



26 ก.ค. 2539

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

A STUDY OF FACTORS AFFECT ON HEALTH - PROMOTING BEHAVIORS
IN CLIENTS WITH HIV INFECTION



จินตนา พงษ์สมบูรณ์

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม. มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-418-9

สงวนลิขสิทธิ์

พพ
๑๕๔๖๗
๕๕๓๙

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

.....

จินตนา พงษ์สมบูรณ์

ผู้วิจัย

.....

สมพันธ์ หิญชีระนันท์, วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศิริอร สันตุ, ค.บ., วท.ม., D.N.Sc.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

..... (หัวหน้า)

อศุณย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลกระทบบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 17 พฤษภาคม 2539

.....

จันทนา พงษ์สมบัติ

ผู้วิจัย

.....

สมพันธ์ วิทยะนันท์, วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศิริอร สันตุ, ค.บ., วท.ม., D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

พยอม อยู่สวัสดิ์, วท.บ,วท.ม., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนาศ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

กรรองกาญจน์ สิงคาศ

ค.บ., วท.ม., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... (กรรมการ)

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางจันทนา พงษ์สมบูรณ์

วัน เดือน ปี เกิด

11 มีนาคม 2498

สถานที่เกิด

จังหวัดนครราชสีมา

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, พ.ศ. 2516-2520 :

วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2533-2535 :

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ทุนการวิจัย

China Medical Board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2521-2527 : โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พ.ศ. 2527-2528 : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหูร โรงพยาบาลชลบุรี

พ.ศ. 2528-ปัจจุบัน: หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

และศัลยกรรมประสาทชายชลาทิศ 1

กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลชลบุรี

ตำแหน่ง

: พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าหอผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์สมพันธ์ พิชิตระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ และสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบ พระคุณ อาจารย์ ดร.กรรณกัญจน์ สังภาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์ ที่กรุณา ให้คำแนะนำ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใน การทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จังหวัด ชลบุรี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกนิรนามโรง พยาบาลศูนย์ชลบุรี ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และที่สำคัญ ที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ได้อบรมสั่งสอนปลูกฝังความพอรู้ ทางการศึกษา ให้ความรักและกำลังใจ ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้จนประสบ ความสำเร็จในการศึกษา ขอขอบคุณ คุณอริย์ พงษ์สมบูรณ์ ที่ส่งเสริมสนับสนุน และให้กำลังใจมา โดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกคน ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้ วิจัยด้วยดีมาตลอด และขอขอบคุณ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณา สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จันทนา พงษ์สมบูรณ์

ชื่อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ
เฮชไอวี

ผู้วิจัย

จันทนา พงษ์สมบูรณ์

ปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมพันธ์ หิญาธะนันท์, วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

ศิริอร ลินธุ, ค.บ., วท.ม., D.N.Sc.

สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา

17 พฤษภาคม พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อ เอชไอวีกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีอัตราการตายสูง มีการแพร่กระจายไปยังประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และในขณะนี้ยังไม่มีวัคซีนหรือยาใด ๆ ที่สามารถป้องกันหรือรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตสังคม และปัญหาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มโอกาสรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจตลอดไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และดำรงพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างยาวนาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกนรีนารวมโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 160 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และเลือกตัวทำนาย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา โดยปัจจัยทั้งสองนี้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถรวมทำนายการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{Z} \text{ (HPB)} = .2965 \text{ (PER)} + .2063 \text{ (ED)}$$

2. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ โดยพัฒนาส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่มีเพียง 1 ด้าน คือ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักและการยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน ส่วนพัฒนาส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ทั้งหมด สำหรับพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีทั้งหมด 5 ข้อ คือ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการบ้านปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ การชั่งน้ำหนักทุกวัน การออกกำลังกายทุกวัน การพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา และการหลีกเลี่ยงการดูแลเลี้ยงสัตว์ทุกชนิด

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดี และมีระดับการศึกษาสูง มีพัฒนาส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดีและมีระดับการศึกษาค่ำ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูล ชำนาญ หรือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความต้องการ และวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับความรู้ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพัฒนาส่งเสริมสุขภาพที่ดีตลอดไป

Thesis title A Study of Factors Affect on
Health - Promoting Behaviors in
Clients with HIV infection

Name Jantana Pongsomboon

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis supervisory committee Sompan Hinjiranan, B.Sc.(Honor),M.S.
Sirion Sinthu, B.Ed.,M.S.,D.N.Sc.
Suvimol Kimpee, B.Sc.,M.Ed.

Date of Graduation 17 May B.E. 2539 (1996)

ABSTRACT

HIV disease is one of the important health problem of all countries in the world, because of its highly mortality rate and rapidly spread throughout the world. Currently, there are no vaccines or effective drugs for prevention or treatments of this particular disease. People infected with HIV have experienced the suffering from various complications those affect both psycho - social and physical health status, so that the clients had to change their lifestyles and health habits correlated with treatment program and their physical changing to improve their health status. So health - promoting behaviors are the importance factor to maintain their physical and mental health in good status forever. Therefore, the researcher was interested in investigating factors affect on health - promoting behaviors in clients with HIV infected by using Pender's health promoting model as the

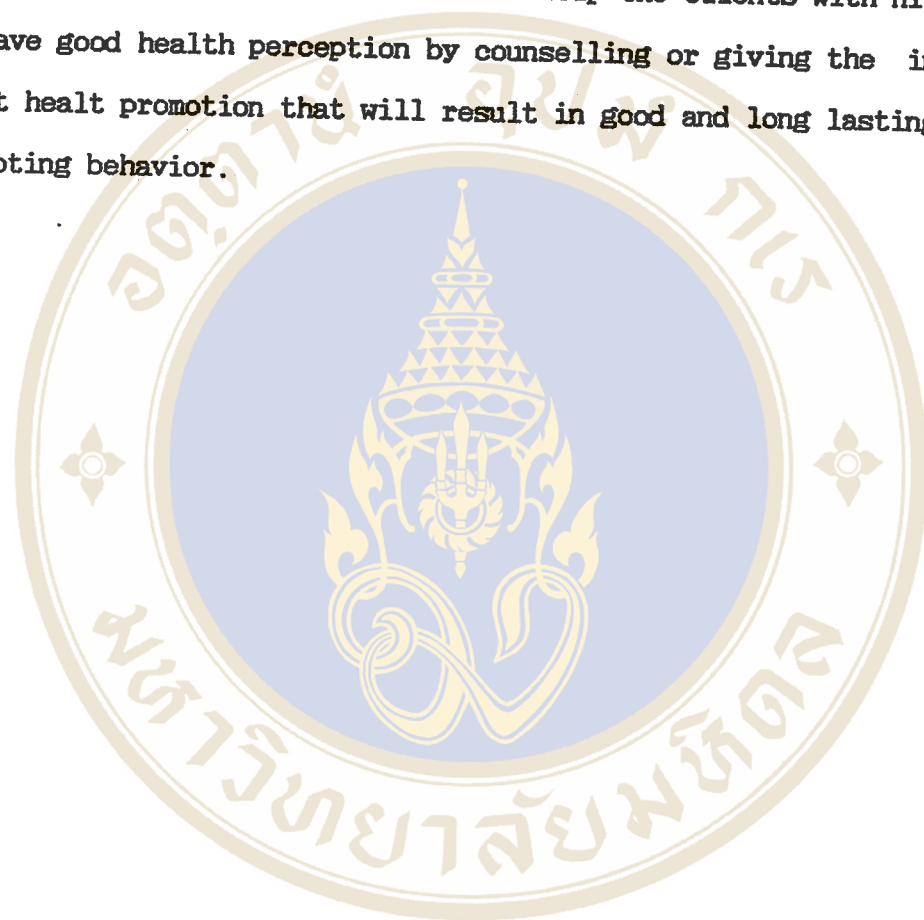
theoretical framework. The results of the study will enable nurse and the health care team to promote the HIV infected persons containing in good and long lasting health - promotion behaviors. The sample composed of 160 HIV infected clients who were follow up at the Niranam Clinic at Chonburi Hospital. Data were collected by using three sets of questionnaires, i.e., Demographic data, Health - Promoting Behavior and Health Perception questionnaires. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis by using SPSS^X program for arithmetic mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and the Stepwise Multiple Regression. The results were as follow :

1. The factors affect on health - promoting behaviors in clients with HIV infected was health perception and educational levels which 13 percent of the variance of health perception related to health-promoting behaviors was accounted for by two significance predictors at the level of .01 and the equation in standard scores was as fallow :

$$\hat{Z} \text{ (HPB)} = .2965 \text{ (PER)} + .2063 \text{ (ED)}$$

2. The overall mean scores of health - promoting behaviors of clients with HIV infected was in good level. There was only one section, the self - actualization was in excellence level, but the other sections were in good level. There were five categories of health - promoting behaviors were in fair level, i.e., cleaning mouth and teeth after each meal, body weighing daily, exercise daily, communication with the others clients with HIV infected while waiting the doctor, leaving-taking care of pets or animals.

The results of the study indicated that clients with HIV who had good health perception, high educational levels tend to have good health promoting behaviors. The researcher recommended that nurses and other health care personnel should aware to help the clients with HIV infected to have good health perception by counselling or giving the information about healt promotion that will result in good and long lasting health promoting behavior.



สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการศึกษา	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
ภาวะสุขภาพของผู้คิด เชื้อ เอชไอวี	14
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	20
ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	38
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	42
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิด เชื้อ เอชไอวี	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	61
ผลการวิจัย	61
อภิปรายผล	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	84
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	98
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	99
ข. คำชี้แจงสำหรับผู้คิด เชื้อ เอชไอวี และการพิทักษ์สิทธิของผู้คิด เชื้อ เอชไอวี	102
ค. ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	104
ง. ตารางแสดงข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	112
จ. ตารางแสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	117
ฉ. ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิด เชื้อ เอชไอวี	123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส	62
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ	63
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้	64
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบโรคเชื้อ การติดต่อ	65
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การแสดงอาการของโรค ระยะของการดำเนินโรค	66
6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	67
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ตามรายด้านของความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	68
8	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ตามรายด้านของการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการพักผ่อน และด้านรูปแบบการนอนหลับ	69
9	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ตามรายด้านของการจัดการความเครียด ด้านการตระหนักและ ยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น	71
10	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ตามรายด้านของการควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ ระบบบริการทางสุขภาพ	72
11	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	73
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์	74
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	76

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	8
2	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเคอร์	26



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของโรค

เอดส์ (HIV) หรือ Human Immunodeficiency Virus เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลายต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายมนุษย์ ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หรือเรียกย่อ ๆ ว่า เอดส์ (AIDS) เชื้อเอดส์จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยและรักษายาก เจ็บป่วยเรื้อรัง และในที่สุดก็เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) และ / หรือเป็นโรคเรื้อรังบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาทได้ (บรรจง คำหอมกุล, 2525 : 1 ; ประพันธ์ ภานุภาค, 2531 : 192) เชื้อเอดส์แพร่ผู้ติดเชื้อได้ 3 ทาง คือ ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ทางเพศสัมพันธ์ และจากการค้าสุทธารก (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 2) ในขณะนี้ยังไม่มียาใดที่จะรักษาโรคติดเชื้อเอดส์ (HIV disease) ให้หายขาดได้ สำหรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์นั้นก็ยังอยู่เพียงในระยะทดลองเท่านั้นและอาจจะใช้เวลามากกว่า 10 ปี จึงจะนำมาใช้ได้ (พินิจ รตนกุล, 2536 : 1,2)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเอดส์ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกแล้ว องค์การอนามัยโรคคาดว่าภายในปี 2543 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลก 40 - 100 ล้านคน (Quinn, T.C., 1995 : 1) ส่วนในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว จากรายงานเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2539 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 33,413 ราย และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 14,044 ราย (กองระบาดวิทยา, 2539 : 1) และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วประเทศจนถึงสิ้นปี 2538 ประมาณเกือบ 8 แสนคน (ดวงสมร พันธุ์เสน และคณะ, 2538 : 1) และถ้าหากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ยังเป็นอยู่เช่นในปัจจุบันแล้ว คาดว่าเมื่อสิ้นปี 2548 จะมีผู้ป่วยเอดส์รวม 1.8 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รวม 8 แสนคน ทั้งนี้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จะมีประมาณ 90,000 รายต่อปี (กองโรคเอดส์, 2538 : 2) โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้ออันดับแรก คือ การมีเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือการฉีดยาเสพติดเข้าเส้น และทารกติดเชื้อจากมารดา ตามลำดับ (เสาวรส รตนสาร และอาพล จินดาวัฒนะ,

2536 : 262)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น หรือต้องตายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เสมอไป จะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และในที่สุดจะเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ บางรายอาจมีอาการอะไรเลยเป็นสิบปี หรือตลอดชีวิตโดยที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ทั้งนี้เพราะระยะพักตัวเมื่อสัมผัสโรคแล้ว จะใช้ระยะพักตัวนานเท่าใดยังไม่มีความคืบหน้าแน่นอน จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อเอชไอวี จนเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์โดยเฉลี่ยประมาณ 8 - 10 ปี (อ้างในมัลลิกา ตั้งเจริญ, 2534 : 12 และ สุขสันต์ กิตติศุภกร, 2536 : 50) โดยพบว่ามีผู้ติดเชื้อที่มีอาการถึงร้อยละ 65 ที่ระยะพักตัวนานถึง 13 ปี และบางรายอาจไม่พบอาการใด ๆ เลยตลอดชีวิต นอกจากการตรวจเลือดพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 3) แต่บุคคลในกลุ่มนี้ทุกคนจะเป็นพาหะของโรคสามารถแพร่เชื้อได้ ซึ่งผู้ติดเชื้อที่มีอาการเหล่านี้ร้อยละ 25 จะป่วยเป็นเอดส์ และประมาณร้อยละ 40 จะเป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการระยะปานกลางร้อยละ 20 จะป่วยเป็นเอดส์ (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 5) แต่ผู้ติดเชื้อที่มีอาการบางรายอาจจะมีอาการดำเนินต่อไปจนเป็นเอดส์ก็ได้ และผู้ป่วยเอดส์บางรายจะมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 5 ปี หรือมากกว่า ดังนั้นจึงน่าจะเชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนจะต้องป่วยหนัก หรือทวงถามไม่ได้เสมอไป (ไพรัตน์ พุกชาติคุนภกร, 2533 : 83,87) ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และขึ้นกับว่าได้รับเชื้อทางใด ถ้าได้รับเชื้อจากการรับเลือด อาการก็จะเกิดเร็ว แต่ถ้าได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์อาการก็จะเกิดช้า จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์บางราย 8 - 10 ปี ยังไม่มีอาการใด ๆ เลยก็มี (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 5)

ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากจะไม่มีอาการใด ๆ เลย และมีสุขภาพดี โดยที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี ถ้าสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ และไม่รับเชื้อเพิ่ม แต่เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ติดเชื้อตลอดชีวิต และใช้ระยะเวลาเวลานานกว่าจะแสดงอาการของโรคให้ปรากฏ และเมื่อมีอาการของโรคเอดส์แล้ว อาการของโรคจะมีความรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ต้องทุกข์ทรมานมาก และมีอัตราการตายสูงมากถึงร้อยละ 50 ภายใน 1 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 90 ภายใน 3 ปี และอัตราการตายจะสูงมากเกือบร้อยละ 100 ภายใน 5 ปี (อานวย ไตรสุภา และทหาร พันธัญ, 2529 : 26,29) โดยมีสาเหตุการตายที่สำคัญมาจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และโรคมะเร็ง อีกทั้งงานปัจจุบันนี้ยังไม่มียาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือป้องกันโรคนี้ได้ ผู้ใดที่ป่วยเป็นเอดส์จึงต้องทุกข์ทรมาน เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนไม่

ว่าจะเป็นระยะใดก็ตามต่างก็มีความกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความคายนาลังรอมอยู่ข้างหน้า สำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการก็กลัวว่าอาการของโรคนี้อาจจะเกิดขึ้นมาในวันใดวันหนึ่งก็ได้ และยิ่งกลัวต่อไปอีกว่า บุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนฝูงจะรังเกียจว่าตนมีเชื้อโรค อันตรายอยู่ในร่างกายสามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2531 : 209) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันทานลดลง ก็จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่นำพาสมาเหตุ เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ต้องเสียเรื้อรัง มีเชื้อราในปาก ต่อมน้ำเหลืองโต เรื้อรังหลายแห่ง มีไข้และไอเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อทั้งระยะที่มีอาการและระยะเอดส์เพิ่มขึ้น (Darbyshire, 1991 : 563) และเมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็ง โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 5)

นอกจากผลการเจ็บป่วยทางกาย จากการเป็นโรคที่อันตรายรักษาให้หายได้และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจเป็นอย่างมากแล้ว การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ก็จะมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำงานได้ หรือดำรงหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ ต้องหยุดหรือออกจากงาน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ประกอบกับยาที่รักษามีราคาแพง และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่าย ซึ่งความรู้สึกละเลยเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อสภาพร่างกาย

จากผลกระทบต่าง ๆ ต่อคุณภาพในการดำรงชีวิตนี้เอง เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี หรือปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยไปให้กลับสู่ปกติ (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 30) โดยการไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามคำสั่งของแพทย์ หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง แสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น งดเว้นและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งได้แก่ การป้องกันตนเองไม่ให้รับเชื้อเพิ่ม การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีการระมัดระวังสุขภาพประจำวันของตนเองเป็นอย่างดี โดยการอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง มีการถ่ายเทสะดวก นอนในที่แออัด อับชื้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และผิวหนังให้สะอาดชุ่มชื้นด้วยการอาบน้ำทุกวัน และทาโลชั่นบำรุงผิวเพื่อป้องกันผิวแตกแห้ง สังเกตสีและลักษณะของผิวหนัง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม (Phipps et al., 1991 : 2231 ; บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 55) นอกจากนี้ยังต้องมีการระมัดระวังในการใช้

เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ร่างกายสามารถต้านทานการติดเชื้อ โดยการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2.5 - 3 ลิตร รับประทานอาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูงมีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน มีการจดบันทึกจำนวนอาหารและน้ำที่ได้รับในแต่ละวัน และหมั่นชั่งน้ำหนักทุกวันเพื่อดูว่าน้ำหนักลดหรือมี कुเลสซูนามัขัที่ติของช่องปาก (Lang, 1993 : 54) ตลอดจนฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา สังเกตลักษณะ สี จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ และดูแลรักษาบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด (Lang et al., 1993 : 390) มีการออกกำลังกายและมีกิจกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสม มีการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอ เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และงดเว้นการดื่มสุรา หรือการใช้ยาที่มีผลต่ออารมณ์ หรือมีผลในการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น ยากดภูมิคุ้มกัน ยาเสพติด เป็นต้น เพราะจะทำให้ผู้ติดเชื้อป่วยเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 40) มีวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม ตระหนักและยอมรับในความสามารถของตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีการติดต่อ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สามารถควบคุมสภาวะแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Behaviors) ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะช่วยลดอาการกำเริบของโรคและช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อด้วยโอกาส ลดการกลับเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ และมีผลทำให้อัตราการป่วยตายของผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลง อีกทั้งยังมีผลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความเหมาะสมของชีวิตในที่สุด (Pender, 1987 : 59)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 60) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive - Perceptual Factors) ภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ซึ่งเพนเดอร์ได้เน้นถึงความสำคัญของความรู้ - การรับรู้ในการเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะความรู้ - การรับรู้เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะเริ่มนำภาระคั่งให้ติดเชื้อเอดส์เอดส์มีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี (Pender, 1987 : 64) แต่การรับรู้นั้นก็อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นคามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องสูญเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ

ความกลัว ความห่อเหี่ยวทุกครั้งที่จะป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 : 374) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiansen cited in Pender, 1987 : 64) ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี จะมีความถ้อยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี

นอกจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแล้ว ปัจจัยปรับเปลี่ยนอันได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ภายในตัวบุคคล (Pender, 1987 : 58) ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษานครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ และการแสดงอาการของโรค

เพศ อาจทำให้เกิดความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม ซึ่งอาจมีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสอง เพศแตกต่างกันด้วยการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter, 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดความระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือ เพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าเพศหญิง

อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เช่น วัยเด็ก ยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เทียบเท่าผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะน้อยลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะเพิ่มขึ้น เพราะวัยนี้ความสามารถในการดูแลตนเอง และสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : ข) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุ 25 - 47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุ 15 - 24 ปี และ 50 ปีขึ้นไป แต่จากการศึกษาของ อัจฉรา โอบระเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถหาความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร และสามารถเรียนรู้เรื่องราวโรคและแผนการรักษาได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย (ประภา เพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ข) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แต่จากการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : 102-103) และจิรประภา ภาวีโร (2535 : 99) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามลำดับ

สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 41) จากการศึกษาของบราวน์ (Brown, 1983 : 161) พบว่าคนที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ คั่งแพง (2531 : 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รู้จักของเสียทางเยื่อของห้อง ที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ แต่จากการศึกษาของ แพรวระพี เรื่องเดช (2534 : 92-93) และจิรประภา ภาวีโร (2535 : 99) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามลำดับ

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 175) บุคคลที่มีรายได้ดีจะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ผู้ที่มีความรู้ทางเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ จะมีการศึกษาน้อย (Pender, 1982 : 161-162) เช่น จากการศึกษาของมัลลิกัตตั้งเจริญ (2534 : ข) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศ แต่จากการศึกษาของศิริวิมล วัฒนสินธุ์ (2534 : 67) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพราะความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนามาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และต้องใช้เวลาในการพัฒนาความสามารถของแต่ละคน (Orem, 1985: 109-109) จากการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี

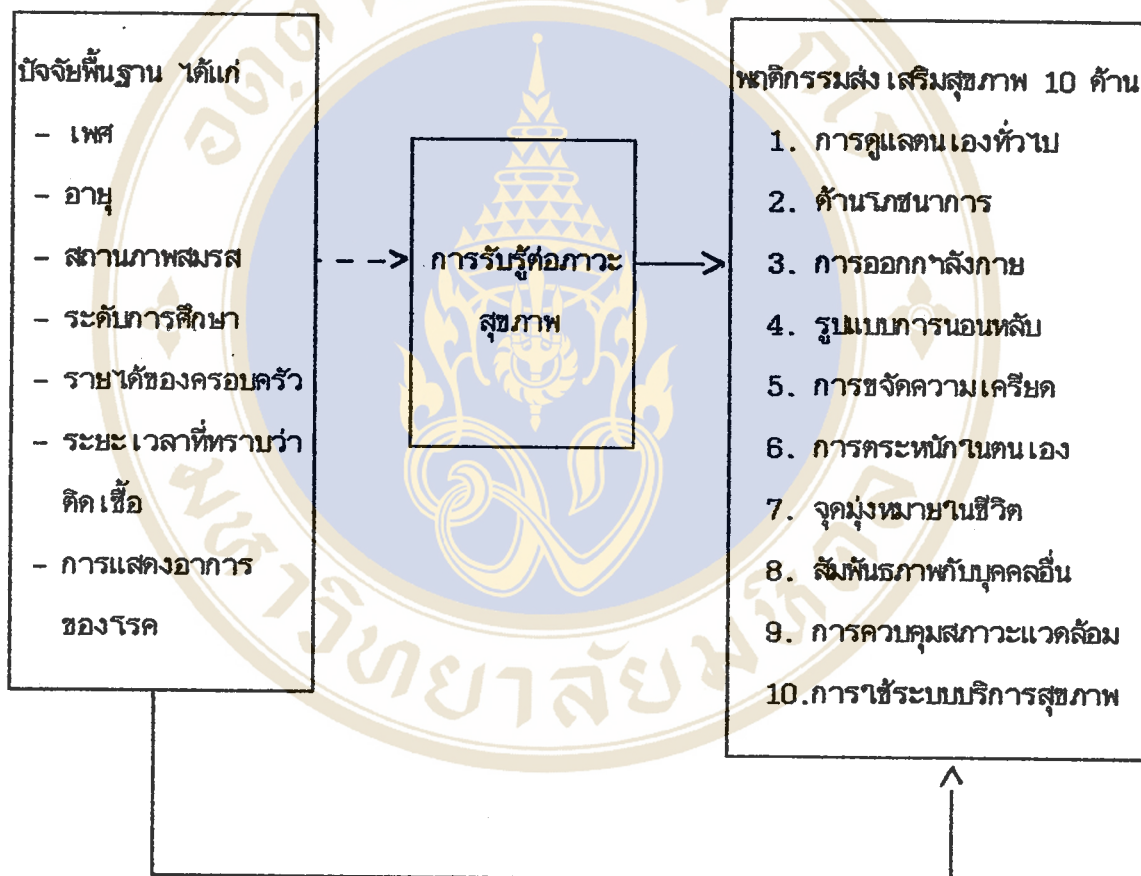
(2538) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลนินธ์ สิงปนวิสัย (2531) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทางกายภาพและจิตสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการศึกษาของบุษบา ดันติศักดิ์ (2535) พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี

การแสดงอาการของโรค เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Denyes, 1988 : 16 cited in Pender 1987 : 64) นอกจากนี้อาการของโรคที่หนักหน่วงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตรอด และเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden, 1988 : 99) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้มีอิทธิพลทางลบต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงของโรค จะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพของการติดเชื้อเอชไอวีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาการเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 61) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจากผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับสุขภาพที่ดีตลอดไป หรือปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยมาห้กลับเป็นปกติ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นเข้ามศึกษา คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ การแสดงอาการของโรค ซึ่งตัวแปรต้นเหล่านี้ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในกรอบแนวคิดของการวิจัยตามแผนภูมิที่ 1

ปัจจัยปรับเปลี่ยน ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
(Modifying factors) (Cognitive-Perceptual factors) (Participation in Health Promoting Behaviors)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การแสดงอาการของโรค
2. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ และการแสดงอาการของโรค

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการตรวจเอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัด ชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและให้การพยาบาล โดยตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

นิยามคำแปร

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประเมินโดย แบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ จีระประภา ภาวีโร (2535) ซึ่งมีการอนแนวคิดมาจาก แบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูค และคณะ (Brook et al., 1979) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Pior Health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวี เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา

1.2 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีเกี่ยวกับความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

1.3 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีเกี่ยวกับความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของคนในอนาคต

1.4 การรับรู้ความต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance / Susceptibility to illness) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.5 ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry / Concern) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีต่อผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และวิธีการ หรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อภาวะสุขภาพ

1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชเอวีเกี่ยวกับภาวะของโรค และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เพื่อการควบคุมความรุนแรงของโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชเอวีมีชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพ

2. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง คุณลักษณะของผู้คิดเชื่อเอชเอวี ที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าคิดเชื่อ การแสดงอาการของโรค

2.1 เพศ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง หรือเพศชาย

2.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับตั้งแต่เกิด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบ่งตามการสมรส โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสไม่คู่ หน้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

2.4 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการศึกษา

2.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีสถานภาพสมรสไม่คู่ หรือหมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบในการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียัง เป็นผู้ยังความดูแล หรือหมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ / หรือคู่สมรสเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีสถานภาพสมรสคู่

2.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของระยะเวลา ตั้งแต่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าผลการตรวจเลือดของตนเองพบแอนติบอดีต่อ เอชไอวี เป็นบวกจนถึง ปัจจุบัน

2.7 การแสดงอาการของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ตามลักษณะคลินิก แบ่งเป็น

2.7.1 ระยะที่นำปรากฏอาการ หมายถึง ระยะติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ คือ ผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลย ระหว่างนี้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน

2.7.2 ระยะที่มีอาการ หมายถึง ระยะที่ผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีเป็นผลบวก และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างของการติดเชื้อเอชไอวีปรากฏให้เห็น แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health - Promoting Behaviors) หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติ หรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987:138-143) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต

และนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน คือ

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

3.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเช้าให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

3.3 การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational activity) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ วิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย การเพิ่มสมรรถภาพทางกายรวมถึง การคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของบุคคล

3.4 รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน สภาพการนอนหลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีจัดสัปดาห์ที่ทำให้หลับ รวมทั้ง เทคนิคผ่อนคลาย และวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำมาใช้เมื่อนอนไม่หลับ

3.5 การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

3.6 การตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึที่มีคุณค่าในตัวเอง

3.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ การตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต

การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

3.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relation with others) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ ความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ

3.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ พฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำเพื่อ使自己ปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่าง ๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

3.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ การใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวี

ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวี (HIV) หรือ Human Immunodeficiency Virus เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายมนุษย์ ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไปเรื่อย ๆ ไปด้วยมิได้เป็นมาแต่กำเนิด จนในที่สุดร่างกายจะไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคใด ๆ ได้ ร่างกายจะอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและรักษายากหาย และในที่สุดก็เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาส อื่น ๆ และ/หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาทได้ ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องโดยมิได้เป็นมาแต่กำเนิดนี้เรียกว่า Acquired Immuno Deficiency Syndrome หรือ เอคส์ (AIDS) และเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีระยะการดำเนินของโรค แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (CDC) ซึ่งประกาศใช้ วันที่ 1 มกราคม 2536 โดยใช้ลักษณะทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มเอ
- กลุ่มบี
- กลุ่มซี

กลุ่มเอ คือ ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะหรือแสดงอาการของระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. มีการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ
2. มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตอย่างเรื้อรัง (Persistent generalized lymphadenopathy)
3. มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (Acute หรือ Primary HIV infection) หรือมีประวัติว่าเคยมีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน ซึ่งอาการจะเป็นแบบ Acute retroviral syndrome หรือ Acute mononucleosis-like syndrome กล่าวคือ ร้อยละ 50 - 70 จะมีระยะพักตัวประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ หลังถูกเข็มทิ่มหรือมีเพศสัมพันธ์ แล้ว มีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เป็นต้น

กลุ่มบี คือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการหรือโรคที่นำได้จัดอยู่ในกลุ่มซี และมีภาวะหรือโรคอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือต้องการการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าวได้แก่
 - 2.1 เนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยหลอดเลือด หรือหลอดเลือดน้ำเหลือง มากมายตามร่างกาย (Bacillary angiomatosis)
 - 2.2 ผื่นขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา
 - 2.3 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา
 - 2.4 มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical dysplasia)
 - 2.5 ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
 - 2.6 ผื่นขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia)
 - 2.7 งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเป็นมากกว่าหนึ่ง dermatome
 - 2.8 Idiopathic thrombocytopenic purpura
 - 2.9 Listeriosis
 - 2.10 อู้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลันอย่างมีภาวะแทรกซ้อน คือ ผื่นที่ท่อนำไข่หรือรังไข่

2.11 เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy)

ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มเอ หรือกลุ่มบี ก็จะได้ ำจัดอยู่ในกลุ่มบี

กลุ่มซี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ดังจะกล่าวต่อไปนี้ ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซีแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

1. โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลมหรือที่เยื่อปอด หรือที่หลอดอาหาร
2. โรคติดเชื้อรา *Cryptococcus* นอกปอด เช่น ที่ระบบสมองและไขสันหลัง หรือแพร่กระจายทั่วตัว
3. โรคติดเชื้อรา *Histoplasma* นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย
4. โรคติดเชื้อรา *Coccidioidomycosis* นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย (ไม่พบในคนไทยหรือติดมาจากต่างประเทศ)
5. *Cryptosporidiosis* เรื้อรังของลำไส้ยาวนานกว่า 1 เดือน
6. *Isosporiosis* เรื้อรังของลำไส้ยาวนานกว่า 1 เดือน
7. ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii*
8. โรคติดเชื้อปรสิต *Toxoplasmosis* ของเนื้อสมอง
9. ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
10. กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อเอชไอวี (HIV wasting syndrome)
11. โรคติดเชื้อ *Cytomegalovirus* ที่เกิดที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด ยกเว้นการติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
12. โรคติดเชื้อ *Herpes simplex* ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบหรือหลอดลมอักเสบ
13. ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ
14. เสพติชชีเมียจากเชื้อ *Salmonella* ที่กลับเป็นซ้ำ
15. Progressive multifocal leukoencephalopathy
16. วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด
17. โรคติดเชื้อ *Mycobacterium avium complex* หรือ *M. kansasii* หรือ *Mycobacterium spp.* ที่เกิดนอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย
18. มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma)
19. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)
- 19.1 Burkitt's

19.2 Immunoblastic

19.3 หรือเกิดเป็นปฏิกิริยาที่มอง

20. มะเร็งปากมดลูกชนิด invasive

21. ตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 ต่ำกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง
(กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536 : 61)

สำหรับในประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อหลายท่านให้ความเห็นว่าการติดเชื้อ *Penicillium marneffei* ชนิดแพร่กระจาย น่าจะเป็นหลักเกณฑ์เพิ่มเติมข้อในการบ่งชี้การเป็นเอดส์เต็มขั้นด้วย (สุรพล สุวรรณกุล และอมร สีสาร์ศรี, 2536 : 46-51)

ปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะปรากฏอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เกิดจากผลโดยตรงของ เชื้อเอชไอวีที่มีต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือเป็นผลร่วมของการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม และการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาทางกาย

1.1 ปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโรคติดเชื้อได้ง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีหลายประเภท และหลายชนิด เช่น เชื้อไวรัส วัณโรค แบคทีเรีย และเชื้อรา เชื้อแต่ละตัวมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกัน บางระบบของร่างกายมีการติดเชื้อจากเชื้อโรคหลายชนิด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะพบได้ทั้งเชื้อแบคทีเรีย วัณโรค และเชื้อรา แต่ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ *Pneumocystis carinii* Pneumonia (PCP) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการปอดบวม ซึ่งได้แก่ ไข้ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอ ไอมีเสมหะเป็นเลือด เหนื่อยออกตอนกลางคืน เขียว เสียงหายใจผิดปกติ มีเสียงผิดปกติของปอด (บรรจง คำหอมกุล 2525 : 44,49) การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการท้องร่วง อาจรุนแรงจนถึงรุนแรงถ่ายเป็นน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นการติดเชื้อของลำไส้เล็กจากเชื้อ *Cryptosporidium* ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการถ่ายเป็นน้ำ ไม่สบาย คลื่นไส้ ปวดบิด ผู้ติดเชื้อบางคนถ่ายอุจจาระวันละประมาณ 10 - 15 ลิตร ทำให้น้ำหนักลดรุนแรง เกิดภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ขาดอาหาร และเกิดอาการอ่อนเพลีย (บรรจง คำหอมกุล

: 535:44) เป็นต้น ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้เป็นการติดเชื้อที่คุกคามต่อชีวิต และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพเลวลง และต้องมาพบแพทย์บ่อย ๆ บางรายแพทย์อาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ อาการอุจจาระร่วง โดยจะพบได้ถึงร้อยละ 60 (อ้างอิงในทฤษฎีฯ หอมทรัพย์ 2835:43) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาพบแพทย์ด้วยอาการท้องร่วงอาจมีรุนแรงจนถึงรุนแรง ถ่ายเป็นน้ำ อาจมีตะคริวที่ท้อง ปวดท้อง อ่อนเพลียไม่มีแรง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจถ่ายอุจจาระถึง 10 - 15 ลิตรต่อวัน และอาจมีผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักเปื่อยเป็นแผล ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

1.3 ปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีรอยโรคที่ผิวหนัง เช่น ตุ่มหนอง ผื่น ปวด คัน ตุ่มน้ำแตกมีรอยโรคและมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมา แผลจากสะเก็ดบางครั้งหายยาก โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อที่ผิวหนัง ผิวแห้ง เลือดจาง การสูญเสียของเม็ดเลือดที่ผิวหนัง ขาดการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการไม่สมบูรณ์ และพฤติกรรมของผิวหนังต่อยาที่ใช้รักษาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการผิวหนังแห้งแตก (Xerosis) มีการอักเสบและมีการติดเชื้อของผิวหนังได้ง่าย โรคติดเชื้อที่ผิวหนังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะตั้งแต่ระยะแรกจนถึงเป็นเอดส์เต็มขั้น

1.4 ปัญหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะเลือดออกจากการมีเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวี การสูญเสียของเม็ดเลือดไปทั้งหมด เลือด และไขกระดูกถูกกด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเลือดออก มีรอยช้ำ และ/หรือเลือดซึมที่ผิวหนัง อาจมีเลือดออกที่เหงือก หรือที่อวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย

1.5 ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ วัณโรคปอดและปอดอักเสบจาก Pneumocystis carinii เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (พักตร์วิมล ประเสริฐ และคณะ, 2536 : 183) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ เหนื่อย หายใจลำบาก หายใจคั่น เขียว มีอาการเจ็บหน้าอกจากไอเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและพักผ่อนได้น้อย

1.6 ปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม หรือดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เนื่องจากอ่อนเพลียมาก มีไข้สูง มีอาการเจ็บปวด มีการติดเชื้อของระบบประสาท ทำให้การทำงานของระบบประสาทเสื่อมลง เช่น สูญเสียการมองเห็น สูญเสียความคิดจากภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด การทำงานของกล้ามเนื้ออ่อนแรง ประสานกัน ทำให้มีอาการเกร็ง กล้ามเนื้อล้า กระตุก เป็นต้น

1.7 ปัญหาเกี่ยวกับการขาดอาหารและน้ำ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะขาดอาหารและน้ำ จากอาการท้องร่วง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ไข้สูง มีแผลในปาก เชื้อราในปากและหลอดอาหาร มะเร็งหลอดเลือดในปาก และหลอดอาหาร น้ำย่อยในทางเดินอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื่อเอชไอวี การติดเชื้อมนุษย์โอกาส การเป็นมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด และการฉายแสง รวมทั้งปัญหาทางจิตและสังคม การขาดอาหารประเภทโปรตีนและสารพลังงาน การขาดวิตามินต่าง ๆ จะมีผลอย่างมากต่อเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ความสามารถต่อสู้เชื้อโรคลดลง เกิดการติดเชื่อซ้ำได้ง่าย และมีการติดเชื่อรุนแรงมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การขาดโปรตีนและสารพลังงานจะทำให้กล้ามเนื้อลีบ เสื่อม น้ำหนักลด

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ

2.1 ปัญหาความตึงเครียดทางอารมณ์ ความเจ็บป่วยทางกายจากการป่วยเป็นโรคที่รักษานานหลาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ รู้สึกว่าตนเป็นโรคที่น่ารังเกียจ คนทั่วไปมักลำคึดต่อ ต้องถูกแยก ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และมีความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวอาการของโรค กลัวทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย กลัวสังคมทอดทิ้ง กลัวถูกแยกครอบครัว ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะรู้สึกคับข้องใจ เนื่องจากความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม หรือไม่สามารถทำงานได้ เพราะสมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต และการที่ต้องปฏิบัติตามเยี่ยงผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น ต้องระมัดระวังเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยาให้ตรงเวลา และสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การที่ต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์เป็นอย่างมาก

2.2 ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม แม้ว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ แต่ผลจากการมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนคนปกติทั่วไป และมักจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตลอดมา ทำให้มองตนเองว่าเป็นบุคคลไร้คุณค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อน การที่สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาท จากการพึ่งพาผู้ติดเชื่อเอชไอวีขณะ เป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้ที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีพึ่งพา นี้จะทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตาม

บทบาทเดิมได้ เกิดความเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวสูญเสียไปได้

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นว่าผู้ติดเชื่อเฮซอวี จะต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้น หรือบรรเทาความรุนแรงลงได้ด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ติดเชื่อเฮซอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงหมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมีได้รับอิทธิพลจากความคิดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981 : 11)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 98) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน ซึ่งหมายถึงกิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม สั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การนึกเลือกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัด หรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอก ซึ่งหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน นั่ง เดิน การขับรถ ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้บางอย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น (Miller and Dollard cited in Shaw and Costanzo, 1985 : 42)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพคือ แฮริส และกลูเตน (Haris and Guten 1979 cited in Pender 1987 : 38) ซึ่งให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Protection Behavior) (Brubader 1983 : Murray &

Zentner 1989 : Pender 1987 อ้างอิงใน จินตนา มูนิพันธ์ 2532 : 45) ซึ่งคาสส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966 : 248; cited in Gochman 1988 : 4) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับมือกับโรค ส่วนของพาลังค์ (Palang 1991 : 818) ให้ความหมายว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดย พฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender 1987 : 57) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใด หรือปัญหาใด หนึ่งเกิดขึ้น ด้วยเป้าหมายสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งยกระดับสุขภาพดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้สนใจและให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่านดังนี้

กอยแมน (Gochman 1982 อ้างอิงใน จินตนา มูนิพันธ์ 2532 : 44-45) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 4) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมและการมีสุขภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner 1993 : 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลได้สูงขึ้น และมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ อันจะนำไปสู่ความปกติ สุข ความมีศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรม (การกระทำ) นั้น ๆ มีทั้งสิ่ง เกิดได้และสิ่ง เกิดไม่ได้

นอกจากการให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังกล่าวแล้ว ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลและงานวิจัยขึ้นอีกด้วย (Pender, Walker, Schemm & Frank Stromberg 1990 cited in Hayduk, et al., 1993 : 132) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งนับได้ว่าเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาจากบุคลากรที่สนใจสุขภาพ ก็คือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 57) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ภายได้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ คือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 57-60) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive - Perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive - perceptual factors)

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์นี้ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ นับเป็น

กระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่าปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987 : 60; Stuijbergen and Becker 1987 : 3) ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยย่อย ๖ ดังนี้

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น อย่างไรก็ตามเพนเดอร์ (Pender 1987 : 61) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า บทบาทของการให้คุณค่าของสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ยังต้องการการศึกษาต่อไป เพราะยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลมากกว่าพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป (Global life values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เพนเดอร์ (Pender 1987 : 61) ได้อธิบายถึงผลของการรับรู้การควบคุมสุขภาพว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self - efficacy) การรับรู้ความสามารถในตนนี้ หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จหรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้นบุคคลนั้นก็จะมีกระทำการที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) คำจำกัดความหรือการให้ความหมายของ คำว่า "สุขภาพ" ของบุคคลนั้นส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่า เกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสุข (Self-actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนแตกต่างกัน มีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่ และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจและมี

ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of Health-Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน จะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อมั่นในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health-Promoting Behaviors) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจจะเห็นการคาดคะเนหรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 58) กล่าวว่า ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือ ปัจจัยด้านนี้มีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ปัจจัยปรับเปลี่ยนประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.1 ปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา และรายได้ ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีน้ำหนักมาก จะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และโมเดลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรม นั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น โดยทางเลือกยิ่งมีมากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคอลเลสเตอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจจะต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสิทธิภาพของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญา (Cognitive and Psychomotor skills) มีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการของอาหาร โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั่นคือ ความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิม จะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action)

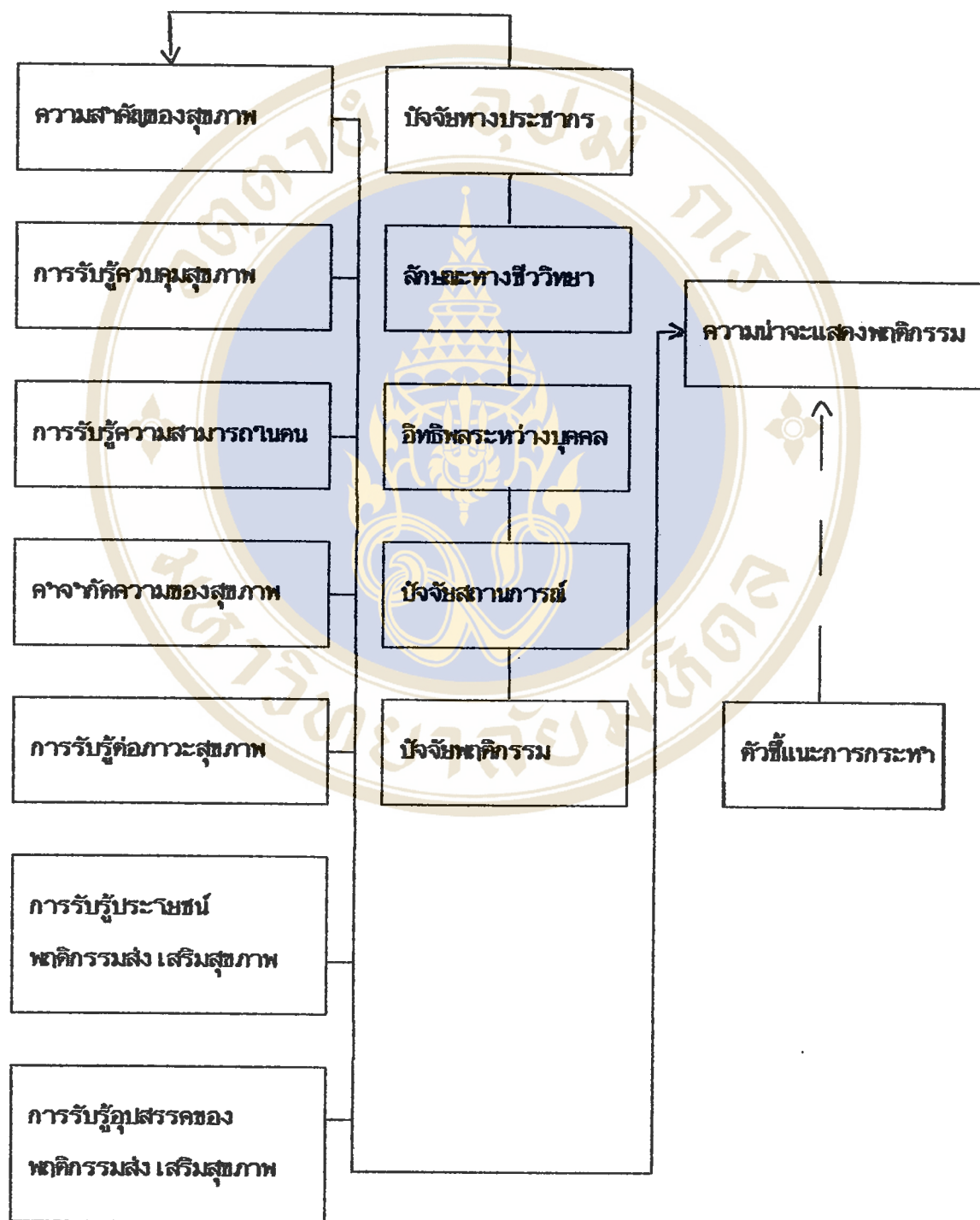
เพนเดอร์ (Pender 1987 : 68-69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการ และความรู้สึกสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสบาย (Feeling good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่จะผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยน และตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 58) ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้
(Cognitive-Perceptual
factors)

ปัจจัยปรับเปลี่ยน
(Modifying factors)

การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
(Participation in Health-
Promoting Behaviors)



แผนภูมิ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

ที่มา : Pender 1987 : 58

จากแผนภูมิที่ 2 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ด้าน ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อย ๗ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีอิทธิพล (ความสัมพันธ์) โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factors) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อย ดังกล่าวแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1982 cited in Walker, Sechrist and Pender 1987:76) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health-protecting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกัน หรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับของภาวะสุขภาพหรือความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอึดเอาจนนั้น สามารถประเมิน หรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles) เพนเดอร์ (Pender 1987 : 135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habitts Assessment : LHHA) ประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competene in self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่ง หรือยืน ของแต่ละบุคคล

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคน สภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับ รวมทั้ง เทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้ก่อนนอนหลับ

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักและยอมรับในความเป็นคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง

7. จุมนุ่มหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์แห่งของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่าง ๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย จากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

อาจสรุปได้ว่า จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์นั้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำ จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น สามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน ดังกล่าวมาแล้ว

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากบุคคลากรทางสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการทากิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (Stuifbergen and Becker 1994:3) ซึ่งไม่เพียงแต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือทุพพลภาพเท่านั้น ที่ต้องประสบกับปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค และผลข้างเคียงของการรักษา ผู้คิดเชื้อเอชไอวีก็เช่นกัน การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะนำไปสู่ความปกติสุข และควมมีศักยภาพสูงสุดในบุคคล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้คิดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้ว่าการคิดเชื้อเอชไอวีจะเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ตลอดชีวิต อีกทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี และยังคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ ulyanang จาเป็นต้องกลายเป็เอดส์เต็มขั้น หรืออาจเป็นซ้ำก็ได้ ถ้าดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี การขาดการระมัดระวังรักษาสุขภาพจะทำให้สุขภาพเลวลง ซึ่งจะทาให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเป็นเอดส์เต็มขั้นเร็วขึ้น ดังนั้น ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเอง มีหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลสุขภาพของตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจน มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวี ตามแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้านของ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 138-143) ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ รับประทานอาหาร หรือภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยที่สุดในผู้คิดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมาพบแพทย์ และผู้คิดเชื้อเอชไอวีถูกปรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ulyanang พบว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีมี

โรคปอดอักเสบ (Pneumocystis carinii) ถึงร้อยละ 60 (Long et al., 1993 : 394) นอกจากนี้โรคปอดที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ได้แก่ ปอดอักเสบจากจุลินทรีย์หายาก (แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา) วัณโรคปอด เนื้องอกในปอด (Kaposi's sarcoma ในระบบทางเดินหายใจ) มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (Hodgkin, non-Hodgkin lymphoma) หรือปอดอักเสบที่แพร่ระบาด (สุรพล สุวรรณกุล 2536 : 196) ซึ่งอาการไอแห้ง ๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในโรคปอดอักเสบ (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 49) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอโดยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทสะดวก นอนอยู่ในที่แออัด อันขึ้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม (Phipps et al., 1991 : 2231)

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างภาษาได้รับน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีภาวะขาดน้ำ จากผลของการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี รวมทั้งปัญหาทางจิตและสังคม ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องร่วง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ไข้สูง มีแผลและเชื้อราในปากและหลอดอาหาร ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 ซีซี และควรมีการจดบันทึกน้ำหนักตัวรวมทั้งปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกทุกวัน (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 57, 58)

1.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นฝ้า และการระบายของเสียตามปกติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีอาการอุจจาระร่วงร้อยละ 60 และ ผิวหนังเป็นโรค เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ยังมีอาการจนถึงเป็นเอดส์เพิ่มขึ้น โรคผิวหนังที่พบบ่อย เช่น โรคติดเชื้อที่ผิวหนัง จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา เชื้อมัยโคแบคทีเรีย ซิฟิลิส เชื้อปรสิต โรคติดเชื้อ รโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis vulgaris) ผิวหนังแห้งแตก (Xerosis) ความผิดปกติจากภูมิไวเกิน และมะเร็งของผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) เป็นต้น (สุรพล สุวรรณกุล และป่วน สุทธิพิณธรรม 2535 : 114-129) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรดูแลสุขภาพความสะอาดของร่างกายทุกวัน ใช้สบู่อ่อนที่เป็นสบู่เหลว ทาโลชั่นบำรุงผิว ป้องกันผิวแห้งแตก ตลอดจนฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา สังเกตลักษณะ สี จำนวนของการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด สังเกตสี และลักษณะของผิวหนัง เป็นต้น (Long et al., 1993 : 390)

1.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.4.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมาพบแพทย์ตามนัด การมาพบแพทย์ตามนัดจะเป็น

ผลดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะแพทย์จะได้ติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง

1.4.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานยา หรือรับการบำบัดอื่น ๆ ตามที่แพทย์กำหนดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอันตรายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาจะต้องดูจำนวนและชนิดให้ถูกต้องตามแผนการรักษาทุกครั้ง และสังเกตการผิดปกติที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบมาพบแพทย์ เพื่อให้การแก้ไขได้ทันห่วงที่

1.4.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เพราะการรับประทานยาบางชนิดที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้น อาจไปกดหรือทำลายภูมิคุ้มกันร่างกายของตนเอง เช่น ยา สเตียรอยด์ ยาเสพติด หรืออาจไปมีผลต่อปฏิกิริยาการและระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้การดูดซึมไม่ดี กับถูกทำลายจากพิษยา ทำให้มีผลต่อการดูดซึมวิตามินและกรดอะมิโน นานาประเภทของอาหาร ซึ่งได้แก่ยาที่มีผลต่ออารมณ์ ยาเสพติด ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือ คาเฟอีน (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 40, 96)

1.4.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสังเกตผลข้างเคียงของโรค และอาการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งเป็นผลโดยตรงของเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือเป็นผลร่วมของการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม และการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย อุดจากร่างกาย มีผ้าขาวที่ลิ้น อาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรู้จักสังเกตอาการแสดงของโรคที่กลับเป็นซ้ำ มาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เพื่อโรคจะได้ไม่รุนแรงขึ้น

1.4.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่

1.4.5.1 การป้องกันตนเองไม่ให้รับเชื้ออื่นเพิ่มอีก เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีโอกาที่จะติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงจากบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยให้ดี ล้างมือ อาบน้ำสม่ำเสมอ รักษาผิวหนังให้แห้งสะอาด ไม่มียารอยแผล การพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่สมดุล พักผ่อนคลายความเครียด และออกกำลังกายสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงการรับเชือบ่อย ๆ โดยการใช้พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันผู้อื่น เป็นต้น

1.4.5.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสูทรอบครัว และผู้อื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสูทรอบครัว และผู้อื่น ซึ่งได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ใกล้ชิดได้รับความรู้เรื่องเอชไอวี เพื่อจะได้รู้วิธีป้องกันตนเอง บอກให้คู่นอน หรือผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วม ทราบถึงแนวทางการติดเชื้อเอชไอวี และการกระตุ้นให้หาคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยควรบอกแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ที่จะทำการรักษาทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ถ้ามีเลือดออกหรือสารน้ำจากร่างกาย ควรเช็ดทำความสะอาดด้วยตนเอง นำเชือกประคอง หรือของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น ไม่บริจาค เลือดหรืออวัยวะ เป็นต้น

1.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ หรือการได้รับบาดเจ็บต่าง ๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องป้องกันตนเองให้พ้นจากโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน อดทนให้ความสนใจระมัดระวัง กระทำการป้องกันอุบัติเหตุ หรือการได้รับบาดเจ็บ (Phipps et al., 1991 : 2233) การรักษาความสะอาดในช่องปากควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม (เพื่อลดการเกิดบาดแผลและการติดเชื้อ) หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือก่อนและหลังอาหาร และก่อนนอน เพื่อป้องกันฟันผุและติดเชื้อ (Long et al., 1993 : 390) รักษาผิวหนังให้สะอาด ชุ่มชื้นเสมอ ไม่มียารักษา ไข้เลือดออก ไม่แกะเกาบริเวณรอยแผล ในรายที่มีอาการบวมจะต้องหมั่นตรวจผิวหนังบริเวณที่บวมสม่ำเสมอ ดูการไหลเวียน และสีผิวหนัง หรือการแตก สังเกตอาการผิดปกติที่ผิวหนังทุกวัน และรีบมาพบแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นควรลดความไวของแสง โดยการใช้แว่นตากันแดด หรือแสงสว่างของโทรทัศน์ให้อยู่ในระดับต่ำ หรือบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่ สวมหมวกที่มีปีก เมื่อออกกลางแจ้ง เป็นต้น

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

ผลของการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี รวมทั้งปัญหาทางจิต และสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารประมาณร้อยละ 50-90 โดยพบว่าอาการสำคัญต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย และที่สำคัญที่สุด คือ อุดจากระวัง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาการอื่นที่พบได้ เช่น อุดจากระวังเรื้อรัง อาการเจ็บที่ปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน บวมท้อง เลือดออกทางเดินอาหาร ท้องผูก อาการท้องเสีย ขับถ่าย รวดของทางเดินน้ำดี อาการเหล่านี้จะปรากฏในระยะใดของโรคก็ได้ และจะพบบ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น (สภาพมานัสสกิจ และสุรพล สุวรรณกุล 2538 : 257) การมีไข้ หรือการติดเชื้อ ทำให้สูญเสีย



สารอาหารในร่างกายในมาก และร่างกายก็ต้องการโปรตีนกับสารพลังงาน (แคลอรี) มากขึ้น แต่อาการท้องเดิน ไม่อยากอาหาร มักจะเป็นอุปสรรคต่อความต้องการของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ความอยากอาหารลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะโภชนาการไม่สมบูรณ์ มีผลให้ความต้านทานของร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อซ้ำได้ง่าย และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้นด้วย นอกจากนี้แล้วการขาดโปรตีน และสารพลังงาน ทำให้กล้ามเนื้อลีบ เลือดลง น้ำหนักลด ไขมันในร่างกายลดลง (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 94) ซึ่งจะพบได้ถึงร้อยละ 93-100 ของผู้ป่วยเอดส์ (อ้างใน พิศัยทิศา หอมทรัพย์ 2538 : 43) ดังนั้นผู้คิดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง แคลอรีสูง วิตามินและเกลือแร่ รับประทานอาหารที่ชอบ อาหารเสริมอาจช่วยให้เครื่องคัมที่กระตุ้นความอยากอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศมาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ให้อาหารตามชนิดและอาการของโรค ทำความสะอาดปาก ฟัน ก่อน-หลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน และจัดบรรยากาศให้น่ารับประทานอาหาร เช่น แสงสว่าง ลมพัดดี คนตรี ทำที่สุขสบาย ให้อาหารที่น่ารับประทาน ผู้คิดเชื้อควรเลิกใช้ยาที่มีผลต่ออารมณ์ ยาเสพติด เลิกดื่มสุรา เพราะมีผลต่อภาวะโภชนาการ และระคายเคืองกระเพาะอาหารทำให้การดูดซึมอาหารไม่ดี ดื่มน้ำหลายจากพืชของยา ทำให้มีผลต่อการดูดซึมวิตามินและเกลือแร่ของยา นานไปสู่ภาวะขาดอาหาร การรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่บ่อย ๆ หลีกเลี่ยงอาหารมัน ถ้ามีอาการอาเจียนหลีกเลี่ยงอาหารหวาน เวลามีอาการต่าง ๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ควรดื่มของเหลวใสหมดทุกเพื่อหลีกเลี่ยงการกลืนอากาศ และเมื่อมีอาการเจ็บปากมากไม่ควรดื่มน้ำพร้อมอาหาร ควรดื่มน้ำ 30-60 นาทีก่อนอาหาร นิ่งพักหลังรับประทานอาหาร นอนพัก รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดเพราะมีความสำคัญกับระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยป้องกันพิษจากเชื้อรา และช่วยการหายของเยื่อเมือกทางเดินอาหาร รับประทานอาหารที่มีวิตามินที่มีความสำคัญกับหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น วิตามินเอ วิตามินบี และวิตามินอี อาหารที่มีรสเผ็ดสูง ได้แก่ ตับ เนื้อวัวติดมัน ไข่ หอยนางรมดิบ อาหารที่มีวิตามินอีสูง ได้แก่ น้ำมันพืช นม ไข่ เนื้อสัตว์ ปลา ธัญพืช เช่น ข้าวไร้ ถั่ว ข้าวสาลี (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 97) ผู้คิดเชื้อเอชไอวีควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของคนว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ โดยการบันทึกจำนวนอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน และหมั่นชั่งน้ำหนักทุกวันเพื่อดูว่าน้ำหนักลดหรือไม่

3. การออกกำลังกายและกีฬารวมทั้งผ่อนคลาย

การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการ

เคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย รวมทั้งผลทางด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith 1985 : 244-245) ผู้คิดเชื้อเอซาเอวีจึงควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (Range of Motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติด (Phipps et al., 1991 : 2233) การเดินแอโรบิกจะช่วยให้การแลกเปลี่ยนอากาศภายใน ปอดดีขึ้น และอาจเพิ่มการต้านทานต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ นอกจากนี้การออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และ ธรรมเนียม เช่น วัยน้ำ ซึ่งภรรยา เป็นต้น ซึ่งการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ก่อนออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดผลกระทบจากการเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อในระหว่างการเจ็บป่วย และช่วยชดเชยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นภายหลัง (Lang, 1993 : 55) สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ต้องเป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้การหายใจ และการไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งความเหมาะสมของการออกกำลังกายอาศัยการนับชีพจรขณะออกกำลังกาย หรือพื้นที่ที่หยุดออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ยังช่วยทำให้จิตใจแจ่มใส มีอารมณ์ดี เบิกบาน หุ่นดีกลับแล่น ช่วยคลายความเครียด ทำให้ความคิดอ่านปลอดโปร่ง (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ 2534 : 6-8) และช่วยทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น และยับยั้งการกดภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นผลกระทบของภาวะเครียด และวิตกกังวล (Lang, 1993 : 55)

ส่วนกิจกรรมการพักผ่อนนั้น เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น การพักผ่อนให้เพียงพอ ทั้งร่างกายและจิตใจ จะทำให้มีสุขภาพดี เพราะขณะที่พักผ่อนอยู่นั้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหารและแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกาย จะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุงและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม

4. รูปแบบการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพราะในขณะที่ท่านนอนหลับการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม โดยทั่วไปบุคคลจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้คิดเชื้อเอซาเอวีจึงควรหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง

5. การจัดกิจกรรม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความวิตกกังวล เศร้า ถูกแยกจากสังคม ถูกปฏิเสธจากครอบครัว คู่รักและผู้ร่วมงาน ต้องเปลี่ยนการดำรงชีวิตใหม่ ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ ซึ่งความเครียดมีผลกระทบมีคัมภีร์ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การมองโลกในแง่ดี การสร้างอารมณ์ขัน เช่น การพูดคุยเรื่องตลกเพื่อให้อารมณ์ดี การระบายความรู้สึกรักให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การหาสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง คลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือวิธีอื่น ๆ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล (วิชาญ วิทยาศัย และประครอง วิทยาศัย 2535 : 190, Lang et al., 1993 : 55)

6. การตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน

การป่วยเป็นโรคที่รักษายากหาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ และสมรรถภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวและในหน้าที่การงาน รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ติดเชื้อต้องเปลี่ยนแปลงไป ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในการดำเนินชีวิต คุณค่าต่อความเป็นเอกลักษณ์และความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ติดเชื้ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งสังคมคาดหวังว่าเขาควรมีสภาพที่แข็งแรง สามารถเป็นแหล่งคำจุนของครอบครัว สามารถทำงานให้สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ แต่การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นการติดเชื้อถาวร และต้องมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ติดเชื้อจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ติดเชื้อต้องพึ่งพาบุคคลเหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อจะต้องพยายามสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองให้มากที่สุด โดยการปรับตัวใหม่ให้เข้ากับงานอาชีพที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ปรับสัมพันธ์ภาพและบทบาทในสังคม และครอบครัวใหม่ ผู้ติดเชื้อควรพยายามช่วยเหลือตนเองในการหาปัจจัยดำรงชีวิตประจำวันให้มากที่สุด เช่น การแต่งตัว การเคลื่อนไหว และควรมีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตัวเองในเรื่องต่าง ๆ เช่น การดูแลตนเอง เพราะการที่ผู้ติดเชื้อมีโอกาสดำเนินชีวิตและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความเชื่อของผู้ติดเชื้อในความสารถของตนเอง (Whall 1982 cited in Beare & Myers 1990 : 410) และจากการศึกษาของเบอร์กฮาร์ดท์ (Burckhardt 1985 : 11-16) พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant) ยืนยันถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองว่ามีผลต่อ

การรับรู้คุณค่าในตนเอง อันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขใจ และทานองเดียวกัน ความสุขใจจากการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองได้ดี อันแสดงถึงบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีด้วย

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

การติดเชื่อเฮฮาเอวี่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่เป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง ทำให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่ต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ดังนั้น ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคม และหน้าที่การงานไปจากเดิมอีกด้วย (Lambert & Lambert 1987 : 527) ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่ควรตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง ให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่ตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และพึงพอใจต่อประสบการณ์ที่ได้รับ การให้ความหวัง ไม่ใช่ว่าหมายถึงความต้องการหายจากโรค (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 80) อาจเป็นความหวังในระยะสั้นที่มีเป้าหมายชัดเจนและเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง และอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ไม่เปรียบเทียบตนเองกับเหตุการณ์ในอดีตที่ดีกว่าปัจจุบัน หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่ดีกว่าตน ไม่สร้างความหวังที่เป็นไปไม่ได้สำหรับอนาคต แต่สนใจความก้าวหน้าในการปรับตัวของคนที่ใช้ความสามารถที่ดีที่สุดแล้ว ในชีวิตปัจจุบัน และมีความสุขในส่วนที่ตนมีความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะเพิ่มความนับถือตนเอง และเห็นตนเองมีคุณค่า (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 80)

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่มักจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มักแยกตัวจากสังคม เพราะโรคติดเชื่อเฮฮาเอวี่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ และการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่มีความรู้สึกที่แตกต่างหรือต่ำกว่าบุคคลอื่น ทำให้ผู้ติดเชื่อรู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งในที่สุดจะทำให้ผู้ติดเชื่อขาดการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตัวเองลดลงหรือเสื่อมลง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะเช่นนี้เป็นผลลบต่อภาวะสุขภาพ เพราะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และมีการแบ่งปันเป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุข (Beare & Myers 1990 : 409) ดังนั้น ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวี่ จึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกกันและกัน ได้รับ

คำแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถดำเนินบทบาทในครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่อง และการยอมรับในสังคมทำให้เกิด ความภาคภูมิใจ และเพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

9. การควบคุมสภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ทำให้ ติดเชื้อเอชไอวี เชื้อฉวยโอกาสหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยเฉพาะการติดเชื้อ ทางระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุทำให้ ผู้ติดเชื้อมาพบแพทย์ และทำให้ผู้ติดเชื้อต้องถูกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล โดยพบว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีผู้ติดเชื้อเอช เป็นโรคปอดอักเสบ ถึงร้อยละ 60 จากเชื้อ *Pneumocystis carinii* (อ้างใน ทิศวิทยา ทอมพรีย์ 2538 : 43) ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการไอ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรจะควบคุมสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะ ฝุ่นควัน อากาศที่เป็นพิษ สัตว์เป็นพาหะของโรค เช่น มุง หนู ผู้ป่วยควรจัดสภาพแวดล้อมที่ อยู่อาศัยของผู้ป่วย และเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะอาดอยู่เสมอ มีอากาศถ่ายเทสะดวกเย็น สบาย และเงียบสงบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรลดการติดเชื้อมาก ๆ โดยการหลีกเลี่ยงการติดต่อกับ ผู้ที่มีการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำลงมากควรงดการดูแลต้นไม้หรือดอกไม้ นาม่วง ต้นไม้หรือดอกไม้ในที่เขียงนอนหรือในห้องนอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะดอกไม้มี *Pneumonas aeruginosa* หรือเชื้ออื่น ๆ (บรรจง คำทองกุล 2535 : 67) และควรหลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์ การล้างกรงสัตว์ และถังขยะ เพราะจะทำให้ได้รับเชื้อเพิ่ม

นอกจากการควบคุมสภาพแวดล้อมให้ปราศจากมลพิษต่าง ๆ แล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจัด สภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้เช่นที่อยู่อาศัย เช่น ฝาผนัง หลุม ตกบันได เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการมีร่องรอยบาดเจ็บที่ผิวหนัง ซึ่งจะเป็นผลทำให้มีการติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

10. การให้บริการทางสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสุขภาพที่ดีได้ จะต้องยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม แผนการรักษาเป็นอย่างดี และแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง โดยมารับการตรวจ รักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น หากดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา จากยา อาจได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะ

ต้องมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา ผู้ระวังและสิ่ง เกิดผลข้างเคียงของโรค และอาการที่เฝ้าหึ่ง
ประสงคที่เเกิดจากการรักษาพยาบาล ตลอดจนถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์เพื่อการช่วยเหลือ
ที่ถูกต้องต่อไป

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลาย
ประการ โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยพื้นฐานบางตัวได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบโรค การแสดงอาการของโรค มาหาการศึกษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยพื้นฐาน
เหล่านี้มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. เพศ

เนื่องจาก เพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด
ความแตกต่างในด้านค่านิยม ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพบางประเด็นนั้น จึงเป็นผลมาจากความ
แตกต่างระหว่างเพศ (Gender difference) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ที่สังคม
ยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศแตกต่างกันด้วย
จากการศึกษาของบรันตัง (Buenting 1990 : 135) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของเพศกับแบบ
แผนการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในคนปกติ เพศชายและหญิง จำนวน 180 คน พบว่า
เพศที่แตกต่างกันจะบอกถึง (ทำนาย) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่างกัน จากการศึกษามูห์
เลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646) ที่ศึกษาถึงความ
สัมพันธ์ของเพศ กับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรม
สุขภาพในทางบวกมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al.,
1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า
เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย แต่จากการศึกษาของ จินคณา
เหลียงสุวาลัย (2534 : 57) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
โรคเอดส์ คือเพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง

2. อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากวัยเด็กยังง่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่ากับผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพราะเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก ส่วนผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : ๒) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีช่วงอายุ 15-24 และ 50 ปีขึ้นไป และเสมอจันท์ อะนะเทพ (2534 : 34)พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีวิพิเศษ แต่จากการศึกษาของ อัจฉรา โอบประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่าง นมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับมูห์เลนแคมป์ และบรเอดแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 543) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

3. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) ดังเช่นการศึกษาของแมคคานิคและเคลียร์ (Mechanic & Cleary 1980 cited in Yarcheski & Mahoon 1989:89) มูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 366) ต่างก็พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาและมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการให้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของรูธ (Ruth 1973 : 135-136) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาด้านนี้ประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รัต

สิริพัฒนา (2531 : 27) ที่พบว่าผู้ศึกษาเสียดคิดที่คิดเชื้อโรคเอดส์ร้อยละ 85.7 เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 4 และจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร และจอมพะจง เพ็ญจาก (2532) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ และมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534:44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอบประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และการศึกษาของ สมใจ ยืนวิไล (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่าง นมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. สถานภาพสมรส

คู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 41) จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2535 : 43) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรค หมาย ฆ่า หรือแยกกันอยู่ มีขาดคนดูแล และให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับ的帮助ช่วยเหลือจากคู่สมรส และจากการศึกษาของบราวน์ และแมคครัดดี (Brown & McCrudy cited in Duffy 1993 :24) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสุภาภรณ์ ค่วงแพง (2531:91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จัดของเสียทางเยื่อช่องท้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรค หมาย ฆ่า หรือแยกกันอยู่ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวลี วัฒนทาภิวัชร์ (2534:57) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง นมีนัยสำคัญกับความสามารถในการดูแลตนเอง (2534 :43)

5. รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วย เหลือเอื้ออำนวยให้พัฒนาความรู้

ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักจะมีการศึกษาน้อย และคอบบ์ (Cobb et al. cited in Davis 1968 : 276) พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำมักจะนำให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนการศึกษาของคัลด์เวลล์ (Caldwell et al., 1970 : 587) พบว่า ผู้มีรายได้น้อยจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่า เพราะผู้ที่มีรายได้น้อยมักทำงานหนักเพื่อหาเงินในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพพลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเขาวดี สุวรรณาคะ (2532) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี และจากการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการศึกษาของอัจฉรา อบอุ่น เสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6. ระยะเวลาที่ทราบโรคเชื้อ

นับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนามาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และต้องใช้ ระยะเวลาในการพัฒนาความสามารถของแต่ละคน (Orem, 1985 : 108-109) โดยผู้คิดเชื้อ เอชเอวีที่มีระยะเวลากการติดเชื้อมานานจะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญ และประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อนผู้ติดเชื้อที่ระยะเวลากการติดเชื้อน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลชนินฐ์ ลิ้มพนัสส์ (2531) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีระยะเวลากการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทางกายภาพและจิตสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาของ เขาวดี สุวรรณาคะ (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัส บีที่ไ้ใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานมากกว่า 2 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า ส่วนการศึกษาของเรมวาล นันท์ศุภวัฒน์ (2425) พบว่าระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญบา ดันติศักดิ์ (2535) ที่พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี

7. การแสดงอาการของโรค

การแสดงอาการของโรคเป็นตัวเองซึ่งถึงภาวะสุขภาพ ซึ่ง เดนนิส (Denyes 1988:16) พบว่าภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความคิดเห็นว่า ภาวะสุขภาพของตนแข็งแรงก็จะมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับการเสาะแสวงหาความรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความพร้อมในการดูแลตนเองจะน้อยลง แต่ทางตรงกันข้ามกับอีกบุคคลหนึ่งที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าอ่อนแอหรือตนเองมีความเจ็บป่วยกำลังคุกคามต่อชีวิตสวัสดิภาพของตนอย่างหนัก ทำให้ห่อเหี่ยวหมดกำลังใจที่จะตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เพื่ออำนวยความสะดวก ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Pender 1987:64) นอกจากนี้ อาการของโรคที่ตนเองที่หาผู้ป่วยไม่สามารถหาอาการของโรค หรือหาหนทางการมีชีวิตรอดได้ เมื่อความรุนแรงของโรคสูง จะทำให้เกิดความรู้สึกล้มเหลวในความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงของโรคจะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพก่อนได้รับวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเลาในการเป็นเอดส์เร็วขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) คือ "Parcipere" ซึ่ง Per หมายถึง "ผ่าน" (through) และ cipere หมายถึง "การนำ" (to take) ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary 1975 : 1100) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็น การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

แนวทางทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ นั้น ถือว่าการรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรม ซึ่งนักวิชาการและนักจิตวิทยาท่านอื่น ๆ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบข้อมูลและมีการวางแผน

การจดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความนั้นออกตามคุณค่าที่ตนตัดสิน และผลจากการแสดงออกก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (feed back) สำหรับกระบวนการรับรู้ อีก ดังนั้นกระบวนการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างมีเหตุมีผล สัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space - time continuum) (McGhie 1986 : 215-216 : Perreault 1985 : 29) ด้วยเหตุนี้ การรับรู้ของบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักรู้ในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้นี้ได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นจริง หรือสอดคล้องสำหรับสิ่งที่ยอมรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง นอกเหนือจากความใส่ใจที่เลือกรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ แล้ว ปัจจัยภายในตัวของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) และการคาดหวัง (Self of expectancy) ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลโดยแรงจูงใจจะเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลเกิดความสนใจและใส่ใจ (ประนอม สรรพมาน 2524 : 50-53) ส่วนการคาดหวังหรือการคิดไว้ก่อนในใจนั้นจะมีอิทธิพลต่อการตีความสิ่งเร้า เพราะเป็นสิ่งที่บอกทิศทางเกี่ยวกับประสบการณ์ในการรับรู้ของบุคคล (เกรียง สอนานนท์ 2528:97)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย สลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Burnners & Suddarth 1988 : 6) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทว่าทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความหวั่นไหวทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 374) ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป

นอกจากประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ที่มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกันแล้ว การให้ความหมายของภาวะสุขภาพก็แตกต่างกันของแต่ละบุคคลยัง เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งซอนยา และคณะ (Sonja et al, 1981 : 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพของตนดีนั้นไม่ได้ความหมายว่า ไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขาคงนั้นแม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขามีการรับรู้เช่นนั้น โดยทั่วไปความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่แล้วมักจะหมายถึง ความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทําทานที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทราเวลบี (Travelbee 1971 : 10) ที่ว่า ตราบใดที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต

จะเห็นว่า นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และการให้ความนิยามของการมีสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันแล้ว ผลของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีและไม่ดีในตัวบุคคลยังก่อให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออก เกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วย จึงมีผู้สนใจถึงวิธีการประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีและถูกต้องต่อไป

การประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีการในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจเป็นอย่างมาก ก็คือ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self assessment of health) ซึ่งกูลิก (Gulick 1986 : 87) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าเป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่าส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนี้ จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเอนเจล (Engel 1984 cited in Gulick 1986 : 75) พบว่า การรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ทางกายของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Health status) ทั้งนี้เนื่องจากความหมาย

ของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่นั้น หมายถึงความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการหาหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily living) ซึ่งสอดคล้องกับทราเวลบี (Travelbee 1971 : 10) ที่ว่าคนโรคที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถพึ่งตัวเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณค่ายังมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต (Koenig 1967 : 929) จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แบบวัดการประเมินภาวะสุขภาพของคนเองนั้น พัฒนามาจากมิติที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-illness continuum) ซึ่งเนื้อหาในการวัดจะประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคล อย่างไรก็ตามรายละเอียดของการวัดนั้น แตกต่างกันไปตามความเชื่อพื้นฐานของแต่ละเครื่องมือ ทั้งนี้จะเห็นว่าเครื่องดังกล่าวมุ่งเน้นวัดในระดับที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย อันเป็นเพียงมิติหนึ่งบนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-illness continuum) เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาจึงได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งบรูคและคณะ (Brook et al., 1979 : 9-27) ได้พัฒนาเป็นแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) มีประเด็นในการวัดเป็น 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองที่เป็นจริงและครบถ้วนในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยกว่านั้นก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นไปตามการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ตามที่เขาคิด (Orem 1985 : 173) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย ประสบการณ์เหล่านี้ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของคนจากแพทย์พยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ และอาการทางร่างกายที่ปรากฏ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนไปจากความจริงได้ รวมทั้งยังทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบันอาจ

เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ ถ้าข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันขัดแย้งกันกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น กรณีที่ อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

3. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Out look)

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของตนเองจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงความหวังหรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง จะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในทางตรงกันข้าม บุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วยเช่นกัน

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance/Susceptability of illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern)

เป็นการประเมินถึงความวิตกกังวลจากการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรค และป้องกันความพิการได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation)

เป็นการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วย และเรียนรู้หาความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัว และแก้ไขปัญหามีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากผู้คิดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้คิดเชื้อเอชไอวีจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเสียใหม่ ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งการที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีจะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองนั้น จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะรณรงค์ กระตุ้นให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี รับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางบวก (Positive health behaviors) เพื่อให้ได้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอีกด้วย (Pender 1987:64) กล่าวคือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบ จะทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไป ก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสม เกิดแรงกระตุ้น แรงจูงใจในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการติดเชื้อ นอกจากนี้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลยังมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ความจริงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987 :64) ซึ่งอาจกล่าวถึงรายละเอียดได้ดังนี้ คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้หรือมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบจะทำให้ผู้ป่วยขาดความถี่และความจริงจังในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น จากการศึกษาของซิดนีย์ และแซฟเฟิร์ด (Sidney and Shephard cited in Pender 1987 :14) พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่รายงานอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ นอติดมาก ๆ จะมีส่วนในโปรแกรมการออกกำลังกายในด้านความถี่และความจริงจังน้อยกว่าผู้ป่วยที่รายงานอาการไม่สุขสบายในแบบสอบถามน้อย ๆ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะไม่พบการเจ็บป่วยแล้วก็ตาม เป็นต้น

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นเสมือนแนวทางที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสุขภาพในแต่ละวันหรืออาจบ่อยกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้เกิดพฤติกรรมขึ้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น "ความรู้สึกสบายดี" จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่หาที่มีความ

พร้อมและหันมาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป เช่น การศึกษาของ ดิชแมนและคณะ (Dishman et al. cited in Pender 1987 : 64) ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiansen cited in Pender 1987 : 64) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของคนในขณะนั้นคือ จะมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดี จากการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan 1987 : 32) ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 79 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ลีริอร์ ฟัวศิริ (2533:58) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง กำลังใจ และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแคปแลน และ เคอเลสส์ (Kaplan and Cowles cited in Pender 1987 : 64) กล่าวว่า การที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดไปนั้น จะต้องให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายอย่างรวดเร็วและสิ่งเกิดได้ชัดเจนในปัจจุบัน ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าของสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงแบบแผนที่มีความยากลำบากให้ต่อเนื่องและกว้างออกไป

4. การรับรู้ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีว่า คนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ สูง หรือมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงนั้นจะทำให้เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบเมื่อเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยเฉพาะ ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตเป็นระยะเวลานาน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความยุ่งยากของการรักษาส่งผลกระทบต่อน้ำหนักการงาน ชีวิต ครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมมาก จะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการป้องกันโรคมากขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาและแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง (จินคณา ญินพันธ์ 2532 : 54 ; Becker and Maiman 1975 : 10-24 ; Chang 1980 : 55) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสันและคณะ (Nelson et al. 1978 : 63) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความต้านทานโรคสูง เป็นโรคที่มีความ

รุนแรง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่นึกว่าความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีความรุนแรง และจากการศึกษาของ นิธยา ภาสุมันท์ (2529:ค) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531:96-97) ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตนั้น ถือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็นความลำบากในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา และระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับปรึกษาและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความขัดแย้งในใจ และเกิดการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย (Mudamgh and Hinshaw 1988 : 626) และการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถือเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Connelly 1987 : 626) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อีกด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายใน กระทั่งถึงอันตรายและติดตามผลของความเจ็บป่วยและสามารถประเมินปัญหาของตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งความสามารถเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ เกิดกำลังใจ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เห็นความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender and Pender cited in Pender 1987 : 64)

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในทางบวกที่ว่า ภาวะสุขภาพจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับกันและต่อเนื่องกันตลอดช่วงชีวิตมนุษย์เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกเกิดความเครียดวิตกกังวลมากเกินไป สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และสามารถรับรู้เหตุการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดความเข้าใจในภาวะของโรค และเข้าใจว่าการป้องกันมิให้ภาวะของโรครุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางไว้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้ความเข้าใจถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญ

กับความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษา แสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะโรค การรับประทานยา และการปฏิบัติตน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถตัดสินใจเลือกหรือปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนได้ จากการศึกษาของ เบคเคอร์ และคณะ (Becker et al. 1978 : 273 อ้างใน สมใจ ยิ้มวิไล 2531 : 54) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาผู้มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และจากการศึกษาของ นิธยา ภาสุนันท์ (2530:82) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งสอดคล้องและขัดแย้งกัน จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ ส่วนการแสดงอาการของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาตัวแปรเหล่านี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัด ชลบุรี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรดังกล่าวจำนวน 160 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เคยได้รับความแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเองจากผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. เคยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ภูมิลาเนาเดิม ที่อยู่ปัจจุบัน ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การติดต่อ การแสดงอาการของโรค ระยะของการดำเนินโรค ระดับ TOTAL CD4 และผลการตรวจรังสีทรวงอก (อุภาคผนวก ค.)
2. แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ จีระประภา ภวิไล (2535) ซึ่งมีการออกแบบคำถามจากแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health

Perception) ของบรูค และคณะ (Brook et al., 1979) ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง เกี่ยวกับสุขภาพความคิดเห็นของผู้ตอบว่าตรงกับข้อความในแบบสอบถามมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวก และด้านลบ มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ครอบคลุมในเรื่องการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน (ดูภาคผนวก ค.)

- การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 12
- การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 7, 14, 17, 21, 22, 23, 25
- การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 11, 15
- การรับรู้การต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 13, 16, 18, 19
- ความวิตกกังวล / ความสนใจ เกี่ยวกับสุขภาพ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 9, 20, 24
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 26

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ช่วง ดังนี้

- หมายเลข 5 หมายถึง จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ
- หมายเลข 4 หมายถึง จริงเป็นส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นส่วนมาก
- หมายเลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ผู้ตอบเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็น ไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
- หมายเลข 2 หมายถึง ไม่จริงเป็นส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพียงเล็กน้อย
- หมายเลข 1 หมายถึง ไม่จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 24, 25, 26

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 7, 11, 19, 21, 22, 23

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ถ้าเลือกหมายเลข (5)	คะแนนเป็น 5	คะแนนเป็น 1
ถ้าเลือกหมายเลข (4)	คะแนนเป็น 4	คะแนนเป็น 2
ถ้าเลือกหมายเลข (3)	คะแนนเป็น 3	คะแนนเป็น 3
ถ้าเลือกหมายเลข (2)	คะแนนเป็น 2	คะแนนเป็น 4
ถ้าเลือกหมายเลข (1)	คะแนนเป็น 1	คะแนนเป็น 5

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดี

คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดี

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีมาก

การหาความเที่ยงตรง

นาเครื่องมือหาความเที่ยงตรงของ เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	6 ท่าน
- นักจิตวิทยาคลินิก	1 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านด้านการพยาบาลจิตสังคม	2 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้คิดเชื้อเอชไอวี	3 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ในการศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้คิดเชื่อเฮฮาเอวี่ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้กับผู้คิดเชื่อเฮฮาเอวี่ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Coefficient alpha or Cronbach coefficient) ซึ่งมีสูตรคำนวณดังนี้ (บุชาติ ภาษา, 2531 : 127-129)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

S_i^2 = ผลรวมความแปรปรวนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งฉบับ หรือกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.757

3. **แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเฮฮาเอวี่** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) 10 ด้าน คือ (ดูภาคผนวก ค.)

- | | | |
|--|--------|-----------|
| 3.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป | ได้แก่ | ข้อ 1-12 |
| 3.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ | ได้แก่ | ข้อ 13-18 |
| 3.3 การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน | ได้แก่ | ข้อ 19-21 |
| 3.4 รูปแบบการนอนหลับ | ได้แก่ | ข้อ 22-25 |
| 3.5 การจัดการความเครียด | ได้แก่ | ข้อ 26-29 |
| 3.6 การตระหนักและการยอมรับในคุณค่าแห่งตน | ได้แก่ | ข้อ 30-31 |
| 3.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต | ได้แก่ | ข้อ 32-33 |

3.8 การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ข้อ 34-35

3.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 36-41

3.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ได้แก่ ข้อ 42-44

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ และเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ลักษณะแบบสัณฐานเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำ
สม่ำเสมอ หรือทุกวัน (90 - 100 %)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้ง
(70 - 89 %)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง
หรือบางวันเท่านั้น (50 - 69 %)

ปฏิบัตินานครั้ง/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
นาน ๆ ครั้ง หรือไม่มีพฤติกรรม/การปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ
เลย (น้อยกว่า 50 %)

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน

และในการนี้ที่ผู้ตอบพิจารณาแล้วพบว่าบางกิจกรรมที่ตนเองเคยมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ก็ให้เลือก
ตอบในช่องที่ไม่มีเหตุการณ์ ซึ่งจะไม่นำมาคิดคะแนนข้อนั้น ๆ ดังนั้นการคิดคะแนนพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ จึงขึ้นกับการตอบของผู้ตอบเป็นสำคัญ

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดีมาก

การหาความเที่ยงตรง

นำเครื่องมือหาความเที่ยงตรงของ เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	6	ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	3	ท่าน
- พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1	ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีลักษณะ เดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งใช้สูตร เช่นเดียวกันกับแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หรือผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัด ชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลชลบุรี และหัวหน้าคลินิกนิรนามโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกและขอความร่วมมือผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ตามที่ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.2 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 อธิบายความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ และความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์ และวิธีการบันทึกคำตอบแต่ละข้อ

2.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในคลินิกนิรนามให้ผู้ช่วยวิจัยดูเป็นตัวอย่างนับตั้งแต่ การแนะนำตัว การอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ และวิธีการจดบันทึกคำตอบ

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยมีผู้วิจัยร่วมฟังการสัมภาษณ์ และจดบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบคำตอบกับแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยบันทึกว่าตรงกันทั้งหมดหรือไม่ ถ้าไม่ตรงกันกับผู้วิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่เข้าใจไม่ตรงกัน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายใหม่ และตรวจสอบคำตอบเช่นเดียวกันนี้อีก จนกว่าผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบได้ตรงกันทั้งหมด ผู้วิจัยจึงจะให้ผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการ เก็บข้อมูลได้

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิคนิรนามทุกวันพุธ (ยกเว้นวันหยุดที่ตรงกับวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 13.00 - 16.00 น. ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2538 ถึง 31 มีนาคม 2539

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแยกกันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอการตรวจ หรือภายหลังได้รับการตรวจแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงจุดประสงค์ในการทำวิจัย ตลอดจนแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ทราบ แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้องที่เป็นสัดส่วน โดยสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ โดยไม่จำกัดเวลาในการตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ประมาณ 10 ถึง 15 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 40 - 60 นาที ซึ่งในระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

5. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างครบ 160 ราย ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมาวิเคราะห์ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS^X (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม
3. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม

การแสดงอาการของโรคแบ่งเป็น ๒ มีอาการของโรค และมีอาการของโรค

โดยกำหนดค่าให้ ๒ มีอาการของโรค = 0

มีอาการของโรค = 1

หมายเหตุ : กรณีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากฐานคะแนนเดิมของแต่ละคนแตกต่างกัน เพราะมีบางกิจกรรมที่ในแต่ละปีเคยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นก่อนจะนำคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาวิเคราะห์ จึงต้องมีการปรับฐานให้ฐานคะแนนอยู่ในฐานเดียวกันก่อนโดยการ เติมร้อยละ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยการวางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 160 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	67.5
หญิง	52	32.5
อายุ		
ตั้งแต่ 20 ปีลงมา	2	1.3
20 - 24 ปี	24	15.0
25 - 29 ปี	64	40.0
29 - 34 ปี	37	23.1
35 - 39 ปี	15	9.4
40 - 44 ปี	13	8.1
45 - 49 ปี	3	1.9
50 - 54 ปี	1	0.6
55 - 59 ปี	1	0.6
60 ปีขึ้นไป	-	-
สถานภาพสมรส		
โสด	40	25.0
คู่	78	48.75
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	42	26.25

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่เกือบทั้งหมด มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 รายที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 25 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 29 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.1 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 160 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.5
ประถมศึกษา	93	58.1
มัธยมศึกษา	49	30.6
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	10	6.3
อุดมศึกษา/สูงกว่า	4	2.5
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	3.1
ค้าขาย	9	5.6
แม่บ้าน	9	5.6
นักบวช	2	1.3
ทาสวน/หาไร่/เลี้ยงสัตว์	7	4.4
รับจ้าง	88	55.0
ผู้ให้บริการทางการเกษตร	1	0.6
ว่างงาน	39	24.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.1 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
ความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 160)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ตั้งแต่ 2,000 บาทลงใบ	22	13.8
2,001 - 7,000 บาท	84	52.5
7,001 - 1,3000 บาท	35	21.9
13,001 - 18,000 บาท	11	6.8
มากกว่า 18,000 บาทขึ้นไป	8	5.0
ความเพียงพอของรายได้		
มีพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	44	27.5
มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	55	34.4
ไม่พอใช้แต่ไม่มีการหนี้สิน	17	10.6
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	44	27.5

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,001-7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.5 ความพอเพียงของรายได้ คือ มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ การติดต่อ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 160)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ		
ตั้งแต่ 2 เดือน ลงไป	22	13.8
มากกว่า 2 เดือน - 6 เดือน	41	25.6
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	54	33.8
มากกว่า 1 ปี - 5 ปี	38	23.8
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	5	3.0
การติดต่อ		
ทางเพศสัมพันธ์	149	93.1
ทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและทาง เพศสัมพันธ์	9	5.6
ไม่ทราบ	2	1.3

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.8 และมีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 93.1

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การแสดงอาการของโรค ระยะของการดำเนินโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 160)	ร้อยละ
การแสดงอาการของโรค		
ไม่มีอาการของโรค	39	24.4
มีอาการของโรค	121	75.6
ระยะของการดำเนินโรค		
กลุ่มเอ (ไม่มีอาการของโรคหรือแสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี)	42	26.2
กลุ่มบี (มีภาวะหรือโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่นำมาได้จัดอยู่ในกลุ่มซี)	3	1.9
กลุ่มซี (มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น)	115	71.9
ระดับ TOTAL CD₄		
มากกว่า 500 cell/ml	10	6.2
200 - 500 cell/ml	44	27.5
น้อยกว่า 200 cell/ml	106	66.3

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรค คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีระยะในการดำเนินโรคของกลุ่มซี คือมีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น คิดเป็นร้อยละ 71.9 มีระดับ TOTAL CD₄ น้อยกว่า 200 cell/ml มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ศึกษา เอช เอช เอช

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการ
แปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพงานแนะ เป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน			
ด้านการตระหนักและการยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน	3.53	0.77	ดีมาก
ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	3.42	0.36	ดี
การปฏิบัติด้านโภชนาการ	3.13	0.46	ดี
ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน	2.88	0.74	ดี
ด้านรูปแบบการนอนหลับ	3.38	0.74	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	3.20	0.74	ดี
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.33	1.04	ดี
ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	2.68	0.78	ดี
ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม	3.40	0.50	ดี
ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	3.09	0.77	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.26	0.35	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=3.26$, S.D.=0.35) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\bar{X} = 3.53$ S.D.= 0.77) คือ พฤติกรรมด้านการตระหนักในความมีคุณค่าแห่งตน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเป็นรายชื่อตามรายด้านของความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. ตื่นน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	2.950	1.288	ดี
2. งดสูบบุหรี่/หรือไม่เคยสูบบุหรี่เลย	3.406	1.178	ดี
3. งดใช้ยาเสพติด/ไม่เคยใช้ยาเสพติด	3.925	0.442	ดีมาก
4. ทำความสะอาดร่างกายทุกวัน	3.850	0.552	ดีมาก
5. บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังตื่นนอนและ ทุกครั้งก่อนเข้านอน	3.481	1.022	ดี
6. บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ	2.150	1.280	ปานกลาง
7. งดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	3.688	0.856	ดีมาก
8. รับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	3.600	1.047	ดีมาก
9. บริโภคยาทุกครั้งก่อนหยุดรับประทานยา	3.581	1.096	ดีมาก
10. มารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง	3.863	0.482	ดีมาก
11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทุกวัน	3.531	0.904	ดีมาก
12. สนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการส่งเสริม สุขภาพเพื่อนำมาดูแลตนเอง	2.694	1.093	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เกือบทุกข้อ มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวกับการบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลงคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากเป็นรายชื่อตามรายด้านของการปฏิบัติ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน และด้านรูปแบบการนอนหลับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การปฏิบัติด้านโภชนาการ			
13.รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างน้อย 3 มื้อ/วัน	3.375	1.045	ดี
14.รับประทานอาหารที่สะอาดและผ่านการหุงต้มแล้ว	3.775	0.537	ดีมาก
15.งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด	3.288	1.054	ดี
16.งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการดื่มชา, กาแฟ, แอลกอฮอล์	3.269	1.097	ดี
17.ดื่มน้ำทุกวัน	1.569	0.943	ปานกลาง
18.สังเกตและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน	3.531	0.897	ดีมาก
การออกกำลังกายและการพักผ่อน			
19.ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบ	3.350	1.134	ดี
20.ออกกำลังกายทุกวัน	1.906	1.196	ปานกลาง
21.เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลียจะรีบนอนพัก	3.319	1.173	ดี
รูปแบบการนอนหลับ			
22.ได้นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.	3.594	0.892	ดีมาก
23.นอนหลับสนิททุกครั้ง	3.069	1.193	ดี
24.ตื่นนอนด้วยความสดชื่น	3.169	1.156	ดี
25.ถ้านอนไม่หลับจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง ฯลฯ	3.494	1.149	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติโภชนาการ อยู่ในเกณฑ์มากสองข้อ คือ รับประทานอาหารที่สะอาดและผ่านการหุงต้มแล้ว และล้างผัก / บันทึกรับประทานอาหารประจำวัน ($\bar{X}=3.775$ และ $3.531, S.D.=0.537$ และ 0.897 ตามลำดับ) มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักทุกวัน ($\bar{X}=1.569, S.D.=0.943$) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติโภชนาการที่เหลืออีกสามข้ออยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเพียงข้อเดียว คือ การออกกำลังกายทุกวัน ($\bar{X}=1.906, S.D.=1.196$) นอกนั้นอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านรูปแบบการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มากเพียงข้อเดียว คือ การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม. ($\bar{X}=3.594, S.D.=0.892$) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านรูปแบบการนอนหลับข้ออื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ทุกข้อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีจำนวน 2 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อแรก คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลตนเอง อยู่ในเกณฑ์มาก ($\bar{X}=3.600, S.D.=0.848$) ส่วนข้อที่สอง คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม อยู่ในเกณฑ์ ($\bar{X}=3.463, S.D.=1.031$) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ทุกข้อ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นซึ่งมี 2 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อแรก คือ ยังไปมาหาสู่เพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง อยู่ในเกณฑ์ ($\bar{X}=3.394, S.D.=1.065$) และข้อที่สอง คือ พูดคุยกับผู้คิดเชื่อเอาใจคนอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X}=1.975, S.D.=1.132$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลงคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพงานเป็นรายชื่อตามรายด้านของการจัดการความเครียด ด้านการตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การจัดการความเครียด			
26. ทำตัวให้สนุกสนาน อารมณ์ดี	3.188	1.106	ดี
27. คลายเครียดด้วยการทำงานอดิเรก	3.256	1.230	ดี
28. พูดระบายความทุกข์ใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ	2.906	1.340	ดี
29. เมื่อมีปัญหาพยายามแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล	3.463	0.964	ดี
การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน			
30. เอาใจใส่ดูแลตนเอง	3.600	0.848	ดีมาก
31. ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม	3.463	0.990	ดี
จุดมุ่งหมายในชีวิต			
32. มีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตยืนยาว	3.244	1.148	ดี
33. มีความหวังว่าตนเองจะอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ	3.419	1.031	ดี
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น			
34. ยังไม่เคยหาเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง	3.394	1.065	ดี
35. พูดคุยกับผู้คิดเห็นต่างหรือคนอื่น ๆ ขณะรอรับ	1.975	1.132	ปานกลาง
การตรวจรักษา			

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อความรายด้านของ การควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การควบคุมสภาวะแวดล้อม			
36. จัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้สะอาดและมืออากาศถ่ายเทดี	3.450	1.027	ดี
37. งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ	3.094	1.202	ดี
38. งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการไปเที่ยวสถานเริงรมย์	3.638	0.813	ดีมาก
39. งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมคนป่วย	3.450	0.989	ดี
40. งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดูแลเลี้ยงสัตว์	2.688	1.683	ปานกลาง
41. ใช้ของมีคมที่สัมผัสเลือดได้เฉพาะของตนเอง	3.469	1.021	ดี
การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ			
42. สอบถามแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง	2.706	1.287	ดี
43. งดเว้นการซื้อยามารับประทานเอง /หรือปรึกษาแพทย์ก่อนไปซื้อยามารับประทานเอง	3.231	1.139	ดี
44. จะรีบพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ	2.475	1.773	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์ดีมากเพียงข้อเดียว . คือ งดเว้น / หลีกเลี่ยงการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ ($\bar{X}=3.638, S.D.=0.813$) ส่วนข้ออื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการงดเว้น / หรือหลีกเลี่ยงการดูแลเลี้ยงสัตว์ทุกชนิดเท่านั้น ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X}=2.688, S.D.=1.683$) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ศึกษา เอชเอวี

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการ
แปลผล จานแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้าน และโดยรวม

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพรายด้าน			
- ด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต	3.13	1.29	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	3.04	0.78	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต	3.23	0.86	ปานกลาง
- ด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย	3.32	0.67	ปานกลาง
- ด้านความวิตกกังวลและความสนใจ เกี่ยวกับสุขภาพ	3.46	0.71	ปานกลาง
- ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	4.21	0.74	ดี
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวม	3.29	0.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวม อยู่ใน
เกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 3.29$ S.D. = 0.41) และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงด้านเดียว คือ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ($\bar{X}=4.21$,
S.D.=0.74) ส่วนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางทั้งหมด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์
โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.การรับรู้								
2.อายุ	-.0064							
3.เพศ	.1130	-.2222**						
4.สถานภาพ	-.0438	.1270	.3607***					
5.การศึกษา	-.0036	-.1855**	-.1311*	-.1901**				
6.รายได้	.0818	-.0720	-.0023	-.1539*	.3454***			
7.เวลาคิดเชื่อ	-.1419*	.0683	.0064	.0478	.1123	-.0296		
8.อาการ	-.3069***	.1872**	-.5074***	-.1121	.0272	-.1145	.0264	
9.พฤติกรรม	.2957***	-.0713	.1000	.0218	.2052**	.0527	-.1277	-.1911**

*p < .05

** p < .01

***p .001

จากตารางที่ 12 พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r=.2957$, $P<.001$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=.2052$, $P<.01$)

การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=-.1911$, $P<.01$)

เพศ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

อายุ ระยะเวลาที่ทราบวินิจฉัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายด้วยกันเองดังต่อไปนี้
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ
($r = -.1419$, $P < .01$) และการแสดงอาการของโรค ($r = -.3069$, $P < .001$) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับเพศ ($r = -.2222$, $P < .01$) และระดับการศึกษา
($r = -.1855$, $P < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ
แสดงอาการของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เช่นกัน ($r = .1872$, $p < .01$)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001
($r = .3607$, $P < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ($r = -.1311$, $P < .01$) การ
แสดงอาการของโรค ($r = .5074$, $P < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .001
ตามลำดับ

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ($r = -.1901$, $P < .01$) และ
รายได้ ($r = -.1539$, $P < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001
($r = .3454$, $P < .001$)

**ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจการทำนายพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย
การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ(Multiple
Regression)**

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)
ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ
การแสดงอาการของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้น ที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F	b	Beta	t
1.	การรับรู้	.2958	.0875	.0875	15.1443	.2475	.2958	3.892***
2.	การรับรู้					.2481	.2965	3.983***
	ระดับการศึกษา	.3606	.1300	.0426	11.7324	.0214	.2063	2.771**

constant (a) = 2.2941

Overall F = 11.7324**

t (a) = 10.727***

*P < .05

** P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 13 พบว่าในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือก คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .0875 แสดงว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 8.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($P < .001$) จากนั้นในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ ระดับการศึกษา พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .13002 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงยุติลง ณ ขั้นที่ 2

จะเห็นว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา โดยตัวทำนายทั้งสองตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($P < .01$)

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ตารางที่ 13 พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 2 คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (PER) ระดับการศึกษา (ED) มีระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($P < .01$) และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 2.2941 จากการวิเคราะห์การถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้าย ที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (HPB) ในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

$$\hat{Y} \text{ (HPB)} = 2.2941 + .2481 \text{ (PER)} + .0214 \text{ (ED)}$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$$\hat{Z} \text{ (HPB)} = .2965 \text{ (PER)} + .2063 \text{ (ED)}$$

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งนี้ สมมติฐานของการวิจัย คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อ การแสดงอาการของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเพียง 3 ปัจจัย คือ

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r=.2957$, $P<.001$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=.2052$, $P<.01$)

การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=-.1911$, $P<.01$)

และเมื่อศึกษาถึงอิทธิพลของของปัจจัยทั้งสาม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีเพียงการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษาเท่านั้นที่สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดนนิส (Denyes, 1988 : 13-21) ที่ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีรอร์ พัวศิริ (2533) ที่พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำ หรือกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อให้ภาวะของสุขภาพตนดีขึ้น โดยการเรียนรู้ต่อภาวะสุขภาพเป็นผลดังนี้ คือ เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลนั้นก็จะให้ความหมาย

มีการตกลงขึ้นในใจ เกิดเจตคติ และให้คู่คำกับสุขภาพ ซึ่งจะบ่งชี้ผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป (Cobb et al., 1976:300; Pender, 1987:64) และพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจะเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการที่รับรู้ (Bandura, 1977 : 170) ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณจิต, 2527:173 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 : 173 ; สกิตย วรศวรรค์, 2529 : 207) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นการรับรู้ที่เกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีหรือในทางบวก จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ขณะนั้น และความรู้สึกพึงพอใจนี้จะเป็นแรงกระตุ้นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดี จะเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี รู้สึกท้อแท้ หวัง ชีพเศร้า วิตกกังวลสูง และมองหาในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ขณะนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะบ่งบอกแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่ำ

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) และ ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536) ที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยร้อยละ 2.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 58.1 มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 30.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.3 มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา และอีกร้อยละ 2.5 มีการศึกษาระดับปริญญา/สูงกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหาและมีความเข้าใจแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Muhlemkamp & Sayles, 1986 : 336) และจากการศึกษาของรูธส์ (Ruth, 1973 : 135-136) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงจะ

มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีระดับการศึกษาสูงจึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender, 1987 : 161-162)

ปัจจัยด้านการแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่ไม่มีอาการของโรค มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีอาการของโรค มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศัยหา หอมทรัพย์ (2538) ที่พบว่า การแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื่อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของพรทิพา สุภราศรี (2538) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่ไม่มีอาการของโรค ยังสามารถหาหนทางต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่ยังไม่มีอาการของโรครู้สึกว่าคุณภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี แม้ว่าจะมีการติดเชื่ออยู่ก็ตาม ส่งผลให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่ยังไม่มีอาการของโรครู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและสามารถพึ่งตนเองได้ เกิดความเชื่อมั่นว่าร่างกายของตนเองแข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับโรค และผลข้างเคียงของการรักษา มีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตที่ยืนยาว สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ซึ่งความหวังที่เกิดขึ้นนี้เองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเยี่ยวยารักษาผู้ติดเชื่อเฮฮาเอว ทำให้ผู้ติดเชื่อเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่ต่ำลงรุนแรงเกินไป มีหนทางที่แพทย์ หรือพยาบาลจะช่วยเหลือตนได้ (Watson, 1979 cited in Hinds, 1984 : 359) โดยเฉพาะความหวังและการคาดหมายทางบวก จะก่อให้เกิดวงจรเสริมแรงที่จะนำไปสู่ความรู้สึกลึกซึ้ง และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Simonton et al., 1979 : 75) ซึ่งความพึงพอใจนี้จะเป็แรงจูงใจให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่ไม่มีอาการของโรคปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีอาการของโรค ซึ่งจากการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 75.6 เป็นผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีอาการของโรค และมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น วัณโรคปอด ปอดบวม ปอดอักเสบ ทำให้มีอาการหอบ เหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ส่งผลให้ผู้ติดเชื่อเฮฮาเอวที่มีอาการต้องมียาอยู่อย่างจำกัด ขาดความสามารถในการเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การ

ของโรคที่มองที่ ยังหาให้ผู้คิดเชื่อเอชเอวีที่มีอาการของโรคไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตได้ และเมื่อความรุนแรงของโรคมักมากขึ้น ก็จะยังหาให้ผู้คิดเชื่อเอชเอวี ที่มีอาการของโรคเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden, 1988 : 99) ส่งผลให้ผู้คิดเชื่อเอชเอวีที่มีอาการของโรครู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการควบคุมชีวิตของตนเอง สูญเสียความหวัง รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ดี

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชเอวีได้ คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา ตัวแปรทั้งสองนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล หรือมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชเอวี โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชเอวีได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สำหรับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชเอวีได้นั้น เป็นไปตามเหตุผลซึ่งอภิปรายไว้แล้วข้างต้น ส่วนระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สอง ที่สามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชเอวี ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ข้างต้นแล้วเช่นกัน ส่วนปัจจัยด้านการแสดงอาการของโรคที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากการแสดงอาการของโรคเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันในระดับสูง (Multicollinearity) เช่น การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($P < .001$) จึงทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการแสดงอาการของโรคเป็นตัวแปรที่ซ้อนกันอยู่ เมื่อการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเข้ามาเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีผลทำให้การแสดงอาการของโรค ไม่สามารถเข้ามาทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมตนเองที่เหลืออีกร้อยละ 87.00 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยปรับเปลี่ยนด้านอื่น ๆ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ อีก 6 ปัจจัย รวมถึงตัวชี้แนะการกระทำที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (พรทิพา ศุภราศรี, 2538 : 66)

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าสมมติฐานของการวิจัยได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนาย หรือมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive - perceptual factors) เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987:60 ; Stuijbergen and Becker, 1994:3) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเนื่องจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพถูกมองว่าเกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จึงช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม อันจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิต ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดี จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ เกี่ยวกับปัจจัยปรับเปลี่ยน ที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์และสามารถหาความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย จึงปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการศึกษาต่ำ

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อ เสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวกและมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนามโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง จากประชากรดังกล่าวจำนวน 160 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2538 ถึง มีนาคม 2539 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ แต่เนื่องจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฐานคะแนนเต็มของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน เพราะมีบางกิจกรรมที่บางคนไม่เคยทำหรือเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นก่อนนำคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาวิเคราะห์ จึงต้องมีการปรับฐานคะแนนให้อยู่ในฐานเดียวกัน โดยการเทียบร้อยละแล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวหาค่ากับตัวหาค่า ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การแสดงอาการของโรค การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวหาค่ากับตัวเกณฑ์ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวหาค่า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา โดยปัจจัยทั้งสองนี้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{Z} \text{ (HPB)} = .2965 \text{ (PER)} + .2063 \text{ (ED)}$$

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ดีมากมีเพียง 1 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักและการยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ คือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายชื่อที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีทั้งหมดห้าข้อ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการน้ำหนักหรือแรงดันหลังอาหารทุกมื้อ การชั่งน้ำหนักทุกวัน การออกกำลังกายทุกวัน การพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา และการหลีกเลี่ยงการดูแลเลี้ยงสัตว์ทุกชนิด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางเรื่องยังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเฮชไอวี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีพฤติกรรมย่อยอีกห้าข้อที่ยังอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ในขณะที่การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามแพทย์ / พยาบาลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการดูแลตนเอง นั้นแสดงว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้นอาจไม่ได้เกิดขึ้นจากการให้ความแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แต่อาจเกิดจากตัวผู้ติดเชื่อแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาดูแลตนเอง ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอาจไม่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ติดเชื่อแต่ละราย และอาจหาหาอาการของโรครุนแรงขึ้นอีก อันจะเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื่อเลิกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเพราะหมดกำลังใจ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮชไอวี มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และคงพฤติกรรมนั้นไปอย่างถาวร ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮชไอวีมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1.1 ควรจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นรายบุคคลโดยหาผู้ติดเชื่อเฮชไอวีได้พบและปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่คนเดิมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้เกิดความคุ้นเคยผูกพันระหว่างบุคคล เกิดความเข้าใจ สามารถมองเห็นปัญหา รับรู้ปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาคิดว่าการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบอยู่ตลอด ซึ่งการที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่ สนใจจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษา จะทำให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี

1.2 เจ้าหน้าที่ควรจะพยายามค้นหาความต้องการ และความคาดหวังของผู้ติดเชื่อเฮชไอวี แล้วพยายามสนองตอบความหวังในวิถีทางที่เหมาะสม ถ้าพบว่าอุปสรรคของการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การขาดแรงจูงใจด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ต้องค้นหาสาเหตุของปัญหา อาจกระทำการช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาเหมือนกันประชุมกลุ่มปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แล้วอาศัยพลังกลุ่มเป็นตัวกระตุ้น และชักจูงให้พฤติกรรมเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม

1.3 ลดความรู้สึกลดด้านลบต่าง ๆ ที่จะทำให้ล้มเลิกความตั้งใจ หรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระบบบริการที่ไม่สะดวก เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี หรือหาให้กระตือรือร้นต่อความเป็นคน และความนับถือตนเอง (self esteem) ของผู้ติดเชื่อเฮชไอวี โดยการปรับปรุงระบบการให้บริการของสถานบริการสุขภาพให้ง่าย นุ่มนวล ยากขึ้นข้อ และลดขั้นตอนลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ทำให้เข้าใจได้ง่าย จาได้ง่าย หากถามได้ง่าย หากได้เสร็จเร็ววันเสาร์ หรือเปิดคลินิกเฉพาะโรคให้บริการนอกเวลา เช่น

ช่วงเย็นหลังเลิกงาน และในวันหยุดราชการ เพราะจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ การศึกษาในระดับประถม และมียาเสพติดจำนวนมากที่สุด การมารับการรักษาแต่ละครั้งต้องหยุดงาน หรือลางานมา ทำให้ขาดรายได้ และอาจทำให้ผู้อื่นสงสัย เนื่องจากการหยุดงานหรือลางาน แต่ละครั้งต้องเข้ารับรองแพทย์ซึ่งต้องระบุว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร และขั้นตอนที่ยุ่งยากจะทำให้ ผู้มีการศึกษาระดับต่ำเกิดความรู้สึกริดก้างวล เบื่อหน่าย ซึ่งเป็นการบั่นทอนกำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.4 การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถลด / เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงลงได้เอง ทันทีที่ทราบความคิดเชื่อ เช่น การ งดเที่ยวสถานเริงรมย์ งดเว้นการดื่มสุรา งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หันกลับมาปฏิบัติตามแผนการรักษา และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล จนเป็นผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรเน้นให้ผู้คิดเชื่อเห็นถึงประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากการรับเชื้อเพิ่ม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็ชี้ ให้เห็นถึงอันตรายจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง และการเกิดปัญหาเจ็บป่วยที่ร้ายแรงต่าง ๆ ที่จะตาม มาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เพื่อให้ผู้คิดเชื่อ เอชเอวีสามารถควบคุมตัวเองที่จะรักษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพนั้นให้คงอยู่ตลอดไป ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี

2. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อ เอชเอวี แสดงว่าผู้คิดเชื่อ เอชเอวีที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้คิดเชื่อ เอชเอวีที่มีระดับการศึกษาน้อย ดังนั้นในกลุ่มผู้คิดเชื่อ เอชเอวีที่มี ระดับการศึกษาน้อย จึงควรจัดให้มีการให้ความรู้ที่จำเป็นและเพียงพอที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้ เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการ รวมทั้งให้เกิดความเข้าใจจนเพียงพอที่จะรักษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพนั้นให้คงทนถาวรตลอดไป ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกสอนเพื่อพัฒนาให้เกิดทักษะ โดย คำนึงถึงวิธีการสื่อสาร และเทคนิคการสอนและพัฒนาที่เหมาะสมกับระดับความรู้ ความสามารถ และค่านิยมของผู้คิดเชื่อ เอชเอวีแต่ละราย

3. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน อยู่ในเกณฑ์ดี และมีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตที่ยืนยาวและอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ ซึ่ง เป็น การเสริมแรงทางบวกให้แกตนเอง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับารดูแลผู้คิดเชื่อ เอชเอวีจึงควรที่จะรักษา แรงเสริมนี้ไว้ด้วยการ

3.1 จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแบบนิรนามทั้งทางโทรศัพท์ และแบบตัวต่อตัว เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งจัดให้มีหน่วยบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ เอชไอวีในสถานบริการสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข สามารถดูแลตนเองได้ นั่นคือได้รับประสบการณ์ที่ไม่เป็นผลร้ายต่อจิตใจ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล และสร้างความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี และนำไปสู่ความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นต่อไป

3.2 จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ความรู้ คำปรึกษา ช่วยเหลือแนะนำครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้เข้าใจสภาพจิตใจ ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย การดูแลสุขภาพและการแก้ไขสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะช่วยทำให้ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกรับ และให้โอกาสให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมตามปกติ อีกทั้งยังสามารถดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพตามปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละบุคคลได้

3.3 ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีการตระหนัก และยอมรับคุณค่าแห่งตนอยู่ในเกณฑ์ดีเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม หรือ ชมรม ตามความสมัครใจ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ มีความรู้สึกละอายทางบวกด้วย ในขณะที่เกี่ยวกับการเป็นผู้นำกลุ่ม การได้รับการยอมรับจากกลุ่ม หรือจากบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป ซึ่งจะมีผลทำให้สุขภาพดีขึ้นทั้งกายจิตสังคม และเป็นผลทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้นด้วย

ด้านการวิจัย

1. การมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมารับการรักษา และไม่นำมารับการรักษา เช่น ปัจจัยด้านความพึงพอใจ ความหวัง ความอบอุ่นใจ การตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน เป็นต้น
2. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเคอร์ เช่น การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, "นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่
ใช้ในการเฝ้าระวังโรค (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4)" ใน วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 5
ฉบับที่ 2, 2536. หน้า 59-76
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์.
ปีที่ 27 : ฉบับที่ 15 : 2 กุมภาพันธ์ 2539.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, ข่าวสารโรคเอดส์. ปีที่ 8 ฉบับที่ 3, (15 มีนาคม 2538)
: 1-7.
- กอบกุล พันธุ์เจริญกุล." ทางการแพทย์ของคิง" ใน ทางการแพทย์กับการนำนาไปใช้
หน้า 342-400 สมพันธ์ พิณธีระนันท์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการ
พิมพ์, 2528.
- จรรยา สุวรรณพัก. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ
พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.
- จินตนา มุณีพันธ์. "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ข้องกับการวิจัยทางการแพทย์"
- วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 11(พฤษภาคม-สิงหาคม 2532),
42-58.
- จอมพะจง เพ็ญจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน
บางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2533.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และ เจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมกำป้องกัน
การติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534.
- จิรประภา ภาวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมกำดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

- ชาลี วัฒนศิริชัยกุล. ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ชื่อนานทอง ธนสุกาญจน์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว. ใน การวิจัยในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคเอดส์. สุภาภรณ์ พงศกร และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2531.
- ดวงสมร พันธุ์เสน และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุภา จำกัด, 2539.
- เดโช สอนานนท์. จิตวิทยาสังคม. ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: พิธีสามัคคีการพิมพ์, 2528.
- ทิพย์ทษา หอมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- นวลชนินทร์ สิมปนวิมล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นิตยา ภานุพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- บรรจง คำหอมกุล และคณะ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2535.
- บุษบา คันทิศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์ แอล อี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ประนอม สรชมาน. จิตวิทยาทั่วไป ฉบับที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.
- ประพันธ์ ภานุภาค. "AIDS UPDATE : 1988" ใน การวิจัยในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคเอดส์. สุภาภรณ์ พงศกร และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต, 2531.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หิระพัฒนา, 2526.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

พิศกรวิมล ประเสริฐ และคณะ. "โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอดส์และผู้มี อาการสัมพันธ์กับเอดส์ในประเทศไทย" วารสารโรคเอดส์. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4, 2536.

พินิจ รัตกุล. "เอดส์และจริยธรรมแพทย์. จะไปทางไหนกันแน่?" วารสารสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนา. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 2536.

ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากการ ใน "เอดส์ในแง่มุมมองของจิตเวช" ในจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2533.

พรทิพา ศุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มลลิกา คั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพ พิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

เขาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรม สุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหา บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

วาริสา วิเศษสรรพ. บทความวิชาการ : ครอบครัวสุขใจปลอดภัยเอดส์ (AIDS PREVENTION BY FAMILY) ใน วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย. ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2537) : 169-175.

- วิชาญ วิชาชัย และประครอง วิชาชัย. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดี, 2535.
- ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและทางกีฬา. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สมรรถภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิสิฐสินจำกัด, 2534.
- สชาติ วงศ์สุวรรณ. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2529.
- สภาพร มานัสกิจย์ และสุรพล สุวรรณกุล. "โรคในระบบทางเดินอาหารในโรคติดเชื้อเอชไอวี" ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. สุรพล สุวรรณ และอมร ลีลารัศมี บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัล, 2536.
- สุขสันต์ กิตติศุภกร และคณะ. การคาดประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2536-2539. นิตยสารโรงพยาบาลกลาง เล่มที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม), 2536.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2527.
- สุรพล สุวรรณกุล. "โรคปอดในผู้ป่วยเอดส์" ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัศมี, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย , 2536. หน้า 96.
- สุรพล สุวรรณกุล และป่วน สุทธิพิณิจธรรม. "โรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี" ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัศมี บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536. หน้า 114-129.

- สุรพล สุวรรณกุล และอมรสีลา รัชมี โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- เสาวรส รัตนสาร และอาพล จินดาวัฒนะ. บทความพื้นวิชา : การประเมินสถานการณ์โรคเอดส์ และวัณโรคในพื้นที่เขต 11 เพื่อเตรียมการควบคุมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม. วารสารโรคติดต่อ. ปีที่ 19 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม), 2536.
- สมพร จิตศิริพัฒนา. การศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลสมเด็จฯ และคลินิกยาเสพติดของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- สมาใจ ยิ้มวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุภาภรณ์ ค้างแพง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เสมอจันทร์ อณะเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาดอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- อัจฉรา อบอุ่น เสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เอื้อมพร กาญจนรังสิขัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นก่อนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- อานวย ตรีสุกและ ทหาร พันธุ์ " การประชุม, Inter-Country Consultation on Prevention and Control of AIDS" ณ กรุงเคลย์ ประเทศอินเดีย ระหว่าง วันที่ 15-16 กรกฎาคม 2529. หน้า 26.
- Bandura. A. Self-efficacy:Toward a unifying theroy of behavior change. Psychological Review. 1977 : 170.
- Beare, P.G.& Myers, J.L. Principles and Practice of Adult Health Nursing. St.Loues : The C.V. Mosby Company, 1990
- Becker, M.H. and Maiman, "Sociobehavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 13 (1975) : 11-24
- Brook, H.R.,et al."Overview of adult health status measures fielded." Medical Care. 17 (July 1979) :1-13
- Brown, M.A. " Social Support during Pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional Construct?". Nursing Research. 35 (January / February 1986) : 4-9.
- Buening, J.A. " Psychosocial variables and gender as factors in wellness promotion" State Universety of New York at Buffalt. 1990 D.N.S.
- Burchhardt, C.A.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life" Nursing Research. 34 (Febuary 1985):11-16.
- Caldwell, J.F. et al. "The Dropout Problem in Antihypertensive Treatmen : A Pilot Study of Social and Emotional Factors Influencing a patient's Ability to Follow Antihypertensive Treatment. "Journal of Chronic Disease . 22 (March 1970) : 597-592.
- Chang, D.L. "Evaluation of Heal Care Profession in Faciliataion Self-Care: Review of the Literature and a Conceptual Model" Advances in Nursing Sciences. 3 (October 1980) : page 43-58.
- Cobb, S." Social Support as a Modurator of Life Stress "Psychosomatic Medicine. 38 (September/October 1976) : 300-314.

- Darbysire, J.H. "HIV Infection and Tuberculosis" Quarterly Journal of Medicine. (July 1991) : 563-564.
- Denyes, M.S. "Variations in Patient Compliance with Doctor's Advice : An Emperical Analysis of Communication. " American Journal of Public Health. 58 (March-April 1968) : 274-288.
- Duffy, M.E. "Determinants of health - promoting lifestyles in older persons." IMAGE : Jourwal of Nursing Scholaraship. 25 (Spring 1993 : 23-28).
- Gochman, D.S. Health Behavior : emerging research perspective. New York : Plenum Press. 1988.
- Gulick, E.E. "The self assessment of health among thr chronically ill. Topic in Clinical Nursing 8 (April 1986 1986) : 74-82.
- Guralnik, D.B. Webster's new world dictionary of the American language. Cleveland. OH World Publishig Company, 1975.
- Hayduk, L.A.et al "An exporation of Pender's Health Promotion Model using LISREL." Nursing Research. 42 (May/June 1993) : 132-138.
- Horgan, A.F. "Health Status Perception and Health Related Behavior." Journal of Gerontological Nursing. 13,1987 : p.30-33.
- Koenic, R., et al. "The emotional status of cancer patients as measured by a psychological test." Journal Chronic Disease. 20 (December 1967) : 923-930.
- Lambert, C.E. & Lamvert, V.A. "Psychosocial Impacts Created by Chronic Illness." Nursing ,llinecs of North America. 22 (September 1987) : 527-532.
- Long, B.C., Phipps, W.J. and Cassmeyer, V.L. Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach. 3rd.ed. Philadelphia : Mosby Year Book,1993.
- Long, C. "Positive Steps." Journal of Nursing Times. 89 (March 1993) : 54-56.

- McGhie. A. Psychology as applied to nursing 8th ed. London : Churchill Livingstone, 1986.
- Michel, M.H. and Braden. C.J. " Finding Meaning : Antecedent of uncertainly in illness." Nursing Research 37 (March/April 1988) : 98-103.
- Murhlencamp, A.F. and Broerman. N.A. "Health beliefs, health value and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 (1988) : 637-646.
- Muhlenkamp, A.F.& Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support, and Positive Health Practices." Nursing Rersearch. 1986 : 366.
- Murdaugh, C. and Hinshaw, A. "Theoretdical Model Testing to Identify Personality Variables Effect on Preventive Behaviors" Nursing Research. 35 (January/February 1988) : 19-23.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. Nursing assessment and health promotion strategies through the life span. 5th ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1993.
- Nelson, E.C. et al. " Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension." Medical Care. 16 (November 1978) : 893-906.
- Orem.D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd.ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1986
- Orem.D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd.ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1991.
- Padilla, G.v. & M.M. "Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variable." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 45-60.
- Palank, C.L. "Determinants of Health-Promotive Behavior" Nursong Clinics of North America. 30 (December 1991): 815-832.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk : Appleton-Century-crofts, 1982.

- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk : Appleton-Century-crofts, 1987.
- Porter, K. et al. "Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. " British American Journal. 307 (July 1993) : 20-23.
- Phipps, W.J. et al. Medical - Surgical Nursing Concept and Clinical practice. 4th. ed. U.S.A ; Mosby-Year Book Inc., 1991.
- Quinn, Thomass C. The Epidemiology of the Acquired Immunodefficiency Syndrome in the 1990's. In: Emergency Medicine Clinics of North America. Volume 13, No.I, February 1995. Edited by Kelen,G.D. U.S.A.: W.B. Saunders Company., 1995 : 1-26.
- Ruth, S. Rehabilitation aspects of acute and chronic nursing card. pp. 136-156.
Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1973.
- Shaw, M.E. and Costanzo, P.R. Theories of Social Psychology 2rd edition
Singapore : McGraw-Hill Book Co., 1985.
- Sonja, M, et al. "The Nottingham Health Profile : Subjective health status and medical consultation" Social Science Medicine. 154 (March 1981) : 221-229.
- Stuifbergen, A.K. and Becker, H.A. "Predictors of health - promoting lifestyles in persons with disabillities." Research in Nursing & Health 17 (January 1994) : 3-13.
- Travelbee, J. Interpersonal aspect of nursing. Philadelphia : P.A Davis company, 1971.
- Twaddle, A.C. Sickness Behavior and The Sick Role. Massachuesetts company, 1971.
- Walker, S.N. Sechrist, K.R. and Pender, N.J. "The health-promoting life-style profile : Development and Psychometric Characteristics." Nursing Research. 36 (March/April) : 76-81.

Yarcheski, A and Mahon, N.E. "Causal model of positive health practices
: The relationship between approach and replication. " Nursing
Research. 38 (March/April 1989) : 88-93.







**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้าน
เนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
ของผู้ฝึก เชื้อ เอชไอวี**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต
ภาควิชาการพยาบาลสังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราณี คาร์จรัตน์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัญช์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. วังนรินทร์ โรหิตสุข
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. ขาใจ สิทธิมงคล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. อาจารย์ ดร. กรองกาญจน์ สังภาศ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้าน
เนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ภาคีกรรมส่ง เสริมสุขภาพ
ของผู้ติด เชื้อ เอชไอวี**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราณี คาร์งรัตน์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพาศน์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. วัจนินทร์ รรหิตสูง
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. กรองกาญจน์ สังภาส
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางพชรพร คงมัน
พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกนรีนาม โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี



**คำชี้แจงสำหรับผู้ติด เชื้อ เอชไอวี
และการพิทักษ์สิทธิของผู้ติด เชื้อ เอชไอวี
ในการ เข้าร่วมการวิจัย**

ดิฉัน นางจันทนา พงษ์สมบูรณ์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล กำลัง
ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่ง เสริมสุขภาพของผู้ติด เชื้อ เอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่ง เสริมสุขภาพของผู้ติด เชื้อ เอชไอวี และศึกษาพฤติกรรมส่ง เสริมสุขภาพของผู้ติด เชื้อ เอชไอวี

ถ้าคุณ.....เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะให้คุณตอบ
แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และจากนั้นจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับ
กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ และสังคม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

หากคุณ.....มีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้
ดิฉันยินดีตอบให้คุณเข้าใจ และไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณยังคงได้
รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ คุณมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการ
เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าคุณยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว คุณยังมีสิทธิ์ยกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือผลกระทบใด ๆ

จันทนา พงษ์สมบูรณ์

ผู้วิจัย



เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

H.N.....

โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี

วันบันทึก _____

ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

- อายุ _____ ปี (เศษเดือนบันทึก)
- เพศ
[] ชาย [] หญิง
- สถานภาพสมรส
[] โสด [] คู่ [] หม้าย / หย่า / แยก
- ลักษณะการ เป็นอยู่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[] อยู่คนเดียว [] อยู่กับบิดามารดา
[] อยู่กับคู่ครอง [] อยู่กับบุตรหลาน และ/หรือญาติพี่น้อง
[] อื่น ๆ โปรดระบุ _____
- ระดับการศึกษา
[] ไม่ได้เรียนหนังสือ
[] ประถมศึกษาปีที่ (ระบุ) _____
[] มัธยมศึกษาปีที่ (ระบุ) _____
[] อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร (ระบุ) _____
[] บริณฤทธิ หรือสูงกว่า (ระบุ) _____
- อาชีพปัจจุบัน
[] ไม่ได้ทำงาน [] รับจ้าง ระบุ _____
[] นักเรียน นักศึกษา [] ค้าขาย ระบุ _____
[] รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ [] อื่น ๆ ระบุ _____
[] เกษตรกรรม ระบุ _____

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท
8. แหล่งที่มาของรายได้ครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ จากรายได้ของท่าน _____ บาท
 - ☐ จากรายได้ของคู่ครอง _____ บาท
 - ☐ จากรายได้ของบุตรและ/หรือหลาน _____ บาท
 - ☐ จากรายได้ของบิดามารดา _____ บาท
 - ☐ อื่น ๆ ระบุ _____ บาท
9. ความพอเพียงของรายได้
- ☐ มีพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ
 - ☐ มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 - ☐ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีภาระหนี้สิน
 - ☐ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และมีภาระหนี้สิน
10. ภูมิลำเนาเดิม
- ☐ จังหวัดชลบุรี ☐ อื่น ๆ ระบุ _____
11. ที่อยู่ปัจจุบัน
- ☐ จังหวัดชลบุรี ☐ อื่น ๆ ระบุ _____
12. ระยะเวลาตั้งแต่ทราบข่าวผลการตรวจเลือดเป็นเอชไอวีบวกจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา _____ ปี
13. ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ เพศสัมพันธ์ โดยติดจาก _____
 - ☐ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
 - ☐ รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
สาเหตุการรับเลือด
 - ☐ อื่น ๆ ระบุ _____
14. การแสดงอาการของโรค
- ☐ ไม่มีอาการของโรค
 - ☐ มีอาการของโรค ระบุ _____

15. ระยะของการดำเนินโรค

- [] กลุ่มเอ คือ ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการของโรคหรือแสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ ผื่น เจ็บคอ อุจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น
- [] กลุ่มบี คือ ผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่ยังไม่ได้มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ผื่นขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรัง หรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ใช้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน ผื่นขาวในช่องปาก (Hairy leucoplakia) เป็นต้น
- [] กลุ่มซี คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy) โรคติดเชื้อสวิตซ์ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน เป็นต้น

16. ระดับ TOTAL CD 4(cell/ml)เมื่อวันที่.....
17. การตรวจรังสีทรวงอก [] เมื่อวันที่.....พบว่าเป็น.....
[] ไม่ได้ตรวจ
18. การตรวจวัณโรค [] เมื่อวันที่.....ไม่พบว่าเป็นวัณโรค
[] เมื่อวันที่.....พบว่าเป็นวัณโรคที่.....
[] ไม่ได้ตรวจ

หมายเหตุ : ข้อมูลในข้อ 12 - 17 ได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการวินิจฉัยของแพทย์

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อต่อไปนี้จะ เป็นคำบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โปรดพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยการเลือกตอบให้ถือ เกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกระทำนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุกครั้ง หรืออาจบางครั้ง แต่เมื่อรวมแล้วท่านจะต้องปฏิบัติกิจกรรมนั้นคิดเป็นร้อยละ 90-100 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกระทำนั้นท่านได้ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย แต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ และเมื่อรวมแล้วท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น คิดเป็นร้อยละ 70-89 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกระทำนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่านั้น หรือปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้างเท่า ๆ กัน และเมื่อรวมแล้วท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นคิดเป็นร้อยละ 50-69 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกระทำนั้นท่านทำไม่ค่อยได้
/ **ไม่ปฏิบัติ** หรือนาน ๆ ครั้งจึงจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น หรือท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย และเมื่อรวมแล้วท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด

ไม่มีเหตุการณ์ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกระทำหรือเหตุการณ์นั้น
ยังไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิตของท่าน

แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ 90-100%	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง 70-89%	ปฏิบัติ บางครั้ง 50-69%	ปฏิบัติ นานาครั้ง /ไม่ปฏิบัติ น้อยกว่า 50%	ไม่มี เหตุการณ์	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ตื่นนอนอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว (2-3ลิตร) 2. งดสูบบุหรี่/หรือไม่เคยสูบ บุหรี่เลข 43. งดเว้นการซื้อยามา รับประทานเอง/หรือ บริโภคยาทุกครั้งก่อน ไปซื้อยามารับประทานเอง 44. จะรีบพบแพทย์ทุกครั้ง ที่ ร่างกายมีอาการผิดปกติ (ถ้ายังไม่เคยมีอาการผิดปกติให้หาเครื่องหมาย ลงในช่องไม่มีเหตุการณ์						

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

ฉบับที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน ซึ่งในแต่ละข้อต่อไปนี้จะเป็นคำบรรยายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อภาวะสุขภาพของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ๕ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกที่ท่านมีต่อภาวะสุขภาพของท่านเอง ดังนั้นโปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

- หมายเลข 5 **จริงทั้งหมด** หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ
- หมายเลข 4 **จริง เป็นส่วนมาก** หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นส่วนมาก
- หมายเลข 3 **ไม่แน่ใจ** หมายถึง ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
- หมายเลข 2 **ไม่จริง เป็นส่วนมาก** หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพียงเล็กน้อย
- หมายเลข 1 **ไม่จริงทั้งหมด** หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริงทั้งหมด	จริง เป็น ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง ส่วนมาก	ไม่จริง ทั้งหมด
	5	4	3	2	1
1. ฉันเจ็บคอ			✓		

แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

ข้อความ	จริง ทั้งหมด 5	จริง เป็น ส่วนมาก 4	ไม่แน่ใจ 3	ไม่เป็นจริง ส่วนมาก 2	ไม่จริง ทั้งหมด 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม						
2. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลฉันบอกว่าสุขภาพของฉันขณะนี้ดีขึ้นมาก						
3. ครั้งหนึ่งฉัน เคยป่วยหนักมากจนเกือบจะเสียชีวิต						
•						
•						
•						
•						
•						
•						
25. ฉันรู้สึกว่าอาการของฉันดีขึ้นเรื่อย ๆ						
26. ฉันยอมรับว่าบางครั้งฉันอาจจะเกิดการเจ็บป่วยได้						



ตารางแสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (N = 160)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานาครั้ง /ไม่ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์ ร้อยละ
ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแล					
ตนเองโดยทั่วไป					
1. ตื่นนอนอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	54.4	11.9	8.1	25.6	-
2. งคสูบบุหรี่/หรือไม่เคยสูบบุหรี่เลย	78.8	1.9	0.6	18.8	-
3. งคใช้ยาเสพติด/ไม่เคยใช้ยาเสพติด	96.9	0.6	0.6	1.9	-
4. ทำความสะอาดร่างกายทุกวัน	91.3	5.0	1.3	2.5	-
5. บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังตื่นนอนและ ทุกครั้งก่อนเข้านอน	75.0	10.6	1.9	12.5	-
6. บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ	26.9	9.4	15.6	48.1	-
7. งคการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	86.9	2.5	3.1	7.5	-
8. รับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	84.4	4.4	3.1	3.1	5.0
9. ปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนหยุดกินยา	85.0	3.8	0.6	5.6	5.0
10. มารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง	90.6	6.3	1.9	1.3	-
11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายทุกวัน	73.8	13.1	5.6	7.5	-
12. สนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคและ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำมาดูแลตนเอง	28.1	33.8	17.5	20.6	-
การปฏิบัติด้านโภชนาการ					
13. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อย่างน้อย 3 มื้อ/วัน	66.9	16.9	3.1	13.1	-

(ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานาครั้ง /ไม่ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
14.รับประทานอาหารที่สะอาดและ ผ่านการหุงต้มแล้ว	81.9	15.0	1.9	1.3	-
15.งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารรสจัด	62.5	15.0	1.9	1.3	-
16.งดเว้น/หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ แอลกอฮอล์	61.9	18.1	5.0	15.0	-
17.ซักรีดผ้าทุกวัน	5.0	16.9	8.1	70.0	-
18.ล้างมือและบันทึกการขับถ่าย อุจจาระทุกวัน	73.8	12.5	6.9	6.9	-
การออกกำลังกายและการพักผ่อน					
19.ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบ	71.9	6.9	5.6	15.6	-
20.ออกกำลังกายทุกวัน	18.8	10.6	13.1	57.5	-
21.เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลียจะรีบนอนพัก	70.6	7.5	6.9	13.1	1.9
รูปแบบการนอนหลับ					
22.ได้นอนพักอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.	78.8	10.0	3.1	8.1	-
23.นอนหลับสนิททุกครั้ง	55.0	16.3	9.4	19.4	-
24.ตื่นนอนด้วยความสดชื่น	60.0	13.1	10.6	16.3	-
25.ถ้านอนไม่หลับจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง ฯลฯ	80.6	5.0	2.5	6.9	5.0
การจัดความเครียด					
26.หาตัวที่สนุกสนาน อารมณ์ดี	57.5	18.1	10.0	14.4	-
27.คลายเครียดด้วยการทำงานอดิเรก	70.6	5.0	3.8	20.6	-

(ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานาครั้ง / ไม่ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์ ร้อยละ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
28. พูดระบายความทุกข์ใจกับบุคคล ที่ไว้วางใจ	55.0	10.6	4.4	30.0	-
29. เมื่อมีปัญหายามแก่ไข้อย่าง มีเหตุผล	70.6	14.4	5.6	9.4	-
การตระหนักและการยอมรับความผิดของตนเอง					
30. เอาใจใส่ดูแลตนเอง	76.9	13.1	3.1	6.9	-
31. หัดทำให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม	72.5	11.3	6.3	10.0	-
จุดมุ่งหมายในชีวิต					
32. มีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตยืนยาว	65.0	10.0	9.4	15.6	-
33. มีความหวังว่าตนเองจะอยู่ร่วมกับ ครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ	71.9	8.8	8.8	10.6	-
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น					
34. ยังไปมาหาสู่เพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง	70.6	11.3	5.0	13.1	-
35. พูดคุยกับผู้คิดเชื่อเอชเอวีคนอื่น ๆ	16.3	13.8	21.3	48.8	-
ขณะรอรับการตรวจรักษา					
การควบคุมสภาวะแวดล้อม					
36. จัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ให้สะอาด และมีอากาศถ่ายเท	72.5	11.9	4.4	11.3	-
37. งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิด กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	56.9	15.6	7.5	20.0	-

(ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานาครั้ง /ไม่ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์ ร้อยละ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
38.งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการไป เที่ยวสถานเริงรมย์	79.4	10.6	4.4	5.6	-
39.งดเว้น/หรือหลีกเลี่ยงการไป เยี่ยมคนป่วย	70.6	14.4	4.4	10.6	-
40.งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดูแลสิ่งสกปรก	59.4	2.5	3.8	16.3	18.1
41.ใช้ของมีคมที่สัมผัสเลือดได้เฉพาะ ของตนเอง ไม่ปะปนกับผู้อื่น	74.4	10.0	3.8	11.9	-
การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ					
42.สอบถามแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับ การรักษาและการดูแลสุขภาพของ ตนเอง	42.5	15.0	13.1	29.4	-
43.งดเว้นการซื้อยามารับประทานเอง /หรือปรึกษาแพทย์ก่อนไปซื้อยามา รับประทานเอง	62.5	14.4	6.9	26.3	-
44.จะรีบไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการ ผิดปกติ	52.5	6.3	5.0	8.8	27.5



ตารางแสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
(N = 160)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	จริง ทั้งหมด ร้อยละ	จริง เป็น ส่วนมาก ร้อยละ	ไม่ แน่ใจ ร้อยละ	ไม่จริง ส่วนมาก ร้อยละ	ไม่จริง ทั้งหมด ร้อยละ
1. ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม	30.0	33.1	22.5	7.5	6.9
2. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลฉันบอกว่า สุขภาพของฉันขณะนี้ดีมาก	21.9	27.5	27.5	10.0	13.1
3. ครั้งหนึ่งฉันเคยป่วยหนักมาก จนเกือบจะเสียชีวิต	32.5	11.3	6.3	12.5	37.5
4. ในอนาคตฉันอาจจะป่วยหนักมาก	10.6	5.6	43.8	14.4	25.6
5. ฉันไม่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพของตนเองเลย	25.6	19.4	15.0	15.6	24.4
6. ฉันคิดว่าคนส่วนใหญ่เจ็บป่วยง่ายกว่าตัวฉัน	12.5	14.4	27.5	20.6	25.0
7. ฉันเริ่มรู้สึกไม่สบายเมื่อนานมาแล้ว	16.3	13.1	6.9	24.4	39.4
8. ในอนาคตฉันหวังว่าสุขภาพของฉัน จะดีขึ้นกว่าคนอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก	22.5	21.3	38.1	7.5	10.6
9. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มากกว่าคนทั่ว ๆ ไป	35.0	28.8	11.3	11.3	13.8
10. ฉันคิดว่าการเจ็บป่วยบ้างบางครั้ง บางครั้งก็เป็นเรื่องปกติในชีวิต	42.5	34.4	11.3	6.9	5.0
11. ฉันคิดว่าในอนาคตสุขภาพของฉัน คงเลวลงกว่านี้	18.8	10.0	45.0	10.0	16.3
12. ฉันไม่เคยป่วยหนักมาก่อน	40.6	17.5	6.3	10.6	25.0
13. ฉันคิดว่าร่างกายของฉันต้านทาน โรคได้ดี	16.9	13.8	37.5	13.8	18.1
14. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันดีเท่ากับคนอื่น	17.5	18.8	26.3	20.6	16.9

(ต่อ)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	จริง ทั้งหมด ร้อยละ	จริง เป็น ส่วนมาก ร้อยละ	ไม่ แน่ใจ ร้อยละ	ไม่จริง ส่วนมาก ร้อยละ	ไม่จริง ทั้งหมด ร้อยละ
15. ฉันคาดหวังว่าจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง	40.6	23.8	24.4	6.9	4.4
16. ฉันจะต้องให้ความสนใจกับทุก ๆ สิ่งที้อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อ สุขภาพของฉัน	53.8	30.6	5.6	4.4	5.6
17. ฉันมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมาก	16.3	17.5	25.0	20.0	21.3
18. ฉันคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ ภูมิคุ้มกันภายในร่างกายของฉันต่ำลง และฉันอาจจะติดเชื้อโรคอื่นได้ง่าย	60.0	21.3	11.9	1.9	5.0
19. ฉันรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น	15.0	11.3	13.8	21.9	38.1
20. ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ สนใจดูแลรักษา สุขภาพของ เขามากกว่าที่ฉันสนใจ ดูแลรักษาสุขภาพของฉัน	11.9	15.6	26.9	20.0	25.6
21. สุขภาพของฉันไม่แข็งแรง เหมือนเดิม	10.0	13.8	8.1	24.4	43.8
22. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลฉันบอกฉันว่า ขณะนี้สุขภาพของฉันไม่ดีเลย	26.3	22.5	21.3	15.6	14.4
23. ฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย	17.5	20.0	10.6	24.4	27.5
24. ในชีวิตของฉันสิ่งที่จะต้องทำให้ ความสนใจคือสุขภาพ	66.9	22.5	5.0	3.1	2.5
25. ฉันรู้สึกว่าอาการของฉันดีขึ้นเรื่อย ๆ	28.8	30.6	29.4	6.3	5.0
26. ฉันยอมรับว่าบางครั้งฉันอาจจะเกิด การเจ็บป่วยได้	55.0	33.1	8.8	3.1	-

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายชื่อตามรายด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต และในปัจจุบัน

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต			
3. ครั้งหนึ่งฉันเคยป่วยหนักมากจนเกือบจะเสียชีวิต	2.888	1.745	ปานกลาง
12 ฉันไม่เคยป่วยหนักมาก่อน	3.381	1.667	ปานกลาง
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน			
1. ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม	3.719	1.172	ดี
2. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลฉันบอกว่าสุขภาพของฉันขณะนี้ดีมาก	3.350	1.290	ปานกลาง
7. ฉันเริ่มรู้สึกไม่สบายเมื่อนานมาแล้ว	2.425	1.511	ไม่ดี
14. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันดีเท่า ๆ กับคนอื่น	2.994	1.334	ปานกลาง
17. ฉันมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมาก	2.875	1.368	ปานกลาง
21. สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนเดิม	2.219	1.390	ไม่ดี
22. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลฉันบอกฉันว่าขณะนี้สุขภาพของฉันไม่ดีเลย	3.306	1.387	ปานกลาง
23. ฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย	2.756	1.483	ปานกลาง
25. ฉันรู้สึกว่าอาการของฉันดีขึ้นเรื่อย ๆ	3.719	1.100	ปานกลาง

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผล จานแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ในอนาคตและการรับรู้การต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต			
4. ในอนาคตฉันอาจจะป่วยหนักมาก	2.613	1.229	ปานกลาง
8. ในอนาคตฉันหวังว่าสุขภาพของฉันจะดีขึ้นกว่าคนอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก	3.375	1.217	ปานกลาง
11. ฉันคิดว่าในอนาคตสุขภาพของฉันคง เลวลงกว่านี้	3.050	1.268	ปานกลาง
15. ฉันคาดหวังว่าจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง	3.894	1.147	ดี
การรับรู้การต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย			
6. ฉันคิดว่าคนส่วนใหญ่เจ็บป่วยง่ายกว่าตัวฉัน	2.688	1.328	ปานกลาง
13. ฉันคิดว่าร่างกายของฉันต้านทานโรคได้ดี	2.975	1.298	ปานกลาง
16. ฉันจะต้องให้ความสนใจกับทุก ๆ สิ่งที้อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของฉัน	4.225	1.110	ดี
18. ฉันคิดว่าการติดเชื้อ เอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายของฉันต่ำลงและฉันอาจจะติดเชื้อโรคอื่นได้ง่าย	4.294	1.079	ดี
19. ฉันรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น	2.431	1.465	ไม่ดี

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผล จานแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ			
5. ฉันไม่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย	3.063	1.537	ปานกลาง
9. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าคนอื่นทั่วไป	3.600	1.415	ดี
20. ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ สนใจดูแลรักษาสุขภาพของเขา มากกว่าที่ฉันสนใจดูแลรักษาสุขภาพของฉัน	2.681	1.329	ปานกลาง
24. ในชีวิตของฉันสิ่งที่จะต้องให้ความสนใจคือสุขภาพ	4.481	0.918	ดี
ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
10. ฉันคิดว่า การเจ็บป่วยบ้างบางครั้งบางคราวก็เป็น เรื่องปกติในชีวิต	4.025	1.127	ดี
26. ฉันยอมรับว่าบางครั้งฉันอาจจะเกิดการเจ็บป่วยได้	4.400	0.779	ดี



การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 160 ราย โดยการสัมภาษณ์ และได้พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในด้านต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาลดังนี้

1. **ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป** จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พยายามดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร/วัน โดยให้เหตุผลว่าการรับประทานยาต้านไวรัสทำให้รู้สึกกระหายน้ำตลอดเวลา บางรายบอกว่าต้องดื่มน้ำมาก เพราะต้องรับประทานยาครั้งละจำนวนมาก ๆ แต่ยังมีอีกร้อยละ 25.6 ที่ไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่าไม่รู้สึกระหายน้ำเลย บางรายบอกว่าถ้าดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารแล้วจะอาเจียนทุกครั้ง จึงพยายามหลีกเลี่ยงอาการเหล่านั้นด้วยการดื่มน้ำและรับประทานยาให้น้อยที่สุด ส่วนพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายเกือบทุกรายสูบบุหรี่มาก่อนที่จะทราบว่าติดเชื้อ และส่วนใหญ่คงสูบบุหรี่ทันทีที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ยังมีบางรายที่ยังสูบบุหรี่ และไม่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ หรือสูบน้อยลงทั้ง ๆ ที่มีอาการเจ็บปาก จากการมีฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia) โดยให้เหตุผลว่าเลิกไม่ได้ สำหรับเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดพบว่า ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดเข้าเส้นถึง 9 ราย และเป็นเพศชายทั้งหมด จากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่บอกว่าเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว แต่ก็มีบางรายที่บอกว่ายังเลิกไม่ได้ต้องใช้ยาทุกวัน และจากการศึกษาติดตามหลังการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บอกว่าเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว บางรายหันกลับมาใช้ยาเสพติดอีก เป็นครั้งคราวซึ่งมีผลทำให้ระดับ CD₄ ลดลงอย่างรวดเร็ว ผลการรักษาในกลุ่มนี้จึงไม่ดีเท่าที่ควร และเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร/วัน คงสูบบุหรี่และยาเสพติด มักจะไม่มีฝ้าขาวที่ลิ้น หรือในช่องปาก และไม่มีปัญหาเรื่องอาการเจ็บปาก

ในเรื่องพฤติกรรมการใช้เพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คงการใช้เพศสัมพันธ์ทันทีที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ โดยให้เหตุผลของการคงการใช้เพศสัมพันธ์ว่ารู้สึกเครียด และเป็นกังวล จึงทำให้ไม่มีความรู้สึกระหายใช้เพศสัมพันธ์ บางรายบอกว่าไม่เคยชินกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้อนามัย ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้บอกคู่สมรสว่าตนเองติดเชื้อจะคงการใช้เพศสัมพันธ์เนื่องจากทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะไม่เคยใช้อนามัย ดังนั้นจึงไม่กล้าใช้อนามัยเพราะถ้าใช้อนามัยจะทำให้คู่สมรสสงสัย ในรายที่ยังมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ส่วนใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์และจะใส่หลาย ๆ ชั้น แต่ก็ยังมีบางรายที่ยังมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะคิดว่าคู่สมรส / คู่อันกิตติ เชื่อเหมือนกัน และมี 1 รายซึ่งมีอาชีพเป็นพนักงานบริการ

ทางเพศบอกว่า การที่สุนอนมีเพศสัมพันธ์ด้วยโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย แสดงว่ารักจริงไม่มีความรังเกียจคน ในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.1 คิดเชื่อมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยเพศชาย เกือบทุกคนบอกว่าคิดมาจากการเพียวผู้หญิงที่มีอาชีพขายบริการทางเพศ มี 1 รายบอกว่าคิดเชื่อมาจากการรายน้อยที่เคยมีอาชีพเป็นหญิงขายบริการทางเพศมาก่อน แต่ภรรยาหลวงเข้าใจและแนะนำให้มารับการรักษา จึงทำให้ตนเองรู้สึกผิด และรู้สึกละอายใจเป็นอย่างมาก แต่บางรายบอกว่าคิดมาจากการรายน้อยที่เคยมีอาชีพ/หรือยังมีอาชีพขายบริการทางเพศ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงนั้น เกือบทุกคนบอกว่าคิดเชื่อมาจากสามี โดยในรายที่เคยผ่านการสมรสมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนใหญ่บอกได้ว่าคิดเชื่อมาจากสามีคนเก่าหรือคนปัจจุบัน ส่วนในรายที่เคยมีอาชีพขายบริการทางเพศมาก่อนมักจะบอกไม่ได้ว่าตนเองคิดมาจากสามีคนปัจจุบัน หรือคิดมาจากการขายบริการทางเพศ

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ คือ การทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลค่อนข้างตรงกัน คือ ไม่ทราบว่าต้องทำความสะอาดปากและฟันหลังอาหารทุกมื้อ ทราบแต่ว่าต้องทำความสะอาดปากและฟันหลังตื่นนอนและก่อนเข้านอนทุกครั้ง บางรายทราบแต่เพียงว่าต้องทำความสะอาดปากและฟันเฉพาะหลังตื่นนอนเท่านั้น

สำหรับเรื่องความสนใจในการหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย สนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยารักษาโรค มากกว่าเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และส่วนใหญ่ได้ข้อมูลข่าวสารจากการอ่านหนังสือพิมพ์ คู่มือโรค การให้คำปรึกษาและการให้สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเอกสารหนังสือที่จัดไว้ในคลินิกนิรนาม มากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นตรงกัน คือ การนำเสนอข้อมูลยังมีข้อจำกัดมาก ทั้งแหล่งข้อมูลและเนื้อหา โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทางสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุทัศน์ยังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่นำข้อมูลด้านป้องกันโรคสำหรับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ และผลการทดลองยารักษาโรคตัวใหม่ ๆ ในเนื้อหาเชิงวิทยาศาสตร์ซึ่งเข้าใจยาก นอกจากนี้การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังกระหนแบบเปิดเผยไม่ได้ ยิ่งทำให้โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างสม่ำเสมอมีน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย แต่ก็มีหลายรายที่บอกว่าไม่สนใจที่จะหาความรู้ เพราะไม่อยากพูดถึง ไม่อยากรับรู้ อยากลืมรู้แล้วยิ่งไม่สบายใจ และเครียดมากขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากกว่า 3 มื้อ/วัน มีเป็นจำนวนน้อยที่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ในกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ/วัน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างรายวัน หรืองานหนักที่ต้อง

ทำงานแข่งกับเวลา ทำให้ไม่มีเวลาจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์มารับประทาน ต้องรับประทานอาหารเท่าที่จัดหาได้ให้อิ่มท้องไปก่อน มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย รับประทานอาหารเพียง 1-2 มื้อ เนื่องจาก เป็นพระและชี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายยังดื่มกาแฟเพียงแก้วเดียวเป็นอาหาร เช้าก่อนไปทำงานทุกวัน ส่วนอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ดื่มสุกแล้วและรสไม่จัด มีน้อยรายที่ยังรับประทานอาหารไม่ผ่านการหุงต้มและรสจัด เช่น ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ลาบเลือด และบางรายยังดื่มเหล้า เนื่องจากเคยดื่มสังสรรค์กับเพื่อน ถ้าเลิกดื่มกลัวเพื่อนสงสัย

สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักทุกวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ทราบว่าต้องชั่งน้ำหนักทุกวัน และบางรายบอกว่าไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนัก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะชั่งน้ำหนักตัวเองก็ต่อเมื่อมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทุก 1 - 2 เดือน เท่านั้น

3. ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบโดยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เล่นกีฬา ในเรื่องการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างน้อยรายที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน และการออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นการเล่นกีฬาที่ชอบ เช่น เทนนิส บอล ตะกร้อ ซี่ม้า บางรายคิดว่าการทำงานประจำที่ต้องใช้กำลังมาก ๆ เป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายเกือบทุกรายบอกว่าเหนื่อยและเพลียมากออกกำลังกายไม่ไหว อยากรอนพักผ่อนมากกว่า แต่บางรายงดการเล่นกีฬาทั้งที่เคยปฏิบัติสม่ำเสมอทุกวัน คุยให้เหตุผลว่าไม่กล้าไปเล่นกีฬากับเพื่อนกลัวเพื่อนสงสัย เนื่องจากมีผื่นคันตามตัว และอาการคันจะมีมากขึ้นถ้าเหงื่อออกมาก ในเรื่องการนอนพัก เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้นอนพักเต็มที่ เนื่องจากว่างงานอยู่กับบ้านเฉย ๆ ในรายที่ทำงานประจำมักไม่ได้นอนพัก เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย

4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานประจำในช่วงเช้าส่วนใหญ่จะได้นอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืนอย่างพอเพียง บางรายบอกว่าไม่เคยนอนไม่หลับ จะหลับสนิททุกครั้งที่เข้านอน กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำงานเช้าผลัดกลางคืน เช่น ขามรักษาความปลอดภัย นักร้อง พ่อค้าแม่ค้าชายของตอนกลางคืน ต้องนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางวันซึ่งอากาศร้อนและมีเสียงดังรบกวนมากทำให้นอนไม่ค่อยหลับ หรือนอนหลับไม่สนิท เมื่อตื่นนอนจึงมักไม่ค่อยรู้สึกสดชื่น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่สนิท มักเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อ ในรายที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อนานแล้ว การนอนไม่หลับมักมีสาเหตุมาจากการนอนมากไป ร่วมกับการไม่ได้ออกกำลังกาย เมื่อนอนไม่หลับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้วิธีนอนไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหลับ มีเพียง 1 รายที่กินยานอนหลับ และอีก 2 รายดื่มเหล้าเพื่อช่วยให้หลับ

8. **ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น** จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไปมาหาสู่เพื่อน ๆ และญาติพี่น้องตามปกติ มีหลายรายบอกว่าเพื่อน ๆ และญาติพี่น้องที่ยังติดต่อกับช่วยทราบว่าตนเองติด เชื้อแต่ก็ไม่ได้แสดงความรังเกียจตน แต่บางรายมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง อดทนให้เหตุผลว่ากลัวผู้อื่นรังเกียจ บางรายบอกว่าไม่อยากพบใครอยากอยู่คนเดียว ในขณะที่มารับการตรวจรักษามีกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวนน้อย ที่พูดคุยกับญาติเชื้อเอชไอวีอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่เจียน ๆ ไม่พูดคุยกับใคร อดทนให้เหตุผลว่าไม่รู้จักรู้จัก บางรายบอกว่าคงไม่มีใครอยากพูดคุยกัน เพราะต่างก็ทุกข์เหมือนกัน และมีหลายรายที่หลบออกไปรออยู่นอกคลินิก จะเข้ามาในคลินิกก็ต่อเมื่อแพทย์เรียกตรวจ และรีบกลับทันทีที่ได้รับยา

9. **ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม** จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในบ้านของตนเองส่วนใหญ่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและมีอากาศถ่ายเทดี กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในบ้านเช่า หรือห้องพักที่นายจ้างจัดหาให้ มักอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด เนื่องจากต้องพักอาศัยอยู่หลายครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ แต่ในด้านการปฏิบัติหลายรายบอกว่าถ้าเป็นสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยก็หลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะต้องดูแล บางรายบอกว่าไม่กล้าหลีกเลี่ยงเพราะกลัวเพื่อนสงสัย ในเรื่องของการไปเยี่ยมคนป่วยก็เช่นเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายยังไปเยี่ยมเพื่อนฝูงญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยอยู่ อดทนให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่าต้องหลีกเลี่ยง บางรายบอกว่าหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นญาติสนิท บางรายบอกว่าถ้าไม่ไปคนอื่นจะสงสัย ส่วนในเรื่องของการไปเที่ยวสถานเริงรมย์หรือที่แออัด เช่นโรงภาพยนตร์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวนน้อยที่ยังไปเที่ยวสถานเริงรมย์ อดทนให้เหตุผลว่าเคยเที่ยวกับเพื่อน ถ้าไม่ไปเพื่อนจะสงสัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ยังไปโรงภาพยนตร์ ในโรงภาพยนตร์ อดทนให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่า เป็นสถานที่ที่ควรหลีกเลี่ยง สำหรับเรื่องการดูแลสัตว์เลี้ยงนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรเลี้ยงสัตว์ เช่น ทาฟาร์มไก่ ฟาร์มหมู ทาบ่อปลา บ่อกุ้ง ทาให้หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในเรื่องการใช้ของมีคมที่สัมผัสเลือดได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายยังทาเล็บที่ร้านเสริมสวยโดยการให้ช่าง เสริมสวยตัด เล็มหนังรอบ ๆ ขอบเล็บ และส่วนใหญ่ยังใช้กรรไกรตัดเล็บร่วมกับบุคคลในครอบครัว

10. **ด้านการใช้บริการทางสาธารณสุข** จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาหรือการดูแลสุขภาพของตนเอง อดทนให้เหตุผลว่าไม่กล้าถาม บางรายบอกว่าไม่ทราบจะถามอะไร บางรายบอกว่าอยากถามแต่เกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ต้องรอนาน บางรายบอกว่าตนเองรู้สึกเกรงใจแพทย์พยาบาล และเห็นว่าไม่ค่อยมีเวลาพูดคุยด้วย เนื่องจากต้องตรวจผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง



หลายรายที่ซื้อยามาใช้เองโดยไม่ได้รับการแพทย์ ยาก็ซื้อเองส่วนใหญ่เป็นยาแก้ไอ แก้หวัด แก้คัน มีกลุ่มตัวอย่างหลายรายที่เคยไปรับการรักษาด้วยยาแผนโบราณมาแล้ว ก่อนที่จะมารับการรักษาที่คลินิกนิรนาม และบางรายยังกินยาไทยแผนโบราณอยู่ ในขณะที่มารับการรักษาที่คลินิกนิรนาม

