการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อประเมินคุณค่าตนเอง อยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากผลกระทบจากจิตใจที่ผู้ติดเชื้อได้รับ เช่น ไม่มีสังคม ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อมองตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี นำสงสาร ไร้คุณค่า เป็นคนโง่คร่ำย น่ารังเกียจของสังคม น่ากลัว สร้างภาระให้กับผู้อื่น ผิดศีลธรรม มีกรรม มีบาป ประมาทในการใช้ชีวิต และเป็นคนโง่ ไม่ฉลาด ทำให้ผู้ติดเชื้อแยกตัวเองออกไปจากสังคม ซึ่งโต้แย้งกับแนวคิดการตีตราของ Goffman (1963) ที่อธิบายว่าการตีตราเป็นการปรากฏการณ์ของสังคม ที่สร้างคุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการซึ่งส่งผลทำให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นเครื่องมือในการให้ความหมาย การตีตราจึงเป็นการให้ความหมายต่อบุคคลและพฤติกรรมของสังคม ผ่านกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์กับแนวคิดของสังคมในการให้คุณค่าสิ่งต่าง ๆ และการให้หรือใช้สัญลักษณ์แทนความหมายและคุณค่านั้น ๆ ซึ่ง Goffman (1963) เน้นว่าโดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคล ให้เป็นคุณลักษณะอย่างเดียวกับการตีตรา

5.3.2 บริบทของการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ตามหลักสิทธิผู้ป่วยและการประกันสุขภาพ ไม่ปฏิเสธการรักษา แต่ให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาในลำดับสุดท้าย แม้ว่าจะไปก่อนคนอื่น ๆ ซึ่งสร้างความรุนแรงที่ต่างไปจากการปฏิเสธ สร้างความอึดอัดใจและความเสียใจให้กับผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดสิ่งที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่า ทำไมเราต้องถูกปฏิบัติต่างจากคนทั่วไป

5.3.3 การตีตราและเลือกปฏิบัติในครอบครัว ชุมชน ทั้งในแบบที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ในแบบที่รู้ตัวปรากฏชัดหรือการนินทา การประณาม และผู้ติดเชื้อบางคนถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมของ

ชุมชน หรือหากมีการประกอบพิธีกรรม ก็จะลดขั้นตอนหรือพิธีลง ซึ่งในกลุ่มคนที่เชื่อโลกหลังความตายก็จะมีความรู้สึกว่าวิญญาณของผู้ตายจะไม่ไปสู่สัมปรายภพ

5.3.4 การตีตราภายนอกสูงมากในกลุ่มเพื่อน เนื่องจากกลุ่มเพื่อนของผู้ติดเชื้อเลือกปฏิบัติ ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกอับอาย ไร้ค่า โทษตัวเอง ซึมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อคิดหรือทำด้วยตนเอง ทำให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ไม่ได้ถูกคลี่คลาย แต่กลับขมวดปมที่แน่นด้วยตัวของผู้ติดเชื้อเอง

5.3.5 การละเมิดสิทธิในทัศนคติของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากผู้ติดเชื้อยังถูกการละเมิดสิทธิ เช่น การประกาศผลการตรวจเลือดในที่สาธารณะ การแจ้งผลเลือดแก่ผู้อื่นโดยเจ้าตัวไม่ยินยอม การใช้อำนาจความรู้ของตนเองตัดสินใจแทน เช่น ผู้ติดเชื้อไม่ควรมีลูก เริ่มต้นที่การเลือกปฏิบัติว่าพวกเขาไม่จำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีลูก ไปจนถึงการประกอบใช้ทัศนคติกับการให้บริการและการเข้าถึงแหล่งบริการ เช่น ใช้มาตรการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้รับยาต้านไวรัส

5.3.6 การไม่แจ้งข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อ ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับผู้อื่นหรือการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

5.3.7 ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล มีบทบาทอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยลดการถูกตีตราจากสังคม มีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเข้าถึงการรักษาในสถานบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่ผู้ติดเชื้อยอมที่จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อหรือไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางครอบครัวและสังคม ที่เป็นตัวกำหนด

5.3.8 คุณภาพของยา ผู้ติดเชื้อยังมีความเข้าใจว่าการรักษาหรือการเข้าถึงยาต้านไวรัส จากโรงพยาบาลระดับจังหวัด (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) มีประสิทธิภาพจากการรักษาพยาบาลและคุณภาพของยาต้านไวรัสที่ได้รับ ดีกว่าโรงพยาบาลระดับอำเภอ (รพช.)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล

1. ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล ควรได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ติดเชื้อที่ถูกต้อง เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การสร้างกำลังใจ การดูแลผู้ติดเชื้อในระยะวิกฤตและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งบริการ

2. การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้างการรับรู้ให้ผู้ติดเชื้อมองตนเองว่า เกิดอะไรขึ้นบ้างกับตัวเราถ้ายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ สร้างอำนาจให้รู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่าง ๆ ให้ผู้ติดเชื้อภูมิใจในคุณค่าของตนเอง และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะลงมือปฏิบัติ

3. ญาติ พี่น้อง ต้องแนะนำให้ผู้ติดเชื้อได้ทำงาน เพื่อสร้างอาชีพ สร้างรายได้ สร้างโอกาส ด้วยการหาเงินในการเลี้ยงชีพของตนเอง

5.4.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รัฐบาลหรือองค์กรสาธารณะต่าง ๆ ที่ทำงานด้านส่งเสริมและการป้องกันโรคเอดส์ ควรหากลยุทธ์หรือวิธีการในการสร้างความรู้ ความเข้าใจกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเรื่องเอดส์ การไม่แสดงอาการรังเกียจ การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการวิจัยยังพบว่าประชาชนยังเข้าใจและให้ความหมาย ต่ผู้ติดเชื้อ ที่ยังถูกตีตราจากสังคม

5.4.1.3 หน่วยงานด้านสาธารณสุข (ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

1. ควรสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตนเองและไม่ได้รับยาต้านไวรัส ให้ได้รับการเข้าถึงยาต้านไวรัสทุกราย ทั้งที่ปรากฏอาการของโรค (Symptomatic HIV) และ ไม่ปรากฏอาการของโรค (Non - symptomatic HIV) เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ มีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ยาวนานขึ้น

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส การดูแลผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสในบทบาทของการให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแล การศึกษาหรือการพัฒนาองค์ความรู้ของตนเองเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

3. ปัญหาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่น สถานที่ตั้งของสถานบริการมีความห่างไกล ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการมีความห่างไกล ความยากลำบากในการเดินทางและการรอคอยเป็นเวลานาน เมื่อมารับบริการในแต่ละครั้ง ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อ ไม่อยากมาใช้บริการ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข ต้องให้การบริการเชิงรุกด้วยการออกไปให้บริการที่ตำบลหรือที่บ้าน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงการรักษาและจะได้รับการรู้หรือรับทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อ

5.4.1.4 หน่วยงานด้านสาธารณสุข (ด้านการรักษาพยาบาล)

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อบางราย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนี้

1. พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อ ควรมีการประเมินระดับความรู้ ความสามารถของผู้ติดเชื้อ และจัดการให้ความรู้ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระดับ การศึกษาน้อย การเข้าให้ความรู้พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ต้องคำนึงถึงวิธีการสื่อสาร และเทคนิค การสอนที่เหมาะสม โดยเฉพาะความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองนั้น อาจต้องทำการสอนในเรื่อง เดียวกันซ้ำ ๆ จนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ดังนั้นการให้ความรู้ ควรเน้นในเรื่องที่ผู้ติดเชื้อยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังมีพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม

2. พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ควรจัดให้มีการบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ติดเชื้อ เชนไอวีอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านจิตใจ ของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการให้คำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และก่อให้เกิดความหวังตามมา

3. จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพบางข้อ ยังปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับภาวะอารมณ์และพฤติกรรมนอนหลับพักผ่อน ซึ่ง พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ควรมีวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถลงพฤติกรรม สุขภาพที่ดีตลอดไป โดย

1) พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ควรแนะนำให้ผู้ติดเชื้อทราบถึงการออกกำลังกาย ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพร่างกาย อ่อนเพลียหรือในช่วงที่มีภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกายที่ผู้ติดเชื้อ สามารถทำได้ ควรเป็นการออก กกำลังกายที่ไม่หักโหมหรือต้องออกแรงมากนัก เช่น การบริหารข้อต่อต่าง ๆ การฝึกการหายใจ เป็นต้น

2) พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ควรอธิบายให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจว่า การพูดระบาย ความทุกข์ใจและความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ จะเป็นวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้าน อารมณ์ได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลทำให้ภูมิคุ้มกันด้านของร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้การได้พูดคุยหรือ ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ส่งผลทำให้ญาติหรือผู้ดูแล เข้าใจถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อ และให้การ ดูแลผู้ติดเชื้อได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

3) พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ควรอธิบายให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจถึงประโยชน์จาก การนอนหลับและการแก้ไขปัญหานอนไม่หลับ ด้วยการทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ หางาน อดิเรกทำ หรือหาหนังสือมาอ่าน เพื่อเป็นการผ่อนคลายจากภาวะความเครียดหรือวิตกกังวล

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาและติดตามการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะยาว เนื่องจากยังพบข้อมูลที่กล่าวถึงผู้ติดเชื้อรายอื่นที่รับประทานยาต้านไวรัสแล้วมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น กลับไปมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

5.4.2.2 ควรมีการศึกษาการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Living with HIV patients)





รายการอ้างอิง

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย. ข่าวสารโรคเอดส์*. กรุงเทพฯ: กรมฯ.
- ก่องพงษ์ ทศพรพงศ์. (2551). การตอบสนองของ CD4 ในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ต่อยาด้านไวรัส GPO-virS ในโรงพยาบาลมะเร็ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(1), 139–145.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (2541). *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์: การวิจัยทางคลินิก*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง.
- เกื้อกูล ถนอมกิจ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรักษาวันโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ โรงพยาบาลทรวงอก. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*, 7(2), 37-52.
- ขันดิชน ปิ่นชัยรัตน์. (2556). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดน่าน*. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.
- จามจรี แซ่ถู่. (2553). *การรับรู้สภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. นครปฐม: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยยศ คุณานุนี. (2543). *เอดส์: ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เจ เอส การ์พิมพ์.

- ชาดา อรุณรัตน์. (2533). ความขัดแย้งระหว่าง บทบาทการปฏิบัติกรพยาบาล กับบทบาทการป้องกันตนเอง และพฤติกรรมของพยาบาล ที่มีต่อผู้ป่วย ที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิมเอม, ชาย โพธิสิตา, อรทัย หรุเจริญพรพานิช, ภัสสร ลิมานนท์, และกฤติยา อาชวนิจกุล. (2547). รายงานการสังเคราะห์ห้องค์ความรู้จากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชุตินันท์ นัยแสง. (2545). ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลกระทบต่อชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาจากระบบ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2536). ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ “ชาย”. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2544). เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธวัช มณีผ่อง. (2553). โครงการศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อสนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย. เชียงใหม่: ดารารวมการพิมพ์.
- ธารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย. (2554). ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพและการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงลักษณ์ เกษม. (2549). โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวและ CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2539). รายงานการวิจัย เรื่อง ผู้หญิงอีสานกับการเผชิญปัญหาเอดส์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). *วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอช ไอวีและเอดส์: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2541). พฤติกรรมความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. ใน พิมพัทธ์ บุญมงคล (บรรณาธิการ), *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). *เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน*. กรุงเทพฯ: ที ซี เอเชีย.
- ปรีชา มณฑกานติกุล. (2551). โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์. ใน ปรีชา มณฑกานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสาระวงค์ และสุทธิพร ภัทรชยากุล (บรรณาธิการ), *คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 19–55). กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- ปวีณา สนธิสมบัติ. (2550). เกณฑ์บำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์. ใน ปรีชา มณฑกานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสาระวงค์ และสุทธิพร ภัทรชยากุล (บรรณาธิการ), *คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์* (หน้า 15–34). กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน.
- ปิยรัตน์ นิลอัยยกา. (2537). ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุนทเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์* (หน้า 210–242). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เปี่ยมปิติ ช่างสาร. (2534). *การติดตามผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ไพรมายต์ บินทาจิตต์. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

พรชัย พงศ์สงวนสิน. (2541, มกราคม – เมษายน). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช.

วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2(2), 49.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, ประพันธ์ ภาณุภาค, สมทรง วงศ์อุไร และสิทธิชัย เอกอรรถผล. (2553).

สรุปรายงานวิจัยเรื่องกรณีแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพฯ:

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ กิตติขงโสภณ. (2541). ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลบุตรวัย

เตาะเตะของมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรี ชันติพงษ์. (2549). คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่. เชียงใหม่: จตุพร.

พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคที่

ติดเชื่อเอดส์ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. เชียงใหม่:

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและ

เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.

มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2536). ร่างกาย ความสกปรกและภัยอันตราย ตราบาป โรคเรื้อนและโรคเอดส์.

วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, 1-2(7), ไม่ปรากฏเลขหน้า.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษา

นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. (2545). การแพทย์แผนไทยกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อเอดส์: สมุนไพรกับ

โรคเอดส์. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ.

เพ็ญศรี วงศ์พัฒน์. (2545). ตราบาปในผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. รายงานการศึกษาอิสระ

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์. (2546). ยาต้านไวรัสเอดส์. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 2(3), 35-44.

- ภูริชญา บุรินทร์กุล. (2547). *การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มัลลิกา มดีโก. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มารยาท วงษาบุตร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์. (2540). *แบบจำลองสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ลัดดา พลพุทธา. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วรรณทิพย์ ตั้งสถิตพร. (2552). *ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลตรัง*. *วารสารโรคเอดส์*, 21(3), 158–168.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์. (2545). *โรคเอดส์และการดูแล ใน การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2551). *ยารักษาโรคเอดส์*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2554, จาก <http://www.thailabonline.com/hiv010.htm>
- เวทีอิเล็กทรอนิกส์เพื่อสุขภาพไทย 2007. (2550). *มองลอดช่อง 3 กองทุนสุขภาพ จากกรณีรักษาผู้ป่วยเอดส์*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2554, จาก <http://www.prachatai.com/journal/2007/08/13959>

ศุภกรณ์ ปัญดิษฐ์. (2552). การศึกษาผู้ป่วยเอชไอวีในคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. *วารสารโรคเอดส์*, 22(1), 1–10.

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายภาค เขต และจังหวัดประเทศไทย กันยายน พ.ศ. 2527 ถึง 31 กรกฎาคม 2553*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2554, จาก <http://203.157.15.4/reportaids/2010.pdf>

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *แนวทางการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมนึก สังฆานุกาพ. (2551). พยาธิวิทยาการเนื้องอกและการดื้อยาต้านเอชไอวี. ใน สมนึก สังฆานุกาพ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, วสันต์ จันทราทิพย์, วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ และกาธร มาลาธรรม (บรรณาธิการ), *การดื้อยาต้านเอชไอวี หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก* (หน้า 1–12). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2552). พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก. ใน *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชุดที่ 8 โรคเอดส์ อาการทางจิตเวชและการรักษา* (หน้า 10–18). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมมาตร พรหมภักดี. (ม.ป.ป.). *รายงานการวิจัยเรื่อง การจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์: ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยชุมชนและบริการ*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานข้อมูลสมุนไพร. (2547). *สมุนไพรที่มีการใช้และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์: ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ประชาชน.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2554). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2554*. น่าน: สำนักงานฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2555). *รายงานการเข้าถึงบริการสุขภาพคนน่าน ปีงบประมาณ 2554*. น่าน: สำนักงานฯ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่. (2555). รายงานผลการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554. เชียงใหม่: สำนักงานฯ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ.

สุกฤษฎ์ กิติศิริวรพันธุ์. (2553). การบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย. ใน การสัมมนาเปิดปีภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหา อุปสรรค สิ่งท้าทายในการพัฒนา ความสำเร็จและความเสี่ยง วันที่ 12 มีนาคม 2553 ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร 7 ชั้น 9 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ วรรณสาร. (2551). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุวรรณ นฤยงสิทธิ์. (2545). โรคเอดส์: การพยาบาลแบบองค์รวม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุวรรณ จริยาเลิศศักดิ์, เพณณินาท์ โอเบอร์คอร์ดเฟอร์, จิราพร สุวรรณธีรวงูร, ดาราวรรณ ติ้ปะปิตา และฟิลลิป เกส. (2550). ระบบบริการคลินิกทางด้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาใน 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 132-144.

เสาวภา พรศิริพงษ์. (2541). ปฏิบัติทางสังคมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว. ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และสันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณาธิการ), องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (หน้า 111 - 138). นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อดิรัตน์ วัฒนไพลิน. (2549). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ: การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร. วิทยานิพนธ์การศึกษาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

- อรุณ แก้วเกตุ. (2551). การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัปสรศรี ฐนไพศาล. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคการตั้งเป้าหมายและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Abadia – Barrero, C. E. & Castro, A. (2006). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Soc Sci Med*, 62(5), 1219–1228.
- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*, 9(3), 208 – 220.
- Alonzo, A. A. & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and eraboration of a stigma trajectory. *Social Science and Medicine*, 41(3), 303 – 315.
- Arangio, A. J. (1979). Stigma: Social scaring. In J.R., Folta & E. S. Deck (Eds.), *A sociological frame work for patient vare*. New York: John Wiley & Sons.
- Bartlett, J. G. & Lane, H. C. (2009). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1–Infected Adults and Adolescents*. Retrieved June 16, 2010, from [http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/ AdultandAdolescentGL.pdf](http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf)
- Becker & Marshall, H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monograph*, 2, 409–417.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Sluck.
- Becker, M.H., Drachman, R. H. & Kirscht, J. P. (1974, October). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 200–215.

- Benjamas Suksatit. (2004). *Stigma perception and health promoting self-care ability of young adults with HIV/AIDS*. Master's Thesis of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Bennett, M. J. (1990). Stigmatization: Experiences of person with acquired immune deficiency syndrome. *Issues in Mental Health Nursing*, 11(2), 141–154.
- Blair, M. (2005). Management of clients with acquired immunodeficiency syndrome. In J. M. Black & J. H. Hawks (Eds.), *Medical–surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7th ed.; pp. 2375–2399). St. Louis: Elsevier.
- Bongiovanni, M., Bini, T., Chiesa, E., Cicconi, P., Adorni, F. & Monforte, A. A. (2004). Lopinavir/ritonavir vs. indinavir/ritonavir in antiretroviral naive HIV–infected patients: Immunovirological outcome and side effects. *Antiviral Research*, 62, 53–56.
- Bruno, R., Sacchi, P., Maiocchi, L., Zocchetti, C. & Filici, G. (2005). Hepatotoxicity and nelfinavir: A meta–analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3, 482–488.
- Bumard, F. (1998). The Psychosocial needs of people with HIV and AIDS: A views from nurse educators and counsellors. *Journal of Advance Nursing*, 18, 1779 – 1186.
- Busza, J. (1999). *Literature review: Challenging HIV – related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities*. New York: The Population Council.
- Calza, L., Manfredi, R. & Chiodo, F. (2003). Hyperlipidaemia in patients with HIV–1 infection receiving highly active antiretroviral therapy: Epidemiology, pathogenesis, clinical course and management. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 22, 89–99.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M. & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17(1), 53–72.
- Chandra, P. S., Deepthivarma, S. & Manjula, V. (2003). Disclosure of HIV infection in south India: Pattern. Reasons and reactions. *AIDS Care*, 15(2), 207–215.

- Cheek, J. (1996). *Society and health: Social theory for health workers*. Melbourne: Addison Wesley Longman Australia Pty.
- Clark, H. J., Lindner, G., Armistead, L. & Austin, B. J. (2003). Stigma, disclosure and psychological functioning among HIV–infected and non–infected African–American woman. *Women & Health, 38*(4), 54–57.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300 – 314.
- Derlega, V. J., Winstead, B. A., Greene, K., Serovich, J. & Elwood, W. N. (2010). Reason of HIV disclosure/nondisclosure in close relationship: Testing a model of HIV disclosure decision making. *Journal of Social Science and Clinical Psychology, 23*(6), 747–767.
- Diamond, C. & Buskin, S. (1999). Continued risky behavior in HIV – infected youth. *American Journal of Public Health, 90*, 115–118.
- Diaz, P. T., King, M. A., Pacht, E. R., Wewers, M. D., Gadek, J. E., Nagaraja, H. N., Drake, J. & Clanton, T. L. (2000). Increased susceptibility to pulmonary emphysema among HIV–seropositive smoker. *Annals of Internal Medicine, 132*(5), 369–372.
- Dietz, E., Clum, G. A., Chung, S., Leonard, L., Murphy, D. A., Perez, L. V., Harper, G. W. & Ellen, J. M. (2010). Adherence to scheduled appointments among HIV–infected female youth in five U.S. cities. *Journal of Adolescent Health, 48*(3), 278–283.
- Dinitz, S., Russell, R. D. & Alfred, C. C. (Editors). (1969). *Deviance*. New York: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of Quality and Approaches to its Assessment, vol.1: Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

- Dourado, I., Oliveira, V. B., Aquino, R., Bonolo, P., Lima-Costa, M. F., Medina, M. G., Mota, E., Turci, M. A. & Macinko, J. (2011). Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care*, 49(6), 577–584. doi:10.1097/MLR.0b013e31820fc39f
- Elder, J. P., Ayala, G. X. & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(4), 275–284.
- Esplen, E. (2007). *Women and girls living with HIV/AIDS: Overview and annotated bibliography*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Expectations*. New York: The Free Press.
- Flaskerud, J. H. & Ungvarski, P. J. (1995). *HIV/AIDS: A guide to nursing care* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Flaskerud, J. H. (1992). Psychosocial aspects. In J.H. Flaskerud & P. J. Ungvarski (eds.), *HIV/AIDS a guide to nursing care* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunder.
- Fulk L. J., Stock H. S., Marshall, J. D., Lynn, A. J., Wilson, M. A. & Hand, G. A. (2003). Chronic treadmill training reduces acute anxiety-related behaviors in rats. *International Journal of Sports Medicine*, In Pressgraduate Training: 1974.
- Garrido, P. B., Paiva, V., do Nascimento, V. L. V., Sousa, J. B. & Santos, N. J. S. (2007). AIDS, Stigma and unemployment: implication for health service. *Rev Saude Publica*, 41(2), 1–7.
- Gazzard, B. G., Moyle, G. L., Weber, J., Johnson, M., Bingham, J. S., Brettle, R., Churchill, D., Fisher, M., Griffin, G., Jefferies, D., King, E., Gormer, R., Lee, C., Pozniak, A., Smith, J. R., Tudor-Williams, G. & Williams, I. (1997). British HIV association guidelines for antiretroviral treatment of HIV seropositive individuals. *The Lancet*, 349, 1086–1092.

- Gilmore, N. & Somerville, M. A. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases, overcoming 'them' and 'us'. *Social Science and Medicine*, 39, 1339–1358.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gochman, D. S. (Editor.). (1997). *Handbook of health behavior research*. (Vols. 1–4). New York: Plenum. Cited in Mark, C. & Paul, N. (Eds.). (2005). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (2nd ed.). Maidenhead, Berkshire United Kingdom: Open University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R. D., Miller, L. G., Beck, C. K., Ickovics, J., Kaplan, A. H. & Wenger, N. S. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med*, 17(10), 756–765.
- Green, J. & Mc Creaner, A. (1996). *Counselling in HIV infection and AIDS* (2nd ed.). London: Blackwell Science.
- Greif, J. & Golden, B. A. (1994). *AIDS care at home: A guide for caregivers, loved ones, and people with AIDS*. New York: John Wiley & Sons.
- Grierson, J., Pitts, M., Herewini, T. H., Ruaine, G., Hughes, A. J., Saxton, P. J., Whyte, M., Misson, S. & Thomas, M. (2004). Mate Aaraiore A Muri Ake Nei: Experiences of Maori New Zealanders living with HIV. *Sex Health*, 1(3), 175–180.
- Gulliford, M. & Morgan, M. (Eds.). (2003). *Access to Health Care*. London: Routledge.

- Harries, K., Zachariah, R., Manzi, M., Fermenich, P., Mathela, R., Drabo, J., Onadja, G., Arnould, L. & Harries, A. (2010). Baseline characteristics, response to and outcome of antiretroviral therapy among patients with HIV-1 HIV-2 and dual infection in Burkina Faso. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(2), 154–161.
- Hassan, A., Babadoko, A. A., Mamman, A. I. & Ahmed, S. A. (2009). Zidovudine induced pure red cell aplasia: A case report. *Niger Journal Medicine*, 18(3), 332–333.
- Hawkins, T. (2010). Understanding and managing the adverse effects of antiretroviral therapy. *Antiviral Research*, 85, 201–209.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). *Self-care nursing: Promotion of health* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Hoffman, A. L. (1991). Loneliness. In G. H. Macfarland & M. D. Thommas (Eds.), *Psychiatric mental health nursing application of nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Hopper, S. (1981). Diabetes as a stigmatized condition: The case of low income clinic patients in the United States. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(1), 11–19.
- Howard, D. C. P., Howard Research and Instructional Systems Inc, Alberta Health Care Project, Alberta. Alberta Health and Wellness, Canada. Health Canada & Health Transition Fund. (2000). *Primary health care: Six dimensions of inquiry*. Retrieved June 16, 2010, from <http://www.health.gov.ab.ca./key/phc/resource/access.pdf>
- Hull, J. G., Van Treuren, R. R., Hill, L., Smith, N. & Virnelli, S. (1987). Hardiness and health: A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(8), 518–530.

- Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., Schoenbaum, E. E., Schuman, P., Boland, R. J. & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV–seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *The Journal of the American Medical Association*, 285(11), 1466–1474.
- International Center for Research on Woman. (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington, DC: International Center for Research on Woman.
- Introcaso, C. E., Hines, J. M. & Kovarik, C. L. (2010). Cutaneous toxicities of antiretroviral therapy for HIV Part I: Lipodystrophy syndrome, nucleoside reverse transcriptase inhibitors, and protease inhibitors. *Journal of the American Academy Dermatology*, 63, 549–561.
- Israel. (1985). Social network and social support: Implication for natural helper and community intervention. *Health Educ*, 12, 65–80.
- Jilling, C. & Alexis, L. (1991). The concept of stigma: Timely relevant and possibly uncomfortable. *Critical Care Nurse*, 11(1), 62–64.
- Kaplan, J. F., Sallis & Patherson T. L. (1974). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw-Hill.
- Kasl, S.V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior, *Archives of Environmental Health*, 12, 246–66. Cited in Mark, C. & Paul, N. (Eds.). (2005). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (2nd ed.). Maidenhead, Berkshire United Kingdom: Open University Press.
- Kegeles, S. M., Coates, T. J., Christopher, T. A. & Lazarus, J. L. (1989). Perception of AIDS: The continuing Saga of AIDS relate stigma. *AIDS*, 3(Suppl 1), S253-S258.
- Kitajima. T., Kobayashi, Y., Chaipah, W., Sato, H., Toyokawa, S., Chadbunchachai, W. & Thuennadee, R. (2005). Access to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in Khon Kaen Province, Thailand. *AIDS Care*, 17(3), 359–366.

- Kyte, R. D. & Sachs, L. G. (2010). Perception of control and social and support in relation to psychosocial adjustment to HIV/AIDS. *AIDS Patient Care*, 8(6), 322–327.
- Lalezari, J. P., Henry, K., O'Hearn, M., Montaner, J. S., Piliero, P. J., Trottier, B., Walmsley, S., Cohen, C., Kuritzkes, D. R., Eron, J. J. Jr., Chung, J., DeMasi, R., Donatucci, L., Drobnes, C., Delehanty, J. & Salgo, M. (2003). *Enfuvirtide, an HIV-1 fusion inhibitor, for drug-resistant HIV infection in North and South America.* , from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12637625>
- Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problem and social control*. Engle wood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
- Maesneer, J. D. & Willems, S. (2000). *Accessibility of health care*. Retrieved June 16, 2010, from <http://allserv.rug.ac.be/~apeleman/huisartsgeneeskunde%20Folder/>
- Melanie–Anne, A. J., Rhemtula, Y. A., Menezes, C. N. & Grobusch, M. P. (2008). Lamivudine induced red cell aplasia. *Journal of Medical Microbiology*, 57, 1032–1035.
- Mohammed, H., Kieiltyka, L., Richardson–Alston, G., Magnus, M., Fawal, H., Vermund, S. H., Rice, J. & Kissinger, P. (2004). Adherence to HAART among HIV–infected Persons in Rural Louisiana. *AIDS Patient Care*, 18(5), 289–295.
- Moneyham, L., Seals, B., Demi, A., Sowell, R., Cohen, L. & Guillory, J. (1996). Perception of stigma in woman infection with HIV. AIDS Patient Care and STDs. *Journal of STD & AIDS*, 13, 301–310.
- Morris, A., Kingsley, L. A., Groner, G., Lebedeva, I. P., Beard, C. B. & Norris, K. A. (2004). Prevalence and clinical predictors of pneumocystis colonization among HIV–infected man. *AIDS*, 18(5), 793–798.
- Mouala, C., Roux, P., Okome, M., Sentenac, S., Okome, F., Nziengui, U., Olivier, F., Benjaber, K. & Rey, J. L. (2006). Assessment of compliance with ARV treatment in Africa. *Med Trop (Mars)*, 66(6), 610–614.

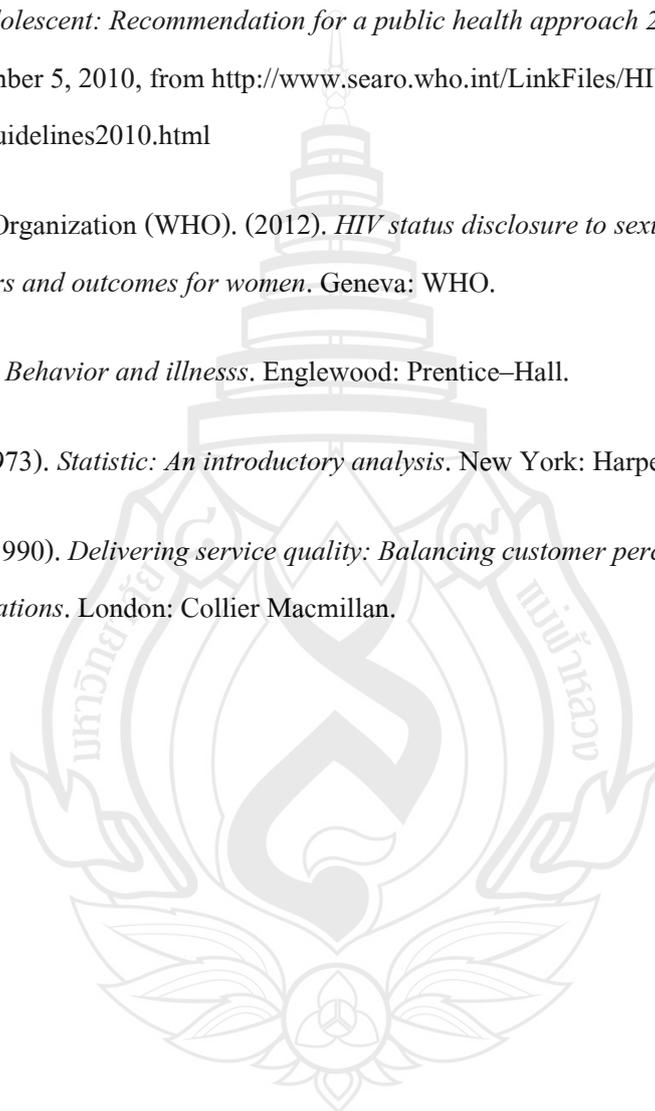
- Mshana, G. H., Wamoyi, J., Busza, J., Zaba, B., Chagalucha, J., Kaluvya, S. & Urassa M. (2006). Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: A qualitative study of early rural referrals to the nation program. *AIDS Patient Care STDS*, 20(9), 649–657.
- National Institute of Mental Health. (1996). *AIDS and stigma: A conceptual framework and research agenda: Final report from research workshop*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Nixon, S., O'Brien, K., Glazer, R. H. & Tynan, A. M. (2005). *Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS (review)*. Retrieved January 9, 2007, from <http://www.thecochranelibrary.com>
- Ntata, P. R. (2007). Equity in access to ARV in Malawi. *SAHARA J*, 4(1), 564–574.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby – Year Book.
- Panos (1990). *The 3rd epidemic, repercussions of the fear of AIDS*. London: Panos Institute.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawel, K., Pulerwitz, J. & Brown, L. (2002). *HIV/AIDS related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. New York: The Population Council.
- Parson, J. T., VanOra, J., Missildine, W., Purcell, D. W. & Gomez, A. (2004). Positive and negative consequences of HIV disclosure among seropositive injection drug users. *AIDS Education and Prevention*, 16(5), 459–475.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981). The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. East Norwalk: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.

- Piot, P. & Coll Seck, A. M. (2001). International Response to the HIV/AIDS Epidemic: Planning for Success. *Bull World Health Organ*, 79(12), 1106–1112.
- Posse, M., Meheus, F., van Asten, H., van der Ven, A. & Baltussen, R. (2008). Barriers to access to antiretroviral treatment in developing countries: A review. *Trop Med Int Health*, 13(7), 904–913. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02091.x. Epub 2008 May 6
- Preecha Upayokin. (1991). *Treatment choice, disease outcome and stigma: An investigation of leprosy patients and illness behavior in Thailand*. Cleveland: Case Western Reserve University.
- Rao, D., Kekwaletswe, T. C., Hosek, S., Marthinez, J. & Rodriguez, F. (2007). Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*, 19(1), 28–33.
- Reichelderfer, P. S. (1998, September). *Laboratory monitoring of the viral life cycle*. Paper present at the 1998 Conference on the laboratory science of HIV, National Institutes of Health, Bethesda, MD.
- Rosen, R., Florin, D. & Dioxin, J. (2001). *Access to health care – taking forward the findings from the scoping exercise. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Management Board of the National Co – ordinating Centre for NHS service Delivery and Organisation*. London: King's Fund.
- Saylor, C. (1990). *Stigma. Chronic illness impact and intervention* (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishes.
- Siegel, K., Lekas, H. M. & Schrimshaw, E. W. (2005). Serostatus disclosure to sexual partners by HIV–infection women before and after the advent of HAART. *Women & Health*, 41(4), 63–85.
- Siminoff, L. A., Erlen, J. A. & Lidz, C. W. (1991). Stigma, AIDS an quality of nursing care: State of the science. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 262–269.

- Simoni, V., Ho, D. D. & Karim, Q. A. (2006). HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*, 368(9534), 489–504.
- Sims, R. & Moss, V. A. (1995). *Palliative care for people with AIDS*. London: Edward Arnold.
- Somavia, J. (2008). *Facts on HIV and work*. Retrieved June 19, 2009, from <http://www2.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/events/ilc09fs.pdf>
- Souteyrand, Y. P., Collard, V., Moatti, J. P., Grubb, I. & Guerma, T. (2008). Free care at the point of service delivery: A key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS*, 22(Suppl 1), S161- S168. doi: 10.1097/01.aids.0000327637.59672.02
- Sowell, R. L., Seals, B. F., Philips, K. D. & Julious, C. H. (2003). Disclosure of HIV infection: How do Women decide to tell. *Health Education Research*, 18(1), 32–44.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F. & Moatti, J. P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: From a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine*, 54(10), 1481–1496.
- Stout, B. D., Leon, M. P. & Nicoli, L. M. (2004). Nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive patient in Costa Rica. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(5), 297–304.
- Sukasem, C., Churdboonchart, V., Chasombat, S., Kohreanudom, S., Watitpun, C., Pasomsub, E., Piroj, W., Tiensuwan, M. & Chantratita W. (2007). Surveillance of genotypic resistance mutations in chronic HIV-1 treated individuals after completion of the national access to antiretroviral program in Thailand. *Infection*, 35(02), 81–88.
- Uglietti, A., Novati, S., Gulminetti, R. & Maserati, R. (2009). Correlations between atazanavir trough and hyperbilirubinemia: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 3(9307), 1–4.
- UNAIDS. (2013). *AIDS epidemic update: Special report on HIV/AIDS: December 2012*. Geneva: UNAIDS.

- Veinot, T. C., Flicker, S. E., Skinner, H. A., McClelland, A., Saulnier, P., Read, S. E., Skinner, H. A., McClelland, A., Saulnier, P., Read, S. E. & Goldberg, E. (2006). Supposed to make you better but it doesn't really: HIV – positive youths' perceptions of HIV treatment. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 261–267.
- Volberding, P. A. & Deeks, S. G. (2010). Antiretroviral therapy and management of HIV infection. *The Lancet, 376*, 49–62.
- Vosvick, M., Gore-felton, C., Ashton, E., Koopman, C., Fluery, T., Israelski, D. & Spiegel, D. (2004). Sleep disturbances among HIV-positive adults: The role of pain, stress, and social support. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(5), 459–463.
- Wald, R. L., & Temoshok, L. R. (2004). Spirituality, forgiveness, and health in a U.S. inner-city HIV clinic. Proceedings, XV International AIDS Conference, Bangkok, Thailand (pp. 55-58). Bologna, Italy: Medimond.
- Warnke, D., Barreto, J. & Temesgen, Z. (2007). Antiretroviral drugs. *Journal Clinical Pharmacology, 47*, 1570–1579.
- Warwick, R. M., Platt, H. M. & Somerfield, P. J. (1998). *Free-living marine nematodes. Part. III. Monhysterids*. London: Field Studies Council, for the Linnean Society of London and the Estuarine and Coastal Sciences Association.
- Wolinsky, F. D. (1980). *The sociology of health*. Boston: Little Brown and Company.
- World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, 6–12 September 1978*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (1998). *World health statistics quarterly*. Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to antiretroviral therapy in scaling up antiretroviral therapy in resource-limit setting: treatment guidelines for a public health approach*. Retrieved September 5, 2010, from <http://www.who.int/publications/2003/9241545991.html>

- World Health Organization (WHO). (2009). *Towards universal access scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report 2009*. Retrieved September 5, 2010, from http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/full_report_en.html
- World Health Organization (WHO). (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescent: Recommendation for a public health approach 2010 revision*. Retrieved September 5, 2010, from http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIVAIDS_ARTguidelines2010.html
- World Health Organization (WHO). (2012). *HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes for women*. Geneva: WHO.
- Wu, R. (1973). *Behavior and illness*. Englewood: Prentice-Hall.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.
- Ziethaml, V. (1990). *Delivering service quality: Balancing customer perceptions and expectations*. London: Collier Macmillan.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรและประวัติความเจ็บป่วย

ตารางที่ ก1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของประชากร

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	159	46.80
	หญิง	181	53.20
	รวม	340	100.00
กลุ่มอายุ (ปี)	ต่ำกว่า 20 ปี	8	2.40
	21 – 30 ปี	27	7.90
	31 – 40 ปี	112	32.90
	41 – 50 ปี	161	47.40
	51 – 60 ปี	31	9.10
	61 ปีขึ้นไป	1	0.30
	รวม	340	100.00
อายุเฉลี่ย 41.07 ปี	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.97		อายุต่ำสุด 16 ปี
นับถือศาสนา			อายุสูงสุด 61 ปี
	พุทธ	330	97.10
	คริสต์	10	2.90
	รวม	340	100.00

ตารางที่ ก1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	2.95
ประถมศึกษา	163	47.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	78	22.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	53	15.65
อนุปริญญา/ปวส.	17	5.00
ปริญญาตรี	17	5.00
ปริญญาโท	2	0.60
รวม	340	100.00
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	3.53
รับจ้าง	172	50.59
เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา	90	26.47
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	6.18
นักเรียน/นักศึกษา	8	2.35
พนักงานบริษัทเอกชน	11	3.24
อาบอบนวด	18	5.29
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	2.35
รวม	340	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	87	25.59
สมรสแล้ว	154	45.29
หม้าย	85	25.00
หย่าหรือแยก	14	4.12
รวม	340	100.00

ตารางที่ ก1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	0	0.00
ต่ำกว่า 5,000	42	12.35
5,001 - 10,000	188	55.29
10,001 - 20,000	99	29.12
20,001 - 30,000	7	2.06
30,001 - 40,000	2	0.59
40,001 - 50,000	1	0.29
มากกว่า 50,000	1	0.29
รวม	340	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,713.71 บาท	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6,925.01	
รายได้ต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือน	รายได้สูงสุด 68,000 บาทต่อเดือน	
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	42	12.35
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	121	35.59
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	177	52.06
รวม	340	100.00
ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน		
บัตรประกันสุขภาพ	270	79.41
บัตรประกันสังคม	52	15.29
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	16	4.71
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	2	0.59
รวม	340	100.00

ตารางที่ ก2 จำนวนและร้อยละประวัติความเจ็บป่วย

ประวัติความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคตัวเองคิดเชื่อ (ปี)		
ต่ำกว่า 1 ปี	31	9.12
2 – 5 ปี	75	22.06
6 – 10 ปี	113	33.24
11 – 15 ปี	60	17.65
16 – 20 ปี	48	14.12
21 – 25 ปี	10	2.94
26 – 30 ปี	3	0.88
รวม	340	100.00
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคตัวเองคิดเชื่อโดยเฉลี่ย 6.00 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.25		
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคตัวเองคิดเชื่อสูงสุด 29 ปี ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคตัวเองคิดเชื่อต่ำสุด 1 ปี		
การวินิจฉัยว่าคิดเชื่อ (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีอาการผิดปกติทางร่างกาย	128	37.65
ไปปรึกษาแพทย์แล้วได้ตรวจพบเชื้อเอชไอวี	28	8.24
มีอาการป่วยและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งตรวจพบการติดเชื้อโดยแพทย์ ด้วยเงื่อนไขจากความต้องการของผู้ป่วย	174	51.18
สามีหรือภรรยาที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ สงสัยตัวเอง จึงไปตรวจเลือด	77	22.65
ตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์	20	5.88
ตรวจเลือดเข้าทำงาน	4	1.18
ติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่เกิด	7	2.06
สามีหรือภรรยาติดเชื้อเอชไอวี จึงไปตรวจเลือด	25	7.35
ตรวจเลือดเพื่อทำประกันชีวิต	6	1.76
ตรวจเลือดเข้าฌาปนกิจสงเคราะห์	5	1.47
ตรวจเลือดเพื่อจะแต่งงาน	3	0.88
คลอดบุตรที่โรงพยาบาล	3	0.88
ตรวจเลือดเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษา	1	0.29

ตารางที่ ก2 (ต่อ)

ประวัติความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านเชื่อว่าตนเองติดเชื้อฯ จาก		
จากคู่นอนถาวร(สามีหรือภรรยา)	172	50.59
จากหญิงหรือชายที่ขายบริการ	46	13.53
จากคู่นอนชั่วคราว	96	28.24
จากการใช้ยาเสพติด	2	0.59
จากการสัมผัสกับเลือดผู้ป่วยเอดส์	3	0.88
ติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่เกิด	11	3.24
โดนข่มขืนหรือถูกทารุณกรรม	7	2.06
ไม่แน่ใจ	3	0.88
รวม	340	100.00
ท่านได้รับการรักษาครั้งแรกที่ไหน		
โรงพยาบาลในจังหวัด	261	76.76
โรงพยาบาลต่างจังหวัด(ของรัฐ/เอกชน)	70	20.59
คลินิกของหน่วยงานภาครัฐ	8	2.35
คลินิกของหน่วยงานภาคเอกชน	1	0.29
รวม	340	100.00
ท่านได้รับยาต้านหรือไม่		
ได้รับ		
ต่ำกว่า 1 ปี	20	5.88
2 – 5 ปี	77	22.65
6 – 10 ปี	127	37.35
11 – 15 ปี	37	10.88
16 – 20 ปี	9	2.65
20 ปี ขึ้นไป	5	1.47
ไม่ได้รับ	65	19.12
รวม	340	100.00

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



เลขที่

โครงการวิจัย การตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ในจังหวัดน่าน

“Stigma, Health behavior, and Accessibility to Health Care Services of HIV patient
in Nan Province”

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ผู้สัมภาษณ์ วันที่..... เดือน พ.ศ.

เริ่มเวลา สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามที่ศึกษาถึงการตีตรา พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดน่าน กรุณาตอบด้วยความถูกต้องและจริงใจ คำตอบของท่าน ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่าน และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น

คำอธิบาย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 13 หน้า แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ประวัติความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการตีตรา

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ขอความกรุณาจากท่าน กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านในขณะนี้ คำตอบที่ได้จะไม่ถูก ไม่ผิด แต่ละช่องแสดงถึงคำตอบแต่ละคำถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. นับถือศาสนา
 [] 1. พุทธ [] 2. คริสต์
 [] 3. อิสลาม [] 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
 [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา
 [] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 [] 5. อนุปริญญา/ปวส. [] 6. ปริญญาตรี
 [] 7. ปริญญาโท [] 8. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
 [] 1. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ [] 2. ข้าราชการบำนาญ
 [] 3. รับจ้าง [] 4. เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน
 [] 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว [] 6. นักเรียน/นักศึกษา
 [] 7. พนักงานบริษัทเอกชน [] 8. อื่น ๆ โปรดระบุ

6. สถานภาพสมรส

- [] 1. โสด [] 2. สมรสแล้ว
[] 3. หม้าย [] 4. หย่าหรือแยก

7. รายได้ของครอบครัวท่าน โดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ(ระบุ) บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

- [] 1. เพียงพอ มีเหลือเก็บ [] 2. เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ
[] 3. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

9. ระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คืออะไร

- [] 1. บัตรประกันสุขภาพ [] 2. บัตรประกันสังคม
[] 3. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ [] 4. อื่นๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 ประวัติความเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. มีอาการป่วยเหมือนเป็นไข้หวัด มีต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น มีผื่นขึ้นตามตัวมีอุจจาระร่วง
เจ็บปวณ

- [] 2. ท่านไปปรึกษาเลือดแล้วได้ตรวจพบเชื้อเอชไอวี
[] 3. ท่านมีอาการป่วยและเข้ารักษาพยาบาล ต่อมาพบว่าติดเชื้อเอชไอวี
[] 4. เห็นความผิดปกติของร่างกาย
[] 5. อื่นๆ (ระบุ).....

2. ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ (ระบุ) ปี

3. ท่านเชื่อว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จาก

- [] 1. จากคู่นอนถาวร(สามีหรือภรรยา) [] 2. จากหญิงหรือชายที่ขายบริการ
[] 3. จากคู่นอนชั่วคราว [] 4. จากการใช้ยาเสพติด
[] 5. จากการสัมผัสกับเลือดผู้ป่วยเอดส์ [] 6. อื่นๆ (ระบุ)

4. ท่านได้รับการรักษาครั้งแรกที่ไหน

- [] 1. โรงพยาบาลในจังหวัด [] 2. โรงพยาบาลต่างจังหวัด (ของรัฐ/เอกชน)
[] 3. คลินิกของหน่วยงานภาครัฐ [] 4. คลินิกของหน่วยงานภาคเอกชน
[] 5. อื่นๆ (ระบุ).....

5. ปัจจุบันท่านได้รับยาต้านไวรัสหรือไม่

[] 1. ได้รับ

ได้รับยาต้านไวรัส มาประมาณ (ระบุ) ปี

[] 2. ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่พิจารณาเห็นว่าตรงกับความจริงกับตัวท่านมากที่สุด

คำตอบที่ได้จะไม่มีถูก ไม่มีผิด แต่ละช่อง แสดงถึงข้อความแต่ละคำถาม

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีกิจกรรมนั้น

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย เมื่อมีกิจกรรมนั้น

ไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

พฤติกรรมสุขภาพ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
<u>พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำดื่ม</u>			
1. ฉันรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ข้าว ถั่ว เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ			
2. ฉันชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรือ อาหารดิบ			
3. ฉันชอบรับประทานอาหารที่ข่อยง่าย เช่น ผัก ปลา และผลไม้			
4. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาซึ่ม ปลาร้า			
5. ฉันดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
<u>การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและสภาวะแวดล้อม</u>			
6. ฉันทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			
7. ฉันแปรงฟันและล้างในทอนเช้าและก่อนนอน ทุกวัน			
8. ฉันสระผมอย่างสม่ำเสมอ			
9. ฉันดูแลบ้านเรือนให้สะอาด พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
10. ฉันดูแลเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายและเครื่องนุ่มห่มต่างๆ ให้สะอาด			

การออกกำลังกาย			
11. ฉันเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง			
12. ฉันออกกำลังกายสม่ำเสมอ			
พฤติกรรมสุขภาพ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
13. ฉันไม่ได้ออกกำลังกาย			
14. ฉันเลือกประเภทการออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย			
15. ฉันดูแลร่างกายให้แข็งแรงและมีสุขภาพดี			
<u>การนอนหลับพักผ่อน</u>			
16. ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ			
17. ถ้าฉันนอนไม่หลับฉันจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ			
18. ฉันรับประทานยานอนหลับ			
19. ฉันหลีกเลี่ยงการนอนดึก			
20. ฉันนอนหลับสนิท			
<u>การจัดการกับภาวะอารมณ์</u>			
21. ฉันยึดหลักศาสนา สวดมนต์ภาวนา ฝึกสมาธิ หรือเข้าโบสถ์ หรือทำละหมาด เพื่อลดความวิตกกังวล			
22. ฉันรับประทานยาคลายเครียด			
23. ฉันจะไม่เก็บเรื่องที่ไม่สบายใจหรือวิตกกังวลไว้คนเดียว แต่จะปรึกษากับญาติพี่น้อง			
24. ฉันมองโลกในแง่ดี มีความหวัง มีอนาคต อดทน ขยันขันแข็ง และหาความรู้ใส่ตัวอยู่เสมอ			
25. ฉันไม่คิดเปรียบเทียบกับคนที่ดีกว่าหรือเก่งกว่า แต่จะมองคนที่ยากลำบากกว่า ยากจนกว่าเรา หรือแ่กว่าเรา			
<u>การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง</u>			
26. เมื่อคนรักของฉันต้องการมีเพศสัมพันธ์ ฉันให้เขาใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง			
27. ฉันหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับบุคคลอื่น			
28. ฉันหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์และไวน์			
29. ฉันหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชาและกาแฟ			
30. ฉันหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่			
<u>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</u>			
31. ฉันรับประทานยาต้านไวรัสตามที่แพทย์แนะนำและสม่ำเสมอ			

พฤติกรรมสุขภาพ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
32. ฉันไม่ซื้อยารับประทานเอง			
33. ฉันสอบถามแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับอาการป่วยของฉัน ทุกครั้ง			
34. ฉันสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย อยู่สม่ำเสมอ			
35. ฉันสนใจข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพของตนเอง			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่พิจารณาเห็นว่าตรงกับความจริงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ถูก ไม่ผิด แต่ละช่อง แสดงถึงคำตอบแต่ละคำถาม

- เป็นจริงมากที่สุด** หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นประจำ
- เป็นจริงส่วนมาก** หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นส่วนใหญ่
- เป็นจริงปานกลาง** หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นปานกลาง
- เป็นจริงน้อยมาก** หมายถึง ท่านพบเห็นน้อยมาก
- ไม่เป็นจริงเลย** หมายถึง ท่านไม่เคยพบเห็นเลย

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
ความเพียงพอของบริการ					
1. การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ท่านเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
2. การติดต่อประสานงานของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ท่านเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
3. การสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นแรงจูงใจให้ท่านเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
4. การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ท่านมีความสะดวกในการมาใช้บริการสุขภาพ					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
5. การแจ้งข้อมูลข่าวสาร จากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นประจำและสม่ำเสมอ ช่วยให้ท่านมาใช้บริการสุขภาพ					
การรับบริการ					
6. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล มีความลำบากในการมาใช้บริการสุขภาพ					
7. ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคในการมาใช้บริการ					
8. ความยากลำบากในการเดินทาง ทำให้ท่านมาใช้บริการสุขภาพไม่เป็นไปตามแพทย์นัด					
9. การรอคอยเป็นเวลานาน เพื่อรับการตรวจจากแพทย์ ทำให้ท่าน ไม่อยากมารับบริการสุขภาพ					
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก					
10. การมีช่องทางด่วน สำหรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้ออยากมาใช้บริการสุขภาพ					
11. การมีคลินิกเฉพาะ สำหรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสะดวกในการมาใช้บริการสุขภาพ					
12. การให้บริการ โดยกำหนดให้เป็นไปตามช่วงเวลา ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อมาใช้บริการสุขภาพ					
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ					
13. การมีปัญหาด้านการเงิน ทำให้ท่านไม่สามารถมาใช้บริการสุขภาพให้เป็นไปตามแพทย์นัดได้					
14. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ท่านมาใช้บริการสุขภาพ ไม่ได้หรือไม่สม่ำเสมอ					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
การยอมรับคุณภาพการบริการ					
15. การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ช่วยให้คุณเข้ามาใช้บริการสุขภาพมากขึ้น					
16. แหล่งบริการสุขภาพ จัดบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม มีผลต่อผู้ติดเชื้อในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ					
17. ความเชื่อมั่นและศรัทธา ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีผลให้คุณเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
18. การยอมรับ ในความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีผลให้คุณเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
19. คุณภาพยา ของโรงพยาบาลมีผลให้คุณเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					
20. การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยี ทางการแพทย์ ที่ทันสมัย ในการตรวจสุขภาพ มีผลให้คุณเข้ามาใช้บริการสุขภาพ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่พิจารณาเห็นว่าตรงกับความจริงกับตัวท่านมากที่สุด

คำตอบที่ได้จะไม่ถูก ไม่ผิด แต่ละช่อง แสดงถึงคำตอบแต่ละคำถาม

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นประจำ
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง ท่านพบเห็นเป็นปานกลาง
เป็นจริงน้อยมาก	หมายถึง ท่านพบเห็นน้อยมาก
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยพบเห็นเลย

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
ด้านความมื่อคติ					
1. คนทั่วไปยังเข้าใจว่าฉัน คือคนประพฤติน่าดีหรือประพฤติน่าเกลียด					
2. ญาติพี่น้องบางคนแสดงท่าทีรังเกียจต่อฉัน					
3. เวลาที่เพื่อนฝูงหรือคนที่ฉันรู้จัก เดินผ่านมักแกล้งทำเป็นมองไม่เห็นฉัน					
4. เพื่อนบ้านซุบซิบนินทา ขณะฉันเดินผ่านเขาเหล่านั้น					
5. ขณะที่ฉันรอตรวจ ณ ที่นั่งรอตรวจของโรงพยาบาล ผู้คนรอบข้างมองฉันด้วยสีหน้าและแววตา ที่ดูหมิ่นหรือเหยียดหยามฉัน					
6. คนในครอบครัวของฉัน บางคนแสดงการรังเกียจ และ แสดงความเบื่อกหน้า					
7. คนในครอบครัวไม่ยอมให้ฉันใช้ห้องน้ำร่วมด้วย					
8. คนในครอบครัวไม่ยอมให้ฉันใช้โทรศัพท์ร่วมด้วย					
9. เพื่อนฝูงไม่ต้องการข้องแวะพูดคุยกับฉัน					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
10. ฉันมักถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวตามลำพัง					
11. เพื่อนบ้านไม่ต้องการให้ฉันไปหาที่บ้านและต้องการอยู่ห่างๆ ฉัน					
12. ขณะที่ฉันเดินทางไปไหน ผู้คนไม่ยกนั่งให้ฉัน					
13. ผู้คนรอบข้างมองฉันเหมือนเป็นตัวเชื่องโงก					
ด้านความมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม					
14. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านไม่เต็มใจที่จะรับประทานอาหารร่วมกับฉัน					
15. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านทอดทิ้งฉัน					
16. เพื่อนบ้านหรือคนในหมู่บ้านไม่ดูแลและเอาใจใส่ฉัน					
17. ฉันถูกกีดกันไม่ให้เล่นกับเด็กๆ หรืออุ้มเด็ก ที่เป็นลูกหลาน					
18. คนในหมู่บ้านแสดงท่าที่รังเกียจ เมื่อฉันเดินผ่าน พูดคุยกับเขา หรือเข้าไปจับต้องร่างกายของเขา					
19. เพื่อนบ้านไม่ยอมให้ฉันไปช่วยงานต่างๆ แล้วจัดแจงให้ฉันอยู่เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร					
20. ฉันถูกกีดกันไม่ให้ใช้ห้องน้ำสาธารณะร่วมกับผู้อื่น					
21. ฉันถูกเพื่อนบ้านกีดกัน เมื่อมีงานสังคมต่างๆ ในหมู่บ้าน เช่น งานบุญต่างๆ หรืองานแต่งงาน					
22. ร้านตัดผมหรือร้านเสริมสวยไม่ให้บริการหรือไม่เต็มใจที่จะให้บริการแก่ฉัน					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
23. เพื่อนบ้านไม่โทรศัพท์ติดต่อฉันเลยเมื่อรู้ว่าฉันป่วยเป็นโรคเอดส์					
24. เพื่อนบ้านไม่ไปมาหาสู่ฉันเมื่อรู้ว่าฉันป่วยเป็นโรคเอดส์					
25. แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติต่อตัวฉันแตกต่างไปคนผู้ป่วยทั่วไป					
26. ขณะที่แพทย์ หรือพยาบาล ตรวจร่างกายฉันหลีกเลี่ยงที่จะแตะต้องตัวฉัน					
27. ฉันไม่มีสังคม					
28. ฉันเองคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่เปิดเผยตนเอง จะได้รับการรังเกียจ ถูกดู หรือเหยียดหยาม จากผู้อื่น					
ด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล					
(ตนเอง)					
29. ฉันมองตนเองว่าฉันเป็นคนน่าสงสาร					
30. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนโชคไม่ดีที่ติดเชื้อเอชไอวี ต่อกว่าคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง					
31. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ					
32. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนน่าขบขัน					
33. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า					
34. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่ไม่ผลร้ายต่อผู้อื่น					
35. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนฉลาด					
36. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนโชคร้าย					
37. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม					
38. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า					
39. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่น่ากลัว					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
40. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่สร้างภาระให้กับผู้อื่น					
41. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนผิดศีลธรรม มีกรรม และมีบาป					
42. ฉันมองตนเองว่าเป็นคนที่ประมาทในการใช้ชีวิต					
43. ฉันมองตนเองว่าฉันเป็นคนโง่ไม่ฉลาด					
การประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (จากผู้อื่น)					
44. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนน่าสงสาร					
45. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนโชคไม่ดีที่ติดเชื้อเอชไอวี					
46. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่สังคมให้การยอมรับ					
47. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่มีคุณค่า					
48. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่ไม่มียศร้ยต่อผู้อื่น					
49. คนทั่วไปมองฉันว่าพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น					
50. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนไม่มีอันตรายต่อผู้อื่น					
51. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่สังคมควรให้อภัย					
52. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม					
53. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่ประมาทในการใช้ชีวิต					
54. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่ไร้คุณค่า					
55. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่สร้างภาระให้กับครอบครัวและเพื่อนบ้าน					
56. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนโง่ไม่ฉลาด					

คำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อยมาก	ไม่เป็นจริงเลย
57. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนคิดศีลธรรม					
58. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่ไม่น่าให้อภัย					
59. คนทั่วไปมองฉันว่าเป็นคนที่น่าอันตราย					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบในช่องว่าง ที่ตรงกับความจริงของตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้ไม่ถูกไม่ผิด

1. ท่านมีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างการยอมรับ จากผู้อื่นและจากสังคม

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านจะมีพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองอย่างไร เพื่อหลีกเลี่ยง อัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าแหล่งบริการสุขภาพควรมีลักษณะอย่างไรที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้ารับบริการได้และลดการเจ็บป่วยและตาย

.....

.....

.....

.....

4. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

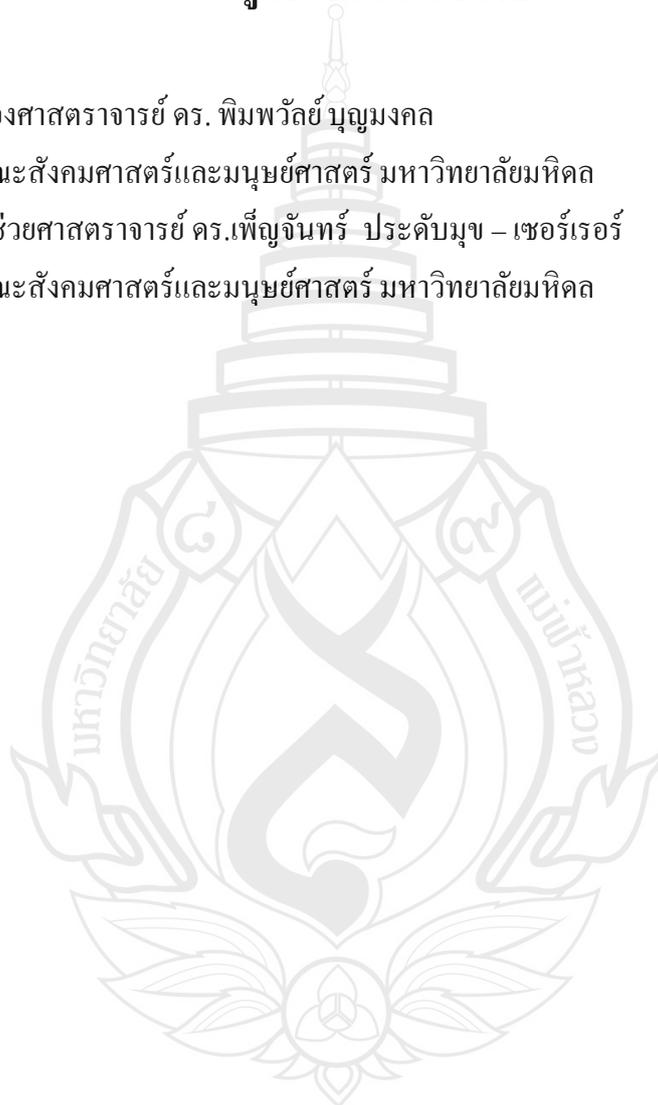
--- ขอขอบคุณในการตอบแบบสอบถาม ---



ภาคผนวก ก

ผู้ตรวจเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพวัลย์ บุญมงคล
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข – เซอร์เรอร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายจรินทร์ สารทอง
วัน เดือน ปีเกิด	10 มิถุนายน 2525
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 35/1 ถนนมหายศ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน 55000
ประวัติการศึกษา	
2551 - 2553	ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2543 - 2547	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาธารณสุขชุมชน สถาบันราชภัฏอุตรดิตถ์
ประวัติการทำงาน	
2551 - ปัจจุบัน	นักบริหารงานสาธารณสุข หัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลฝายแก้ว อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
2549 - 2550	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สำนักงานเทศบาลตำบลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
2547 - 2548	เจ้าพนักงานสุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโปง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่