

# การศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## The Study of Health Service System for HIV/AIDS Patients in The Northeastern Community Hospitals, Thailand

วงศา เลหาศิริวงศ์ (Wongsa Laohasiriwong)<sup>1</sup>

ภัทระ แสนไชยสุริยา (Pattara Sanchaisuriya)<sup>1</sup>

สุวรรณา บุญยะลีพรรณ (Suwanna Boonyaleepun)<sup>2</sup>

เจียมจิต แสงสุวรรณ (Jiamjit Saengsuwan)<sup>2</sup>

ธีระ ฤทธิรอด (Theera Rittirod)<sup>3</sup>

ภพ โกศลารักษ์ (Pobe Kosalaraksa)<sup>4</sup>

เพลินตา ศิริปการ (Ploenta Siripakarn)<sup>5</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบและปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยและติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งสองโรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ แต่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย ทั้งสองโรงพยาบาล เน้นการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจคือการให้คำปรึกษาซึ่งขาดแคลนบุคลากร มีการบริการน้อย ด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ มีปัญหาในเรื่องแหล่งทุน ปัญหาการจัดทำระบบฐานข้อมูล ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัวทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยเอดส์มักป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ท้อแท้ ไม่มีงานทำ ต้องการยาต้านไวรัสเอดส์และการดูแลต่อเนื่อง การยอมรับของสังคมและชุมชนและ การช่วยเหลือด้านการเงิน

### Abstract

This qualitative research on health service system for HIV/ AIDS patients (PHAs) in community hospitals and problems of the service systems. Both hospitals had clear policy on HIV/ AIDS service system, and Kumalalai Hospital (Khon Kaen Province) had a committee on AIDS. They put more emphasis on physiological and psychological cares. Socioeconomic and spiritual aspects were less emphasized. The hospitals lacked of budget to support the PHAs. There were problems of information system. PHAs had not disclosed their infectious condition resulted in inaccessibly to care. Many of PHAs suffered from opportunistic infection. Some were hopeless, had economic difficulty and lack of community acceptance. PHAs needed help for antiretroviral treatment and continuity of care. They also wanted the community acceptance, job and financial support.

**คำสำคัญ:** เอชไอวี เอดส์ ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**Keywords:** HIV, AIDS, Health service system for HIV/AIDS patient

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>4</sup>รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>5</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ เป็นการให้การดูแลตามอาการและระดับประคองเพื่อยับยั้งการลุกลามของไวรัส และการดูแลเพื่อการป้องกันและรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อมีการติดเชื้อฉวยโอกาสผู้ป่วยมักจะมีอาการลุกลามและรุนแรงขึ้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แม้รัฐบาลจะมีแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยมา โดยงบประมาณใน พ.ศ. 2531 ตั้งไว้ 4,600,000 บาท และเพิ่มงบประมาณขึ้นตามสภาพปัญหา โดยในปี พ.ศ. 2540 ได้ตั้งงบประมาณไว้สูงสุดถึง 2,196,900,000 บาท และมีส่วนของงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนรวมอีก จำนวน 90 ล้านบาท เพื่อดำเนินการตามแผนดังกล่าว ปี พ.ศ. 2540-2541 หรือแม้ในปัจจุบันงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้น ก็ยังไม่สามารถตอบสนองต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ (การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2543) จากการศึกษาในชุมชนอีสาน (สุจินดาและคณะ, 2542) พบว่าแนวโน้มของการติดต่อของโรคเอดส์ มีลักษณะทวีคูณสูงขึ้นเกือบทุกหมู่บ้าน ส่วนใหญ่การติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ โดยมีปัญหาการอพยพแรงงานไปต่างถิ่น ทศคนติดต่อการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่ครองกับตนเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับผู้ชาย และที่สำคัญคือปัญหาความไม่นิยมการใช้ถุงยางอนามัย ในผู้ชายที่ใช้แรงงานซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขอีก รวมทั้งประชาชนในอีสานยังมีทัศนคติค่อนข้างไปทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอดส์สูงถึงร้อยละ 43.4 และมักพบว่าชาวบ้านแทบทุกกลุ่มมักจะรับรู้ข้อมูลที่ตรงกันว่าถ้ามีผู้ป่วยเอดส์อยู่ในชุมชนจะทำให้ชาวบ้านตื่นตัวและให้ความสนใจเรื่องโรคเอดส์ แต่ผลเสียคือทำให้ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสถานะของโรค การเข้ารับการรักษา

พยาบาลและการอยู่ในสังคมอย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับการรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการดูแลที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อใจและไว้วางใจที่จะเข้ามารักษามีการดูแลในโรงพยาบาลที่เป็นระบบอย่างครอบคลุมในมิติด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับสู่บ้านได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาระบบและปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้สามารถแก้ปัญหาซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ตรงเป้าหมายต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดำเนินการวิจัยโดยทำการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non participatory observation)

### พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูล

การเลือกพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้เป็นตัวแทนของประเทศ แต่ได้เลือกจังหวัดที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยินดีร่วมเข้าโครงการวิจัย และยังไม่เคยมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา ผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง โดยตั้งเกณฑ์ว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องการมีขนาดแตกต่างกันออกไปเป็น 60 เตียง และ 90 เตียง ซึ่งมีศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยต่างกัน และไม่ได้อยู่ในจังหวัดเดียวกัน เพราะจะมีบริบทที่แตกต่างกันในการดำเนินการและสภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันได้แก่

โรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวน 41 คน กลุ่มผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพเช่นแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 20 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้คือ

1. กลุ่มผู้ติดเชื้อคือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยโรคเอดส์และมารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา ทั้งเพศชายและหญิง สื่อสารได้รู้เรื่องดี ไม่มีปัญหาทางด้านจิตประสาท มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ศึกษาในการวิจัย

2. กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นประจำสม่ำเสมอในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผู้วิจัยเลือก เป็นสถานที่ศึกษาในช่วงระยะเวลา มีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2546

**วิธีการเลือกตัวอย่างและกำหนดเป้าหมายของผู้ให้ข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลแต่ละวิธี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้**

ก. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีคำถามปลายเปิดและปลายปิด ผู้สัมภาษณ์ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถาม ในการศึกษาวิธีนี้ ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบบริการของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก จิราภรณ์ (2546) จำนวน 2 ชุด สำหรับรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 โรงพยาบาล

ข. การวิจัยเชิงคุณภาพ เป้าหมายของการรวบรวมข้อมูลส่วนนี้เพื่อที่จะเน้นเจาะลึกถึงระบบการดูแลผู้ป่วย สภาพปัญหา และข้อคิดเห็นเพื่ออธิบายความและนำไปประกอบ คำอธิบาย ข้อมูลเชิงปริมาณ วิธีการรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 วิธี คือการค้นคว้าเอกสาร การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มสนทนาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ผู้รับบริการคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก หรือผู้ที่เคยเป็นผู้ป่วยใน หรือเคยเป็นผู้ป่วยนอกที่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนดังกล่าว และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participatory observation) การวิจัยส่วนนี้มุ่งเจาะลึกถึงรายละเอียดสำหรับกรณี ผู้ใช้บริการที่มีลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นซับซ้อนที่ต้องค้นหาสาเหตุของระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยการสืบค้นข้อมูลทางเศรษฐกิจสังคม จิตวิทยาและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาปัจจัยต่างๆ และเป็นผู้ที่ยินดีที่เล่าประสบการณ์ชีวิต ที่นำไปสู่สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นๆ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับระบบบริการของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปรับปรุงมาจากจิราภรณ์ (2546)

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งปรับปรุงมาจากจิราภรณ์ (2546)

**การวิเคราะห์ข้อมูล** แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการพรรณนา การจัดกลุ่ม และการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น องค์กรที่ดำเนิน

การ ระบบบริการที่เกิดขึ้น นโยบาย ผู้รับผิดชอบการดำเนินการ วิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง การรับรู้ต่อโรคเอดส์ ศักยภาพในการดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล บ้านหรือครอบครัว รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการหรือการดูแลและการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

2. กรณีที่เป็นชุดคำถามเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ

## ผลการศึกษา

ทำการศึกษาใน 2 โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลกมลาไสยซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลบ้านไผ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 1 ด้านโครงสร้างการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของโรงพยาบาลนั้นพบว่าโรงพยาบาลกมลาไสยมีคณะกรรมการดำเนินการเรื่องโรคเอดส์ของโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกฝ่าย จำนวน 14 คน มีหน้าที่จัดประชุม เป็นวิทยากร การดำเนินงานด้านเอดส์ทั้งหมดมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้างาน ส่วนโรงพยาบาลบ้านไผ่ยังไม่มีคณะกรรมการเนื่องจากอยู่ในระหว่างการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ดำเนินงาน ทางด้านงบประมาณนั้นพบว่าทั้งสองแห่งได้รับงบประมาณจากทางภาครัฐเท่านั้น ทางด้านระบบบริการพบว่าทั้ง 2 แห่งดำเนินการคล้ายกันคือมี 3 ระบบ คือ ระบบผู้ป่วยนอก ระบบผู้ป่วยใน และระบบกลุ่มเพื่อน ด้านผู้มารับบริการพบว่ามีอัตราการมารับบริการประมาณ 20-30 คน ต่อเดือน ทั้ง 2 แห่ง มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลกมลาไสย และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 300 คน และ 131 คน ตามลำดับบริการที่ให้เป็นการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งการรักษาการป้องกันและการให้คำปรึกษา ดังแสดงใน ตารางที่ 2 ทางด้านกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นพบว่า กลุ่มที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา

(กมลาไสย ร้อยละ 71.43 บ้านไผ่ร้อยละ 80.00) ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะว่างงาน รองลงมาคือมีอาชีพรับจ้างทั่วไป และไม่มีแหล่งสนับสนุนทางการเงิน มีเพียงบางส่วนที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากญาติ (กมลาไสย ร้อยละ 33.33 บ้านไผ่ ร้อยละ 15.00) และส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือทางเพศสัมพันธ์ (กมลาไสย ร้อยละ 95.24 บ้านไผ่ ร้อยละ 90.00) ดังแสดงใน ตารางที่ 3 ส่วนการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้ติดเชื้อนั้น ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายพบว่ามีอาการอ่อนเพลีย และมีผื่นคันตามร่างกาย มากที่สุด รองลงมาคือ น้ำหนักลด มีแผลทางช่องปากตามลำดับ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจนั้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกันทั้ง 2 พื้นที่ คือมีการเปิดเผยตัวเองกับทางบิดามารดามากที่สุดรองลงมาก็คือสามีภรรยาและบุตร ทางด้านผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวให้การยอมรับและให้กำลังใจ แต่ก็มีจำนวนเพียงพื้นที่ละ 1 ราย ที่ครอบครัวไม่ยอมรับและแสดงการรังเกียจและมีการยอมรับไม่ไต่ระหว่างสามีภรรยาจนเกิดการหย่าร้างกันจำนวน พื้นที่ละ 1 ราย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมนั้นพบว่า ทั้ง 2 พื้นที่จะทราบกันเป็นส่วนใหญ่ว่ามีผู้ติดเชื้ออยู่ในชุมชน และคนในชุมชนส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนตามปกติ มีเพียงบางส่วนที่ไม่อยากพูดคุย (กมลาไสย 1 ราย บ้านไผ่ 2 ราย) ไม่อยากร่วมรับประทานอาหารด้วย (กมลาไสย 1 ราย บ้านไผ่ 4 ราย) และพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจพบว่า ส่วนใหญ่ยังทำงานได้เหมือนเดิม (กมลาไสย 6 ราย บ้านไผ่ 5 ราย) มีบางส่วนที่ไม่ได้ทำงาน (กมลาไสย 4 ราย บ้านไผ่ 2 ราย) ออกจากงาน (กมลาไสย 3 ราย บ้านไผ่ 1 ราย) และไม่มีกำลังใจในการทำงาน (กมลาไสย 2 ราย บ้านไผ่ 1 ราย) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณพบว่า ก่อนการติดเชื้อกลุ่มผู้ป่วยยังคิดว่าตนเองมีคุณค่ากับทางครอบครัวและชุมชน และสามารถประกอบอาชีพได้ (กมลาไสย 21 ราย บ้านไผ่ 20 ราย) ภายหลังที่รู้ว่าติดเชื้อผู้ป่วยยังคิดว่าตนเองมีคุณค่ากับ

ทางครอบครัวและชุมชนและสามารถประกอบอาชีพได้ลดลง (กมลลาไสย 8 ราย บ้านไผ่ 2 ราย) และมีเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าทางสังคม (กมลลาไสย 2 ราย บ้านไผ่ 2 ราย) ทางด้านการดำเนินชีวิตนั้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพกายที่ดีขึ้น (กมลลาไสย 6 ราย บ้านไผ่ 15 ราย) และมีความสบายใจสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (กมลลาไสย 21 ราย บ้านไผ่ 19 ราย) ทางด้านการดูแลตนเองนั้นพบว่า มีการงดเหล้า มีความระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์ รักษาตามอาการที่เกิดขึ้น และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทางด้านโรคแทรกซ้อนพบว่ามีอาการท้องเดิน วัณโรคในสมอง วัณโรคปอด ปอดอักเสบและโรคตับ ดังแสดงใน ตารางที่ 4

นอกจากนี้ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมส่วนใหญ่คือต้องการได้รับยาต้านไวรัส ต้องการกำลังใจการดูแลอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย การติดตามเมื่อกลับบ้านรวมทั้งการช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ

ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลพบปัญหาเชิงโครงสร้างได้แก่นโยบายที่ไม่ชัดเจนในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การขาดศูนย์รวมในการบริการและข้อมูล และขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย บุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ บุคลากรต้องการความรู้และทักษะเพิ่มเติมด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการรักษาแบบกลุ่ม การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชน การให้การดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส และขาดข้อมูลตามมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติมีงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบบริการจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือองค์กรต่างๆ ยังมีในระดับน้อยมาก ข้อเสนอแนะและในการพัฒนา คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การเพิ่มความรู้ของบุคลากรและการพัฒนาเครือข่าย

## อภิปรายผล

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ด้านนโยบายของโรงพยาบาลหรือองค์กรนั้นมีความชัดเจน แต่ภารกิจหลักเป็นการดูแลรักษาด้านร่างกายมากที่สุด ส่วนด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ยังต้องการการพัฒนาเพิ่ม การพัฒนาบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและครอบครัวยังมีการพัฒนาในระดับน้อย จำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านนี้ยังมีน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองโรคเอดส์ (กองโรคเอดส์, 2544) ที่พบว่า มีปัญหาเรื่องการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เพราะไม่ใช่ภาระงานปกติที่เคยทำและหน่วยงานบริการยังเน้นเรื่องการบริหารการปรึกษา ซึ่งยังขาดบุคลากรและต้องการพัฒนาทักษะเพื่อให้แตกต่างจากการให้สุขศึกษาหรือการให้ข้อมูลทั่วไป เนื่องจากการบริการปรึกษาเกิดจากความร่วมมือของสองฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยที่ผู้รับบริการ เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการต่างๆ ด้วยตนเอง หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอแก่การตัดสินใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boufford (Boufford, 1988) กล่าวว่า เอดส์เป็นโรคที่ซับซ้อนต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล (กาย) จิตใจและสังคมจากระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพอีกทั้งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากเป็นการดูแลระยะยาวเพราะภาวะโรคเรื้อรัง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบ่งเป็นการดูแลในระยะเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลในระยะฟื้นฟูซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวให้กลับบ้านและสู่ชุมชน ตลอดจนการกลับมาโรงพยาบาลหรือหน่วยงานฟื้นฟูสุขภาพเพื่อติดตามการรักษาหรือเข้ากลุ่มกิจกรรม ตามนัดหมาย การดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรเป็นนโยบายระดับชาติและควรมีการพัฒนาในรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยตลอดจนการจัดสรรด้านงบประมาณให้มาก

เพียงพอในการดำเนินการ ด้านงบประมาณนั้นยังคงพึ่งพาเงินงบประมาณจากส่วนกลางหรือแหล่งทุนภายนอก ยังไม่ได้จัดสรรเงินงบประมาณซึ่งเป็นรายได้ของหน่วยบริการมาใช้ในการดำเนินการ นอกจากนี้ยังพบว่าระบบฐานข้อมูลและกลไกการเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบบริการจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ยังต้องการการพัฒนาต่อไป เพราะในคะแนนภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของทั้งสองโรงพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองโรคเอดส์ (กองโรคเอดส์, 2544) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคคือ ระบบข้อมูลและระบบติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสร้างความยอมรับของชุมชนอันสืบเนื่องมาจากการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากความเชื่อในทางที่ผิดและมีประเด็นที่ต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของการดำเนินการคือ การสร้างกิจกรรมที่ทำให้เกิดการรวมตัวเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนถึงผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแม้จะมีรายงานการรวมกลุ่มอยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่ค่อยชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในหลายพื้นที่ (กองโรคเอดส์, 2544; ม.ป.ป.) การศึกษาดังกล่าวมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงระบบข้อมูลให้สามารถนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาใช้ในการวางแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน กระจายงานด้านชุมชนมากขึ้น ปรับกระบวนการดำเนินการในชุมชนให้เป็นไปในลักษณะสร้างความเข้าใจกับชุมชน และเพิ่มบทบาทของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การจัดสรรงบประมาณจากเงินรายได้ของหน่วยงานเพื่อรองรับปัญหาด้านเอดส์ มีการขยายงานและเน้นงานการจัดตั้งกลุ่มให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสร้างเครือข่ายของกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และก่อให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินการ

กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในชุมชน ในการศึกษาค้นพบว่า พื้นที่ศึกษา ยังต้องพัฒนาระบบต่างๆต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองโรคเอดส์ (ม.ป.ป.) พบว่า การจัดบริการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถกระทำได้ เนื่องจากมีโครงสร้างบริหารและการจัดการและบุคลากรพร้อมอยู่ในระดับหนึ่ง แต่จะอย่างไรเพื่อให้เกิดบริการการช่วยเหลือที่เหมาะสมและสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อสงเคราะห์ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

## ข้อจำกัดในการวิจัย

- ข้อจำกัดในการเลือกตัวอย่าง การเลือกตัวอย่างโรงพยาบาลและชุมชนในการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบได้ แม้ว่าผู้วิจัยจะได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่การยินยอมให้สัมภาษณ์เป็นสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์และเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเท่านั้น ทำให้ลักษณะของตัวอย่างที่ได้มีลักษณะค่อนข้างเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria)

- ข้อจำกัดในด้านลักษณะของระบบบริการสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นของรัฐ มีลักษณะเฉพาะของแต่ละแห่ง เช่น โรงพยาบาลบางแห่งมีการปรับปรุงระบบโครงสร้างและกำลังพัฒนาในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ประกอบกับผู้บริหารของโรงพยาบาลบางแห่งให้ความสนใจและส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาก มีการบริการทางเลือกเสริมการรักษา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้ผลการสัมภาษณ์มีสภาพปัญหาหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่พบอาจมีน้อยกว่าที่คาดไว้ได้

## ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดการดำเนินการจัดหาต้านไวรัสเพื่อเป็นจุดตั้งผู้ป่วยติดเชื้อหรือผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่ม
2. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส
3. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ
4. ควรมีการศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนอีกเพื่อจะได้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงทั้งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนการช่วยเหลือของชุมชน
5. ควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับสู่บ้านในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ทางผู้ศึกษาขอ ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้งบประมาณสนับสนุนการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 1/2543. 2543. วันที่ 5 มกราคม 2543 ณ ห้องสีเขียว ตึกไทยคู่ฟ้า ทำเนียบรัฐบาล. ข่าวสาร...เอดส์. 3(7) : 8-10.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2544. รายงานการศึกษาเบื้องต้น การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2543. ม.ป.พ.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.พ. รายงานผลโครงการพัฒนาบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว. ม.ป.พ.
- สุจินดา สุขกำเนิด ยงยุทธ ตรีนุชกร ทวีศักดิ์ พากเพียร และราณี วงศ์คงเดช. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการเรียนรู้และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อจัดระบบการป้องกันและรองรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอีสาน. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- จิราภรณ์ ยามภู (ผู้เรียบเรียง). 2546. รายงานการประเมินผลโครงการนำร่อง เพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี : กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Boufford. 1988. What Needs to Be Done on the Hospital Front. *The AIDS Patient : An Action Agenda*. In Roger and Gingberg (Eds.). Boulder : Westview Press.

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล	โรงพยาบาลกมลาไสย	โรงพยาบาลบ้านไผ่
1. ขนาดโรงพยาบาล	60 เตียง	90 เตียง
2. บุคลากรของโรงพยาบาล		
แพทย์	5 คน	5 คน
ทันตแพทย์	2 คน	2 คน
เภสัชกร	คน	7 คน
พยาบาลวิชาชีพ	9 คน	52 คน
พยาบาลเทคนิค	7 คน	20 คน
3. จำนวนประชากรรับผิดชอบ	2,154 คน	96,000 คน
4. จำนวน สอ. และ ศสช.	17 แห่ง	4 แห่ง

ตารางที่ 2 โครงสร้างการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โครงสร้างการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ	โรงพยาบาลกมลาไสย	โรงพยาบาลบ้านไผ่
1. คณะกรรมการของโรงพยาบาล	มี คณะกรรมการ 14 คน ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการ มีหน้าที่จัดทำโครงการประสาน เป็นวิทยากรจัดอบรม พัฒนาระบบบริการ	ยังไม่มีคณะกรรมการเอดส์ อยู่ในระยะปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่และผู้รับผิดชอบงาน
2. งบประมาณ	ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐเท่านั้น	ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐเท่านั้น
3. ผู้มารับบริการ	- จำนวน 300 คน - ผู้มารับบริการ 20-30 คนต่อเดือน	- จำนวน 131 คน - ผู้มารับบริการ 20-30 คนต่อเดือน
4. ระบบบริการ	มีระบบบริการผู้ติดเชื้อ 3 ระบบย่อยคือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในระบบของกลุ่มเพื่อนกมลาไสย	มีระบบการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และมีกลุ่มมิตรสัมพันธ์



ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ	
	รพ.กมลลาไสย (n = 21) ร้อยละ	รพ.บ้านไผ่ (n = 20) ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	42.86 (9)	30.00 (6)
หญิง	57.14 (12)	70.00 (14)
<b>อายุ (ปี)</b>		
> 20	-	10.00 (2)
25-40	66.67 (14)	65.00 (13)
≥ 40	33.33 (7)	25.00 (5)
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	71.43 (15)	80.00 (16)
มัธยมศึกษา	28.57 (6)	15.00 (3)
ประกาศนียบัตรชั้นสูง/ปริญญาตรี	-	5.00 (1)
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	47.62 (10)	40.00 (8)
รับจ้างทั่วไป/กรรมการ	23.81 (5)	40.00 (8)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	9.53 (2)	10.00 (2)
เกษตรกรกรรม	14.28 (3)	-
แม่บ้าน	4.76 (1)	-
นักเรียน	-	10.00 (2)

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลง	ร.พ.กมลไสย (n=21)	ร.พ.บ้านไผ่ (n=20)
<b>1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย</b>		
อ่อนเพลีย	5	4
มีผื่นคันตามร่างกาย	4	2
อื่น ๆ เช่น น้ำหนักลด แผลในช่องปาก ท้องเดิน	14	8
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	-	-
<b>2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ</b>		
<i>การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อบุคคลในครอบครัวและชุมชน</i>		
บิดา มารดา	13	5
สามี ภรรยา	6	1
บุตร	5	2
ญาติสนิท	15	9
เพื่อน	1	-
อื่น ๆ เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ติดเชื้อ	9	5
<i>ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อในครอบครัว</i>		
ครอบครัวไม่รังเกียจและให้การยอมรับและให้กำลังใจ	13	5
ครอบครัวไม่เชื่อ	1	1
ครอบครัวไม่ยอมรับ รังเกียจ	1	1
ครอบครัวเสียใจ	5	2
คู่สมรสยอมรับไม่ได้ต้องหย่าร้างกัน	1	1
<b>3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม</b>		
<i>การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์</i>		
ทราบเป็นส่วนใหญ่	14	11
ไม่ทราบ	4	1
แสดงท่าทางสงสัย	3	6

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านต่างๆ (ต่อ)

การเปลี่ยนแปลง	ร.พ.กมลไสย (n=21)	ร.พ.บ้านไผ่ (n=20)
<b>ปฏิกิริยาของคนในชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์</b>		
ปฏิบัติเหมือนปกติ	13	4
ไม่ร่วมรับประทานอาหารที่บ้านผู้ป่วย	1	2
ย้ายไปอยู่ในหมู่บ้านใหม่	1	-
ไม่อยากพูดคุยด้วย	1	2
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้ป่วย</b>		
เข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนที่ติดเชื้อ เป็นประจำ	21	9
<b>การเปลี่ยนแปลงด้านอาชีพ</b>		
ยังทำงานได้เหมือนเดิม	6	5
ไม่ได้ทำงาน	4	2
ออกจากงานที่กรุงเทพฯ กลับมาทำที่บ้าน	3	1
ไม่มีกำลังใจทำงาน	2	1
<b>4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ</b>		
<b>ก่อนการติดเชื้อ</b>		
มีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชนสามารถประกอบอาชีพได้	21	20
<b>ภายหลังการติดเชื้อ</b>		
มีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชนเหมือนเดิม	7	11
มีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชนลดลง	8	2
ไม่มีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชน เพราะไม่มีใครยอมรับ	2	2
<b>การดำเนินชีวิต</b>		
สุขภาพกายดีขึ้น ได้รับยาต้านไวรัสในบางคนทำให้สุขภาพแข็งแรง	6	15
สบายใจ ได้รับกำลังใจ ไม่ต้องอยู่ลำพังคนเดียว มีเพื่อนมาพูดคุย ยอมรับสภาพของตนเองได้	21	19
<b>ความสามารถที่จะดูแลตนเองต่อไป</b>		
สามารถดูแลตนเองได้และป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน	21	15

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านต่างๆ

การเปลี่ยนแปลง	ร.พ.กมลไสย (n=21)	ร.พ.บ้านไผ่ (n=20)
<b>5. การดูแลตนเอง</b>		
งดเหล้า	2	2
การระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์	8	1
รักษาตามอาการ	1	1
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	1	6
ออกกำลังกายเพิ่ม	4	1
อื่น ๆ พักผ่อน พบแพทย์ งดของแสลง	6	10
<b>6. โรคแทรกซ้อน</b>		
ท้องเดิน	2	2
วัณโรคในสมอง	1	1
ปอดอักเสบ วัณโรคปอด	1	-
ตับอักเสบ	1	1
อื่น ๆ	6	7