

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในชมรมมะลิซ้อน โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระยะเวลาระหว่าง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2549 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมมะลิซ้อนที่มารับการดูแลและรักษาที่โรงพยาบาลพร้าว มีจำนวนทั้งหมด 132 ราย โดยศึกษาทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสร้างโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการดูแลตนเอง โดยยึดแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม นำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่วิชาญชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8 แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอเชียงดาว ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สรุปผลได้ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร

1.1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร

พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 เพศชาย ร้อยละ 41.7 อายุต่ำสุด 7 ปี อายุสูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 37.49 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 55.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุระหว่าง 25- 34 ปี ร้อยละ 27.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 โสด ร้อยละ 26.6 ม่าย ร้อยละ 19.6 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 86.4 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 6.7 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5.3 การประกอบอาชีพและมีรายได้ ร้อยละ 93.9 โดยมีอาชีพรับจ้าง

ทั่วไป ร้อยละ 66.9 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 27.8 รายได้ต่อเดือนสูงสุด 8,000 บาท รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 500 บาท รายได้เฉลี่ย 1,999.70 บาท ไม่ได้ประกอบอาชีพไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.1

1.2. ข้อมูลการติดเชื้อและการรับการรักษาของประชากร

ระยะเวลาที่ประชากรทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 47.7 ระยะเวลา น้อยสุดที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ คือ 1 ปี ระยะเวลาสูงสุดที่ทราบว่าติดเชื้อ 17 ปี โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ ประชากรทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีคือ 6.4 ปี ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มี ร้อยละ 93.9 ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนโบราณ (ยาสมุนไพร) ร้อยละ 0.8 และดูแลตนเองโดยที่ยังไม่ ต้องใช้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 5.3 กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงซึ่งเกิดจากการทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 25.8 อาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือน้ำหนักลด ร้อยละ 20 รองลงมาคือเวียนศีรษะ ร้อยละ 2.3 และ ตาฟาง ร้อยละ 1.5 พบประชากรที่เคยเกิดอาการ/โรคที่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 55.3 และ อาการ/โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด คือ เริม/งูสวัด ร้อยละ 58.9 มีไข้ ร้อยละ 46.5 และเชื้อรา ในช่องปาก ร้อยละ 31.5 ตามลำดับ

1.3. ข้อมูลการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและสังคม

ประชากรได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ร้อยละ 99.2 ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือมาก ที่สุดคือ มารดา ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ บิดา ร้อยละ 35.9 และสามีร้อยละ 25.2 ตามลำดับ ทางด้าน การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมประชากรได้รับความช่วยเหลือทางสังคม ร้อยละ 91.7 สิ่งที ได้รับความช่วยเหลือทางสังคมมากที่สุดคือ เงินค่าครองชีพ ร้อยละ 95.1 เครื่องอุปโภคบริโภค ร้อยละ 7.4 เครื่องนุ่งห่มและทุนการศึกษาบุตร ร้อยละ 4.1

1.4. ข้อมูลการรับทราบข่าวสารและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ประชากรได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ร้อยละ 100 แหล่งข้อมูลที่ ประชากรได้รับทราบข่าวสาร มากที่สุดคือ พยาบาล ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือแพทย์ ร้อยละ 68.2 และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 62.9 การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.4 ปี ระยะเวลา น้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 17 ปี กิจกรรมที่สมาชิกชมรมเข้าร่วมมากที่สุดคือ การเดินรณรงค์วัน เอดส์โลก ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือการพบปะพูดคุยในกลุ่มสมาชิก ร้อยละ 83.3 และการให้คำแนะนำ แก่เพื่อนสมาชิก ร้อยละ 36.4

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1. การดูแลตนเองโดยรวมทุกด้าน พบว่าประชากรมีการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง

2.2. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในภาพรวมของประชากร พบว่าประชากรมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 ระดับต่ำ ร้อยละ 18.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง

2.3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในภาพรวมของประชากร พบว่า ประชากรมีการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 ระดับต่ำ ร้อยละ 15.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.19 อยู่ในระดับปานกลาง

2.4. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพในภาพรวมของประชากรพบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.2 ระดับต่ำ ร้อยละ 0.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.93 อยู่ในระดับดี

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าประชากรในการศึกษารุ่นนี้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 58.3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.4 อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 9) อธิบายได้อาจเนื่องมาจากการที่ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 93.9 ได้รับยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อน บางคนที่เคยมีอาการหรือป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อได้รับการรักษาอาการแทรกซ้อนและได้รับยาต้านไวรัสทำให้การเจ็บป่วยหายไปร่างกายกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม ประชากรสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติเหมือนเดิม บางคนคิดว่าตนเองหายจากการเป็นโรค จึงทำให้ให้ละเลยพฤติกรรมดูแลตนเอง และไม่คอยเอาใจใส่ในพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้การดูแลตนเองลดลงกว่าเดิม การที่กลุ่มประชากรได้รับการดูแลรักษา การให้

คำปรึกษาและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรสุขภาพทำให้กลุ่มประชากรสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมีเพียงร้อยละ 27.3 เท่านั้นส่วนใหญ่มักจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ประชากรร้อยละ 86.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 1) อาจทำให้ประชากรไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ไม่สนใจและไม่ตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย ไม่เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและอันตรายจากโรคที่จะทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาทองสวัสดิ์และคณะ (2531) ที่ศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

นอกจากการให้ความรู้ที่ถูกต้องการให้คำปรึกษาและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สิ่งที่สำคัญที่ยังอาจจะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของประชากรยังไม่ดีเท่าที่ควรคือการออกติดตามประเมินผลการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมที่บ้านยังมีน้อยทำให้การติดตามไม่ทั่วถึงเนื่องจากผู้รับผิดชอบงานเอดส์มีจำนวนน้อยและคณะกรรมการชมรมที่จะออกไปเยี่ยมสมาชิกก็มีน้อย และไม่มิงบประมาณเพียงพอที่จะดำเนินการการออกติดตามประเมินผลการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็นรายด้าน 3 ด้าน

1. พฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องอาหาร อากาศ น้ำ และการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติและความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.4 และมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีเพียงร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 10)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมถูกต้องโดยปฏิบัติตัวเป็นประจำสม่ำเสมอในเรื่องการรักษาสุขภาพในช่องปากโดยการแปรงฟันหลังตื่นนอนและก่อนเข้านอนทุกวัน การล้างมือฟอกสบู่หลังการขับถ่ายและก่อนรับประทานอาหาร การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวัน

ละ 6-8 แก้ว แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้คะแนนเฉลี่ยในพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางคือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องรับประทานอาหารประเภทสุกๆดิบๆร้อยละ 57.6 (ตารางที่ 11) อาจเนื่องมาจากในวิถีการดำเนินชีวิตของคนชนบทในภาคเหนือมีวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆเช่นลาบ หลู้เป็นประจำ โดยเฉพาะเวลามีเทศกาลต่างๆ ซึ่งการที่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ นอกจากจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งแล้ว การปรุงอาหารที่ไม่สุกก็อาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อต่อระบบทางเดินอาหารได้ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ โรคร้ายกว่าปกติ แล้วอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องเสีย อุจจาระร่วงได้ง่าย

ประชากรมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่องการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 49.2 (ตารางที่ 11) อาจเป็นเพราะว่าประชากรไม่ได้ตระหนักและไม่สนใจถึงผลเสียจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แม้ว่าขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้คำแนะนำเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรีย แต่ยังมีผู้ติดเชื้อที่ชักชวนกันไปดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไวน์ เบียร์ หลังจากที่ได้อาบน้ำประคบอุ่นกันเดือนละครั้ง ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้มีการทำลายสุขภาพ พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเกิดมีอาการแย่งทำให้เกิดโรคที่เราเรียกว่าตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic hepatitis) จะทำให้อาการมีไข้ ตัวเหลือง ปวดท้อง เมื่ออาการเป็นมากขึ้นเนื่องจากไม่หยุดดื่ม หากตับอักเสบมาก ตับจะถูกทำลายมากขึ้น กลายเป็นโรคตับแข็งอาการรุนแรง อาจถึงตายได้ (www.krumontree.com) และยังทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำโรคลดลง ประกอบกับประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.5 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีรายได้ไม่แน่นอน อาจทำให้เกิดความเครียด และมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ ดังเช่นการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2531) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พบว่าผู้ที่มีฐานะทางการเงินของครอบครัวดี ไม่เดือดร้อนทางการเงิน จะแสวงหาประโยชน์ได้ดีกว่าและมีแหล่งประโยชน์มากกว่า และจะเป็นผู้ที่ดูแลตนเองได้มากกว่า

ประชากรมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่องมีการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายเป็นบางครั้งร้อยละ 69.7 เท่านั้น (ตารางที่ 11) อาจเป็นเพราะว่าประชากรในการศึกษารุ่นนี้มีอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 66.9 ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน อาจจะทำให้คิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ดังเช่นการศึกษาของวราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, และคณะ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีบ้านใหม่หลังมอ พบว่ามีการออกกำลังกายนานๆครั้ง

และไม่เคยออกกำลังกายเลย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ โดยพัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่างๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคม หากบุคคลมีการพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับบทบาทของตนเองหรือดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.6 พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เรื่องการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ร้อยละ 81.8 การให้ความสนิทสนมกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้าง ร้อยละ 71.2 และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มปรึกษาแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนสมาชิก ร้อยละ 68.9 (ตารางที่ 13) เนื่องจากว่าประชากรยังมีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี มีผู้ที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัวทั้งบิดามารดาและมีสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลถึง ร้อยละ 99.2 (ตารางที่ 5) และการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ร้อยละ 91.7 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และความผาสุกของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen & Wills, อ้างใน เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว, 2536) โดยช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง (มารยาท วงษาบุตร, 2536)

กลุ่มประชากรที่ศึกษามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยพบว่า ร้อยละ 64.4 ยังมีความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจเมื่อมีผู้แสดงท่าทางรังเกียจ และร้อยละ 56.8 มักจะเก็บเรื่องที่ไม่สบายใจจะเก็บมาคิดคนเดียว (ตารางที่ 13) อาจเนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่ที่คิดเชื่อจะมีสภาพปัญหาทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรุนแรงภายหลังการรับรู้สภาพปัญหา ส่วนมากผู้คิดเชื่อมักจะมีอาการวิตกกังวล เครียดซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ดังเช่นการศึกษาของทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536ก, 2536ข) ที่พบว่า การตอบสนองทางจิตใจและความรู้สึกของผู้คิดเชื่อจะแสดงออกได้หลายอาการเช่น อาการตกใจและตกตะลึง หวาดกลัวในหลายเรื่องคือกลัวตาย กลัวทุกข์ทรมาน กลัวผู้อื่นรู้ กลัวการถูกสังคมรังเกียจ รู้สึกโกรธเช่น โกรธเชื้อไวรัส โกรธตัวเองหรือโกรธคนที่เอาเรื่องตัวเองไปพูด

ประชากรร้อยละ 39.4 จะออกไปดื่มเหล้าสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน เวลาไม่สบายใจ (ตารางที่ 13) อาจเนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและไม่มีรายประจำ ทำให้มีเวลาว่างมาก อาจทำให้เกิดความเครียดจากผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และประชากรบางส่วนยังมีความเครียดจากการคิดเชื่อ

เอชไอวี ดังนั้นเวลาไม่สบายใจจึงชักชวนกันไปดื่มเหล้าสังสรรค์คิดว่าเป็นการคลายความเครียด พอดื่มไปนานๆก็ทำให้ติดหรือถ้าไม่ได้ดื่มก็จะเกิดอาการหงุดหงิด ดังเช่นการศึกษาของปริทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2541) พบว่าร้อยละ 51.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรามีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจขึ้นแล้ว คนส่วนหนึ่งใช้วิธีการจัดการกับปัญหา โดยการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อดื่มระยะแรกอาจทำให้ลืมเรื่องราวทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากขึ้นจะกลายเป็นปัญหาต่อสุขภาพภายหลัง

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติเช่น โรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยพบว่าร้อยละ 96.2 ไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด ร้อยละ 91.7 ปรีกษาแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเช่นพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (ตารางที่15) อธิบายได้ว่าประชากรซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพคือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพและรับการรักษาจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้มีความสนใจใส่ใจที่จะไปรับการดูแลรักษาจากแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย และไม่เกิดอาการติดเชื้อฉวยโอกาสไม่ว่าจะเป็นการดูแลจากตนเองและการแสวงหาการรักษาทุกวิถีทาง ดังเช่นการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ที่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อมีรูปแบบการดูแลตนเอง คือ มีการตั้งใจรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเสมอ การป้องกันความเจ็บป่วยโดยป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม เลิกเที่ยวโสเภณี งดการมีเพศสัมพันธ์ และเลิกเที่ยวกลางคืน และการศึกษาของ ภูริชญา บุรินทร์กุล (2547) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการรับประทานยาตรงเวลา สังเกตและติดตามประเมินผลการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าประชากร มีการรับรู้ถึงพยาธิสภาพของตน ทำให้มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ภายในตนเองจึงสนใจและเอาใจใส่ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ และผลกระทบที่มีผลต่อภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก โดยคงไว้ซึ่งมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และยอมรับสภาพของตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนยอมรับว่าตนเองต้องการ การดูแลทางด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพของตน (Orem, 1991) ดังจะเห็นได้จากประชากรเข้าเป็นสมาชิกชมรมมะลิซ้อนทุกคน โดยมีการพบกลุ่มและประชุมกลุ่มทุกวันพุธสุดท้ายของเดือน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดกิจกรรมของชมรมทั้งในโรงพยาบาลและนอกพื้นที่ ดังเช่นการเดินรณรงค์วันเอดส์โลกร้อยละ 84.1 การพบปะพูดคุย ร้อยละ 83.3 การให้

คำแนะนำในกลุ่มสมาชิก ร้อยละ 36.4 เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ประชากรได้มีเพื่อน ได้พบปะพูดคุยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน ได้รับการยอมรับ ได้รับกำลังใจ และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อได้ลดความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่น ความพึงพอใจ มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข ดังเช่นการศึกษาของพัชโรบล นาถประทาน (2541) พบว่าจากการเข้ากลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้กลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิต สามารถและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประชากรร้อยละ 91.7 ทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ และมีวินัยในการรับประทานยาได้ถึงร้อยละ 95.0 จากการติดตามผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัส โดยให้ผู้ติดเชื้อเช็กเวลารับประทานยาในสมุดประจำตัว และให้ผู้ติดเชื่อนำยาที่เหลือในแต่ละเดือนติดตัวมาด้วยในวันที่มาพบแพทย์และรับยาครั้งต่อไป พบว่ามีเพียงบางส่วนที่รับประทานยาไม่ตรงเวลาบ้าง เหตุผลคือทำงานเพลิน ซึ่งประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานถึงร้อยละ 55.3 ดังเช่นการศึกษาของอรทัย จินดาไตรรัตน์ (2548) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวินัยในการทานยาดีมากและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีความรับรู้และตระหนักในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าประชากรมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งคือการกำจัดสิ่งปนเปื้อนเลือด หรือน้ำมูก น้ำลายโดยการเผาทำลายร้อยละ 34.1 (ตารางที่ 15) อาจเนื่องมาจากประชากรไม่มีความรู้ในเรื่องการกำจัดสิ่งปนเปื้อน น้ำมูก น้ำลาย หรือเลือดโดยวิธีที่ถูกต้อง เนื่องจากประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 86.4 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5.3 ทำให้กลุ่มประชากรไม่ได้สนใจหาความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ขาดความรู้ ซึ่งจากการศึกษาของ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (2534) กล่าวว่าโดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ติดเชื้อควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและยอมรับได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องมีการควบคุมป้องกันโรคและรักษาพยาบาลให้ร่างกายอยู่ในสภาพปกติ โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลและให้บริการควรนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้นและมีการติดตามประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของสมาชิกชมรมเป็นระยะ

2. ชมรมควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกให้มากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและส่งเสริมการปฏิบัติตนไปในทางที่ดีและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหารูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี