

11-1-2018

ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ๗ ศูนย์  
ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการ  
ศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

นงกัช เมืองมา

เดชา สลิตอนันต์พงษ์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>

 Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

## Recommended Citation

เมืองมา, นงกัช and สลิตอนันต์พงษ์, เดชา (2018) "ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ๗ ศูนย์  
ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์  
สภากาชาดไทย," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 62: Iss. 6, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol62/iss6/5>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
 เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-  
 ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัย  
 ทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์  
 สภากาชาดไทย

นปภัช เมืองมา\*

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์\*\*

**Muangma N, Lalitanantpong D. Resilience and social support in HIV/AIDS clients at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration, Thai Red Cross AIDS Research Centre. Chula Med J 2018 Nov – Dec; 62(6): 947 - 63**

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

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

\* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Methods** : This study was approved by the Institutional Review Board (IRB) at Chulalongkorn University and all clients gave their written consent prior entry to the study. The 3 self-report questionnaires (Demographic data form, Thai Resilience Scale by Wagnlid and Young, and Social support Questionnaire) were administered during their visits from October to December 2016. Low, moderate and high level of resilience were defined as a score of <121, 121 - 146, 147 - 175 respectively. Low, moderate and high level of social support were defined as a score of 20 - 46, 47 - 73,  $\geq 74$  respectively. The resilience scale was presented as proportion and percentage. The associated factors of resilience and social support of HIV/AIDS clients were analysed by Chi-square test, Pearson's correlation. Statistical analysis was performed by IBM SPSS Statistics version 22.0.  $P < 0.05$  was used for statistically significant.

**Results** : One hundred and thirty HIV clients participated in this study. The median age was 43 (IQR: 36 - 49) years. Most of the participants are male (69% males vs. 31% female). Almost 47% of them were single and 43% reported bachelor degree education. Approximately 26% of them had monthly income 5,000 - 10,000 Baht. All of them received antiretroviral therapy with the median duration of HIV treatment was 11.3 (IQR 5 - 16.6) years. Almost two-third (72%) of them had current CD4 cell count more than five-hundred cells/mm<sup>3</sup>. Median CD4 was 608.5 (IQR 484 - 782) cells/mm<sup>3</sup>. Ninety-nine percent had viral suppressed (HIV RNA <50 copies/ml). Fifty-five percent had high level of resilience (mean = 142.2, S.D. = 24.2). Sixty-one percent had moderate to high level of social support (mean = 70, S.D. = 13.3). The factors related to resilience were social support (Pearson's  $r = 0.25$ ,  $P < 0.01$ ). The factors related to social support were age (Pearson's  $r = -0.348$ ,  $P < 0.01$ ) and education (Pearson's  $r = 0.31$ ,  $P < 0.01$ ) and the duration of treatment (Pearson's  $r = 0.26$ ,  $P < 0.01$ , and monthly income (Pearson's  $r = 0.32$ ,  $P < 0.01$ ).

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

**Keywords** : *Resilience, social support, HIV client.*

Correspondence to: Lalitanantpong D. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,  
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: June 22, 2017

Revised: August 15, 2017

Accepted: September 20, 2017

นปภัช เมืองมา, เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2561 พ.ย. - ธ.ค.;62(6): 947 - 63

- เหตุผลของการทำวิจัย** : ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมทั้งหมด 1,201,839 ราย จากการคาดประมาณ ปี พ.ศ. 2558 และยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 600,000 ราย แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างพยายามที่จะลดการเลือกปฏิบัติและการตีตรา แต่ก็มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพียง 355,123 ราย ที่เข้ารับการรักษารายได้ระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผลกระทบของการตีตรา และการเลือกปฏิบัติมีหลายการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความยืดหยุ่น สามารถลดผลกระทบจากการถูกตีตรา และการเลือกปฏิบัติได้ ทั้งยังส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี
- วัตถุประสงค์** : เพื่อการศึกษาความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
- วิธีการทำวิจัย** : การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาสาสมัครทุกรายได้ เขียนเอกสารให้ความยินยอม ก่อนเข้าร่วมการศึกษานี้ แล้วจึงทำการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดความยืดหยุ่นฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลจาก Wagnlid and Young และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 การแปลผลความยืดหยุ่นใช้ระดับคะแนนสูง (147 - 175) ปานกลาง(121 - 146) ต่ำ(<121) และแรงสนับสนุนทางสังคมแปลผลด้วย ระดับคะแนน สูง ( $\geq 74$ ), ปานกลาง (47 - 73), ต่ำ (20 - 46) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิเคราะห์ผลโดยไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์ทางสถิติดำเนินการโดยใช้ SPSS รุ่น 22.0 และใช้ค่า  $P < 0.05$  เพื่อระบุความมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผลการศึกษา** : จากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 130 ราย อายุเฉลี่ย median (IQR) 43 (36 - 49) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 31 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 47 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 43 และประมาณร้อยละ 26 มีรายได้ อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีระยะเวลาการรักษา ปริมาณเม็ดเลือดขาว หลังการรักษาเฉลี่ย 11.3 (IQR 5 - 16.6) ปี เกือบ 2 ใน 3 (ร้อยละ 72) มีปริมาณเม็ดเลือดขาว ณ ปัจจุบัน มากกว่า 500 cell/mm<sup>3</sup> ค่าเฉลี่ยของเม็ดเลือดขาว CD4 median (IQR) 608.5 (484 - 782) และมีปริมาณไวรัสเอชไอวี ณ ปัจจุบันน้อยกว่า 50 copies/ml ถึงร้อยละ 99 ทั้งนี้ร้อยละ 55 มีระดับความยืดหยุ่นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 142.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 24.2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่นได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.25,  $P < 0.01$ ) และร้อยละ 61 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง (ค่าเฉลี่ย = 70.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.3 ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่อายุ (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = - 0.348,  $P < 0.01$ ) ระดับการศึกษา (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.31,  $P < 0.01$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.32,  $P < 0.01$ ) และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.26,  $P < 0.01$ )
- สรุป** : จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ ที่มีระดับไวรัสต่ำและระดับเม็ดเลือดขาวสูงพบว่าส่วนใหญ่ มีความยืดหยุ่นในระดับสูง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นที่สูงขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การศึกษาระดับสูงและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่ยาวนาน
- คำสำคัญ** : ความยืดหยุ่น, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี.

ในประเทศไทยคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังมีชีวิตด้วยแบบจำลองการระบาด (AIDS epidemic model และ Spectrum) ปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 423,778 ราย หรือคิดเป็นความชุกประมาณ ร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย อายุระหว่าง 15 - 49 ปี เป็นผู้หญิง 179,590 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 6,304 ราย เป็นผู้หญิง 1,821 ราย และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 78 ราย จากจำนวนทั้งหมดข้างต้น 3,180 ราย ติดเชื้อในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังมีชีวิตและอยู่ร่วมกับเชื้อประมาณ 3,221 ราย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2558 ทั่วประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ในระบบการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 284,434 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ของผู้ติดเชื้อและยังมีชีวิตทั้งหมด

จากการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 คือ ไม่มีเด็กแรกเกิดติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 ราย ผู้ติดเชื้อทุกราย เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี และไม่มีการตีตรารังเกียจและเลือกปฏิบัติ ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลัก ที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อนั้น ถือเป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลก ได้ตอบรับตามปฏิญญาทางการเมืองฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือนมิถุนายน ปีพ.ศ. 2559 ณ การประชุมระดับสูง ว่าด้วยโรคเอดส์ที่สหรัฐอเมริกา โดยตั้งเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยภายในปี พ.ศ. 2563 จะลดการติดเชื้อรายใหม่ ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องจากเอดส์ให้น้อยกว่า 500,000 รายต่อปี และขจัดทุกรูปแบบของการตีตรา เลือกปฏิบัติ รังเกียจและกีดกัน

โดยใช้กรอบแนวทางการดำเนินงาน ที่เรียกว่า Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTR) ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2558 - 2562<sup>(1)</sup> ทั้งนี้มีการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอเมริกา พบว่าการตีตราเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ส่งผลการเข้ารับการรักษาจริงใจและเข้าถึงการรักษาการติดเชื้อ

เอชไอวี รวมไปถึงวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสตลอดจนการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(2, 3)</sup> และจากรายงานของ The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAID) ปีพ.ศ. 2558 ยังพบว่ากว่าร้อยละ 35 ของประเทศทั่วโลกที่มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50 จากประชากรรายงานว่ายังมีทัศนคติที่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(4)</sup> มีการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับ และการเสริมสร้างความยืดหยุ่นจะสามารถช่วยลดความรุนแรงตลอดจนผลกระทบจากการตีตรา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ และยังพบอีกด้วยว่าความยืดหยุ่นและการตีตราจากสังคมซึ่งมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่าความยืดหยุ่นสามารถลดแรงขับเคลื่อนต่อร่างกายและจิตใจได้ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพึงพอใจในชีวิต<sup>(5-7)</sup> การศึกษาปัจจัยปกป้องและความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าความยืดหยุ่นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาเอชไอวี ช่วยลดการตีตราและอคติที่มีต่อโรคและส่งเสริมการป้องกันเอชไอวี /เอดส์<sup>(8)</sup> การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเป็นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรับมือกับการตีตรา<sup>(9)</sup>

จากข้อมูลเบื้องต้นผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิจัฯ ได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นเวลากว่าสามปี จึงมีความสนใจศึกษาความยืดหยุ่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากยังไม่มี การวิจัยศึกษาประเด็นนี้ในประเทศไทยมาก่อน การศึกษานี้จะทำให้ทราบระดับความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่าง อาจเกิดประโยชน์ในการเป็นแนวทางสำหรับเสริมสร้างความยืดหยุ่นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นถึงผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดแรงขับเคลื่อนลบจากการตีตรา การเลือกปฏิบัติสอดคล้องนโยบายของหน่วยงานด้านเอชไอวีที่ต้องการแก้ไขปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 130 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองและ ผู้วิจัยสอบถาม รวมถึงประวัติจากเวชระเบียน แบบวัดความยืดหยุ่น แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส/การมีคู่ครองเพศเดียวกัน วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา** (แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามอาสาสมัครด้วยตนเองและอ้างอิงจากเวชระเบียนของผู้ป่วย) ดังต่อไปนี้ แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับการรักษาเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน, วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส, ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจุบัน, ปริมาณไวรัสเอชไอวี (viral load) ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจุบัน, สูตรยาต้านไวรัสที่รับประทานตั้งแต่เข้ารับการรักษาถึงปัจจุบัน, โรคแทรกซ้อนขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวทางจิตเวช

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม** ประกอบด้วยแบบวัดความยืดหยุ่น พัฒนาโดยทัศนาศูววรรณะปกรณ์<sup>(10)</sup> เพื่อวัดระดับความยืดหยุ่นแปลงจากแบบประเมินความยืดหยุ่น (resilience scale)

ของ Wagnlid and Young (1993) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามมีมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 - 175 คะแนน ทัศนาศูววรรณะปกรณ์ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือนี้ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ โดยได้นำไปทดสอบในผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ 0.83 พบค่า ความเที่ยงโดยวิธีวัดค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

## แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แปลและดัดแปลงโดย ฅนภัทรวรรต บัวทอง<sup>(11)</sup> จากต้นฉบับภาษาอังกฤษจากหน่วยงานการบริการทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับเอชไอวี/เอดส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็น Likert scale มีคะแนนแต่ละข้อ 1 - 5 คะแนน และคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 100 คะแนนการแปลผลใช้วิธีแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าคะแนนรวมของ maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวมของ minimum possible และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการประเมินความตรงทางภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อีกทั้งผู้แปลได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่เอชไอวีในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 30 ราย พบค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean, M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทำการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi square, t-test, Pearson's correlation และ One way ANOVA,



Linear regression เพื่อสรุปผลระดับความยืดหยุ่น และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่าง ไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัย ทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย- เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำนวน 130ราย พบว่ามีอายุเฉลี่ย 43 (36 - 49) ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 30.8 และเพศชาย ร้อยละ 69.3 โดยมีเพศสภาพเป็น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 33.1 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.1 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 35.4 มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 97.7 เมื่อ แยกตามช่วงรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.2 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection ที่วินิจฉัยโดยแพทย์) คิดเป็นร้อยละ 74.6 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติหรือป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าเคยลิ้มรับประทานยา ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.2 มีระยะเวลาในการรักษา ตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบัน มากกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 59.2 มีปริมาณเม็ดเลือดขาวก่อนเริ่มยาต้านไวรัส น้อยกว่า 200 cell/mm<sup>3</sup> คิดเป็นร้อยละ 43.8 ปริมาณ เม็ดเลือดขาว ณ ปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีปริมาณเม็ดเลือดขาว มากกว่า 500 cell/mm<sup>3</sup> มากถึงร้อยละ 71.5 ในขณะที่ ปริมาณไวรัสเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัส มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ log 4.7 (4.2 - 5.1) copies/ml และผลการศึกษาพบว่าหลัง รับประทานยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณ ไวรัส เอชไอวี ณ ปัจจุบันน้อยกว่า 50 copies/ml ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.3 มีระดับความ ยืดหยุ่น อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 142.2, ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน = 24.2) ปัจจัยทำนายระดับความยืดหยุ่น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (P < 0.005) และ ร้อยละ 60.8 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลางค่อนข้าง ไปทางสูง (ค่าเฉลี่ย = 70.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.3 ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเข้า รับประทานรักษา (P < 0.005)

**ตารางที่ 1.** จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์- ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำแนกตามระดับความยืดหยุ่น (n = 130)

ระดับความยืดหยุ่น	จำนวน	ร้อยละ					
ความยืดหยุ่นระดับสูง (147 – 175 คะแนน)	72	55.3					
ความยืดหยุ่นระดับปานกลาง (121 -146 คะแนน)	40	30.7					
ความยืดหยุ่นระดับต่ำ (น้อยกว่า 121คะแนน)	18	13.8					
	Mean	SD	Min	p25	Median	p75	Max
ความยืดหยุ่น	142.2	24.2	33	136	147.5	156	175

จากตารางที่ 1. กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยจำนวน

130 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.3 มีความยืดหยุ่นในระดับสูงและมีระดับความยืดหยุ่นปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.7 ในขณะที่ร้อยละ 13.8 พบว่ามีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 130)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ					
ระดับสูง (ตั้งแต่ 74 คะแนนขึ้นไป)	46	35.4					
ระดับปานกลาง (47 - 73 คะแนน)	79	60.8					
ระดับต่ำ (20 - 46 คะแนน)	5	3.8					
	Mean	SD	Min	p25	Median	p75	Max
แรงสนับสนุนทางสังคม	70.2	13.3	36	61	70	80	98

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 มีแรง

สนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง และมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 35.4 ในขณะที่ร้อยละ 3.8 พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ตารางที่ 3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษาและความยืดหยุ่น ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient (n = 130)

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

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

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

จากตารางที่ 3 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรักษากับความ ยึดหยุ่นด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's

correlation Coefficiency) พบว่าความยึดหยุ่นมีความ สัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

**ตารางที่ 4.** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ดานโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติPearson's correlation Coefficient (n = 130)

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

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

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

จากตารางที่ 4 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรักษากับแรงสนับสนุน ทางสังคมด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's

correlation Coefficiency) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอายุ รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาและความยึดหยุ่น

**ตารางที่ 5.** ผลการวิเคราะห์ระดับความยึดหยุ่น (Resilience) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Chi-square (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคม)

ปัจจัย	ความยึดหยุ่น				P - value
	Total (n)% ยึดหยุ่นสูง (N = 72)	ระดับความ ยึดหยุ่นปานกลาง (N = 40)	ระดับความ ยึดหยุ่นต่ำ (N = 18)	ระดับความ	
อายุ (ปี) Mean (SD) = 42.77 (9.46) : Min = 24, Max = 68					0.99
< 36	29 (22.3)	16 (55.2)	10 (34.5)	3 (10.3)	
36 - 45	49 (37.7)	28 (57.1)	14 (28.6)	7 (14.3)	
46 - 55	40 (30.8)	22 (55)	12 (30)	6 (15)	
> 55	12 (9.2)	6 (50)	4 (33.3)	2 (16.7)	

ตารางที่ 5. (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น (Resilience) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Chi-square (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคม)

ปัจจัย	ความยืดหยุ่น				P - value
	Total (n)% ยืดหยุ่นสูง (N = 72)	ระดับความ ยืดหยุ่นปานกลาง (N = 40)	ระดับความ ยืดหยุ่นต่ำ (N = 18)	ระดับความ	
<b>เพศ</b>					0.71
ชาย	47 (36.2)	26 (55.3)	14 (29.8)	7 (14.9)	
หญิง	40 (30.8)	24 (60.0)	10 (25.0)	6 (15.0)	
<b>สถานภาพ</b>					0.75
โสด	61 (46.9)	34 (55.7)	18 (29.5)	9 (14.8)	
สมรส	49 (37.7)	25 (51.0)	18 (36.7)	6 (12.2)	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	20 (15.4)	13 (65.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	
<b>การศึกษา</b>					0.55
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	18 (13.9)	8 (44.4)	6 (33.3)	4 (22.2)	
มัธยมศึกษา	31 (23.9)	16 (51.6)	12 (38.7)	3 (9.7)	
อาชีวศึกษา	18 (13.9)	11 (61.1)	3 (16.7)	4 (22.2)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	63 (48.5)	37 (58.7)	19 (30.1)	7 (11.1)	
<b>อาชีพ</b>					0.19
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (8.5)	7 (63.6)	3 (27.3)	1 (9.1)	
เกษตรกร	9 (6.9)	6 (66.7)	2 (22.2)	1 (11.6)	
รับจ้างทั่วไป	29 (22.3)	11(37.9)	12 (41.4)	6 (20.7)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (9.2)	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	
พนักงานเอกชน	23 (17.7)	15 (65.2)	6 (26.1)	2 (8.7)	
ธุรกิจส่วนตัว/อื่น ๆ	46 (35.4)	22 (47.8)	6 (34.8)	8 (17.4)	
<b>รายได้</b>					0.55
มีรายได้	127 (97.7)	71(55.9)	390 (30.7)	17 (13.4)	
ไม่มีรายได้	3 (2.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	
<b>วินัยในการกินยาต้านไวรัส</b>					
สามเดือนที่ผ่านมาลืมหินยา	16 (12.3)	8 (50.0)	4 (25.0)	4 (25.0)	0.38
หกเดือนที่ผ่านมาลืมหินยา	25 (19.2)	13 (52.0)	7 (28.0)	5 (20.0)	0.6
<b>ระยะเวลาในการได้รับยาต้าน (ปี) Median IQR = 11 ( 5 - 16 ) : Min = 1 , Max = 22</b>					0.48
<5	21(16.2)	11 (52.4)	6 (28.6)	4 (19.0)	
5 – 10	32 (24.6)	19 (59.4)	10 (31.3)	3 (9.4)	
>10	77(59.2)	42 (54.5)	24 (31.2)	11 (14.3)	
<b>ปริมาณ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส Median (IQR) = 237 (126 - 335) : Min = 2 , Max = 953</b>					0.59
≤ 50	18 (13.8)	10 (55.5)	5 (27.8)	3 (16.7)	
51 – 200	41 (31.5)	21 (51.2)	16 (39.0)	4 (9.8)	
201 – 350	44 (33.8)	24 (54.5)	11 (25.0)	9 (20.5)	
> 350	27 (20.8)	17 (63.0)	8 (29.6)	2 (7.4)	

ตารางที่ 5. (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น (Resilience) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Chi-square (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านจิตสังคม)

ปัจจัย	ความยืดหยุ่น				P - value
	Total (n)% ยืดหยุ่นสูง (N = 72)	ระดับความ ยืดหยุ่นปานกลาง (N = 40)	ระดับความ ยืดหยุ่นต่ำ (N = 18)	ระดับความ	
ปริมาณ CD4 cell count ณ ปัจจุบัน	Median (IQR) = 608 (483 - 785) : Min = 41 , Max = 1,416				0.32
≤ 50	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
51 – 200	2 (1.5)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
201 – 350	14 (10.8)	7 (50.0)	7 (50.0)	5 (35.7)	2 (14.2)
> 350	113 (86.9)	64 (56.6)	64 (56.6)	34 (30.1)	15 (33.3)
Log 10 HIV RNA ก่อนเริ่มยาต้าน (copies/ml)	Median (IQR) = log 4.68 (log 4.19 – log 5.14) : Min = log 2.30 , Max = log 8.0				0.42
log 2.01 – log 3.0	6 (4.6)	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	
log 3.01 – log 4.0	17 (13.1)	12 (70.6)	2 (11.8)	3 (17.6)	
log 4.01 – log 5.0	66 (50.8)	36 (54.5)	23 (34.8)	7 (10.6)	
> log 5.0	41 (31.5)	20 (48.8)	13 (31.7)	8 (19.5)	
HIV RNA ณ ปัจจุบัน					0.28
< 50 copies/ml	128 (98.5)	70 (54.7)	41 (32.0)	17 (13.3)	
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม					0.003*
ระดับสูง	46 (35.4)	31(67.4)	11 (23.9)	4 (8.7)	
ระดับปานกลาง	79 (60.8)	39 (49.4)	29 (36.7)	11 (13.9)	
ระดับต่ำ	5 (3.8)	2 (40.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	

\*P <0.05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผลการ

วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Univariate analysis พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น (P <0.05)

ตารางที่ 6. ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา) โดยใช้สถิติ Chi-square

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

ตารางที่ 6. (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา) โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Total (n%)	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม			P-value
		สูง (N = 46)	ปานกลาง (N = 79)	ต่ำ (N = 5)	
<b>ปริมาณ CD4 cell count ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส</b>	Median (IQR) = 237 (126 - 335) : Min = 2, Max = 953				0.61
≤ 50	18 (13.8)	4 (22.2)	13 (72.2)	1 (5.6)	
51 – 200	41 (31.5)	17 (41.5)	24 (58.5)	0 (0.0)	
201 – 350	44 (33.8)	16 (36.4)	26 (59.1)	2 (4.5)	
> 350	27 (20.7)	9 (33.3)	16 (59.3)	2 (7.4)	
<b>ปริมาณ CD4 cell count ณ ปัจจุบัน</b>	Median (IQR) = 608 (483 - 785) : Min = 41, Max = 1,416				0.17
≤ 50	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0(0.0)	
51 – 200	2 (1.5)	1 (50.0)	1 (50.0)	0(0.0)	
201 – 350	14 (10.8)	6 (42.9)	8(57.1)	0(0.0)	
> 350	113 (86.9)	38 (33.6)	70(61.9)	5(4.4)	
<b>Log10 HIV RNA ก่อนเริ่มยาต้าน (copies/ml)</b>					0.99
Median (IQR) = log 4.68 (log 4.19 – log 5.14) : Min = log 2.30, Max = log 8.0					
log 2.01 – log 3.0	6 (4.6)	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	
log 3.01 – log 4.0	17 (13.0)	6 (35.3)	10 (58.8)	1 (5.9)	
log 4.01 – log 5.0	66 (50.8)	24 (36.4)	39 (59.1)	3 (4.5)	
> log 5.0	41 (31.5)	14 (34.1)	26 (63.4)	1 (2.4)	
HIV RNA ณ ปัจจุบัน < 50	128 (98.5)	45 (37.5)	78 (60.9)	5 (3.9)	0.99

(\* P < 0.05 )

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (P < 0.005)

**อภิปรายผล**

การศึกษานี้ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มีระดับความยึดหยุ่นสูงเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี มีกระบวนการดูแลที่เป็นระบบตั้งแต่แรกกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์และพยาบาล ทั้งในส่วนของการรักษาโดยเป็นไปในแนวทางให้ข้อมูล และทางเลือกพร้อมชี้แจงถึงข้อดีและความเป็นไปได้ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้แผนการรักษาขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ รวมถึงการให้ข้อมูลและคำแนะนำ การดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง หลังการติดเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องการรวมถึงการให้ของ

ทางการติดต่อกรณี มีปัญหา ต้องการคำปรึกษา ผ่านทาง  
โทรศัพท์ ที่มีพยาบาล ให้คำปรึกษา ได้ตลอด 24 ชั่วโมง  
ตลอดจนการแนะนำกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ก่อตั้ง  
ขึ้น เพื่อให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือ แก่ผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวี ทั้งนี้ จะมีการคัดกรองปัญหา ทั้งในอาการด้าน  
ร่างกาย และรวมถึงด้านจิตสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือ  
ตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผู้ติดเชื้อ  
เอชไอวีในต่างประเทศทั้งในยุโรปและแอฟริกา<sup>(12-14)</sup> ต่าง  
พบว่า การได้รับการดูแล ให้ข้อมูลและช่วยเหลือสนับสนุน  
ในสิ่งที่จำเป็น ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น  
ข้อมูลจากทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพ จะส่งผลดีต่อภาวะ  
สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม  
มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นเชิงบวก กล่าวได้ว่าการ  
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความสามารถใน  
การเผชิญปัญหา และภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
ทั้งนี้ การศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่า  
ความยืดหยุ่นสามารถลดแรงขับเคลื่อนลบของการตีตราได้  
อีกทั้งลดความรุนแรงจากผลกระทบของการตีตราและ  
ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีก  
ด้วย<sup>(15)</sup> ดังนั้นจากผลการศึกษา นี้ กล่าวได้ว่า การส่งเสริม  
ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมย่อมส่ง  
ผลถึงการลดปัญหาที่เกิดจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติ  
ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แม้จะพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีภาวะ  
สุขภาพกายที่ดี แต่ก็ยังมีภาวะสุขภาพจิตที่ได้รับผลกระทบ  
จากการตีตรา<sup>(16,17)</sup> ได้ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายทั้งในระดับ  
ประเทศและระดับโลก ที่ต้องการลดปัญหาที่เกิดจากการ  
ตีตรา และเลือกปฏิบัติ<sup>(1,4)</sup> ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ อาจ  
หวังผลได้ถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้อีกด้วย<sup>(18)</sup>  
ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรง  
สนับสนุนทางสังคม ได้แก่ อายุ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์  
เชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ในช่วงอายุ  
ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม  
ที่วัดได้ลดลง ดังนั้นจากผลการศึกษา อาจเป็นแนวทาง  
ในการติดตามให้เกิดการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงอายุ เป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้อง  
กับการศึกษา ของ Warren-Jeanpierre L.<sup>(19,20)</sup> เพื่อป้องกัน  
ปัญหาที่อาจเกิดจากการมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ที่จะ  
ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหา และต่อสู้กับ  
ภาวะวิกฤติลดลงได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุน  
ทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา  
กล่าวคือ ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์กับแรง  
สนับสนุนทางสังคมระดับสูง และระยะเวลาในการรับการรักษา  
ที่ยาวนานมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทาง  
สังคมระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการดูแล ส่งเสริม  
ให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี  
ระดับการศึกษาต่ำ และในขณะเดียวกันก็เป็นแนวทาง  
ในการส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ที่มี  
ระยะเวลาในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเวลานาน  
ด้วยเช่นกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติ รักษาธรรม, ธันยวีร์ ภูธนกิจ, โอบาส พุทธเจริญ, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, วินัย รัตนสุวรรณ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, และคณะ. แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. Arnold EA, Rebchok GM, Kegeles SM. 'Triply cursed': racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex* 2014; 16:710-22.
3. Nikus FN, Aman M, Brihnu Z. HIV stigma and associated factors among antiretroviral treatment clients in Jimma town, Southwest Ethiopia. *HIV AIDS (Auckl)* 2016;8:183-93.
4. UNAIDS. On the fast-track to end AIDS by 2030:





- Logie CH, Samuel M. Syndemics of depression, alcohol use, and victimisation, and their association with HIV-related sexual risk among men who have sex with men and transgender women in India. *Glob Public Health* 2017;12:250-65.
19. Warren-Jeanpiere L, Dillaway H, Hamilton P, Young M, Goparaju L. Life begins at 60: Identifying the social support needs of African American women aging with HIV. *J Health Care Poor Underserved* 2017;28:389-405.
20. Rubtsova AA, Kempf MC, Taylor TN, Konkle-Parker D, Wingood GM, Holstad MM. Healthy aging in older women living with HIV infection: a systematic review of psychosocial factors. *Curr HIV/AIDS Rep* 2017;14:17-30.