



การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



ไพรมายณ์ บิลชาติจัต

อธินันท์นากการ
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2544

ISBN 974-665-684-8

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ไปรษณีย์.....

นางสาวไปรษณีย์ บิณชิตต์

ผู้วิจัย

.....

อาจารย์รองกาญจน์ สังคาส

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์วรรณิ สัตยวิวัฒน์

วท.บ., ค.ม.(สถิติการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สายพิณ เกษมกิจวัฒนา

ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ., วท.ม.(พยาบาล), Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ลีมล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2544

ไปรษณีย์ วิทยาลัย.....

นางสาวไปรมาณ์ บิณฑจิตต์
ผู้วิจัย

.....
.....

อาจารย์กรองกาญจน์ สังคาศ
ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย
วท.บ.,วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์ นพ. สุรพล สุวรรณกุล
พ.บ., อ.ว., ว.ว., ส.ม., F.A.C.P.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ลีลล่อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

รองศาสตราจารย์วรรษิ สัตยวิวัฒน์
วท.บ.,ค.ม.(สถิติการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
ค.บ., วท.ม.(พยาบาล), พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล Ph.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของอาจารย์ ดร.กรองกาญจน์ สังกาศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์วรรณีสัตย์วิวัฒน์ และรองศาสตราจารย์ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำ แนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไข และเสียสละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำต่างๆ ด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกคนที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และคุณยายที่ได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์

3936893 NSAN/M : สาขาวิชา : การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ไปรษณีย์ บัณฑิต : การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (A STUDY OF HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN CLIENTS WITH HIV INFECTION). คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : กรองกาญจน์ สังกาศ, Ph.D.(Education), วรณิ สัตยวิวัฒน์, ค.ม. (สถิตการศึกษ), สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค. 79 หน้า. ISBN 974-665-684-8

โรคมุมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 120 คน ที่มาตรวจและติดตามผลการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อพิจารณาโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านกิจกรรมทางเดินร่างกายที่อยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีเป็นบางข้อที่อยู่ในระดับพอใช้ เช่น การทำกิจกรรมที่ใช้แรงกาย การนอนหลับพักผ่อน การพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น เป็นต้น ผลการศึกษาในครั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในด้านกิจกรรมด้านร่างกาย และควรมีการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

3936893 NSAN/M : MAJOR : ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)
KEY WORDS : HEALTH PROMOTING BEHAVIORS / CLIENTS WITH HIV
INFECTION

PRIMAST BINTACHITT : A STUDY OF HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN
CLIENTS WITH HIV INFECTION. THESIS ADVISOR : KRONGKARN SANGKARD, Ph.D.,
WANNEE SATAYAWIWAT, M.Ed. (EDUCATIONAL STATISTICS), SAIPIN
GASEMGITVATANA, M.Sc. (NURSING). 79 P. ISBN 974-665-684-8

Acquired Immunodeficiency Syndrome or AIDS has physical, mental and social impacts on clients with HIV infection. Motivation of health promoting behavior in these clients for maintenance lifestyle to be is becoming more and more . The purpose of this study is to investigate the relationship between personal factors and health promotion behaviors in clients with HIV infection. The studied population was composed of 120 HIV infected patients who came for follow up at the Outpatient Department of Siriraj Hospital. The instrument was directed interview which focused on the personal data and health promoting behavior. Data were analyzed by using percentage, means, standard deviations and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of the study revealed that overall health promoting behaviors in clients with HIV infection and some subscale behaviors, including health responsibility, nutrition, interpersonal relation, spiritual growth and stress management, were at a good level. However, health promoting behaviors on physical activities were still not at a favorable level. Some components of the subscale were at a very good level. But seven components of the subscale were still not at a favorable level. In this study, personal factors did not have a significant correlation to health promoting behaviors. ($p > .05$)

From the results of this study, the researcher recommends that motivation of health promotion for the patients should be properly planned, especially physical activity. In addition, members of patient's family should pay more attention to enhance the health promotion program.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	6
นิยามตัวแปร.....	6
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
สถานการณ์ของโรคเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย.....	9
ความรู้เรื่องโรคเอดส์.....	9
ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี.....	14
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	18
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	30
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.ผลการวิจัย.....	41
5.การอภิปรายผล.....	53
6.สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	68
ก.รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	69
ข.แบบฟอร์มพิกษสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	70
ค.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ประวัติผู้วิจัย.....	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส.....	42
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ.....	43
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ของครอบครัว.....	44
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่ามีโรคติดเชื้อ การติดต่อ.....	45
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะของการดำเนินโรค การแสวงหาแหล่งรักษา.....	46
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ CD4.....	47
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อไวรัสโรค.....	47
8. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม.....	48
9. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ.....	49
10. แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะการดำเนิน ของโรค ซึ่งเป็นตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	52

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1.	กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	5
2.	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	21



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมุมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (Acquire Immunodeficiency Syndrome) กำลังเป็นปัญหาสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญของโลกในปัจจุบัน ไม่ว่าจะประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาแล้วแต่ประสบกับปัญหาโรคเอดส์ด้วยกันทั้งสิ้น เพราะโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดไปทั่วทุกมุมโลกและยังไม่สามารถที่จะควบคุมได้ รวมทั้งในแต่ละปีมีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 9-11 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังเผชิญกับโรคเอดส์ซึ่งเกิดขึ้นทั่วไปในทุกภูมิภาคของประเทศและระบาดเข้าไปในทุกกลุ่มชนชั้น ทุกอาชีพ จากการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 160,350 ราย เป็นเพศชาย 123,190 ราย เพศหญิง 37,160 ราย (กองระบาดวิทยา, ข้อมูลไม่ตีพิมพ์) และคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก จากการรายงานจะเห็นได้ว่าสถานการณ์โรคเอดส์ถือเป็นภาวะวิกฤตสำหรับประเทศไทยและเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือวิธีการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แน่นอน คนส่วนใหญ่มีการรับรู้ ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงมีการพยากรณ์โรคที่เลวลงและเป็นอันตรายถึงชีวิต การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อที่มีลักษณะแตกต่างจากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานาน (Persistent infection) และก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ทำให้เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายอย่างตามมา (กรองกาญจน์ สังคาศ, 2537 : 24) อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังรับเชื้อจะมีได้ ตั้งแต่ไม่มีการแสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏขึ้น ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการถ้าบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอหรือไม่พบพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ นอกจากการตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีภายในร่างกาย แต่ถ้าบุคคลนั้นมีได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุล โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโต

ทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ ทำให้รูปร่างหน้าตาผิดแปลกจากการบวมโตของลำคอ มีอาการไอ ไม่สุขสบายเรื้อรัง เมื่อมีการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนื่อยหอบเนื่องมาจากการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ติดเชื้อทุกๆ ทรมาณจากความไม่สุขสบายหายใจเหนื่อยหอบ ยิ่งใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ก็จะยิ่งน้อยลงไป โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ร่างกายจะผ่ายผอมผิอรูปร่างปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเขี้ยวอ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเมื่อเขี้ยวอ่อนของอวัยวะระบบทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อราทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย โดยที่ยังไม่สามารถใช้ยาใดๆ รักษาให้หายขาดได้และเสียชีวิตในที่สุด (สุรพล สุวรรณกุล, 2536 : 398)

นอกจากจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วทางด้านจิตใจก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ในปัจจุบัน เมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ติดเชื้อจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจึงทำให้มีการเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจ อาจเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตและอนาคตที่จะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามาทางด้านสังคมโรคเอดส์เป็นโรคที่ได้รับการรังเกียจจากสังคม อาจเป็นเพราะคนในสังคมขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่ไม่ควรได้รับความเห็นใจสมควรได้รับการลงโทษจากสังคม เพราะส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางศีลธรรมหรือเป็นผู้ติดเชื้อเสพติดมาก่อน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวได้ยาก บางรายพยายามปิดบังความเจ็บป่วยของตนเองเนื่องจากกลัวบุคคลรอบข้างจะรังเกียจรู้สึกไม่มั่นใจในตัวเอง กลัวได้รับการทอดทิ้งจากครอบครัว คู่สมรส บุคคลอันเป็นที่รัก และถอยหนีจากสังคม เป็นต้น และทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจถูกไล่ออกจากงานภายหลังที่นายจ้างทราบว่ามีติดเชื้อ ถูกบังคับให้ต้องตรวจเลือดก่อนจะรับเข้าทำงาน ต้องใช้จ่ายเงินทองในการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในระยะอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือกลุ่มอาการเอดส์ (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537 : 214)

จากผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อคุณภาพการดำรงชีวิตเป็นผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีหรือปรับปรุงสุขภาพที่ทรุดโทรมให้แข็งแรง ซึ่งกระทำได้โดยการไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น งดเว้นและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การป้องกันตนเองไม่ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีการ

ระมัดระวังสุขภาพประจำวันของตนเองเป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังจะต้องมีภาวะโภชนาการที่ดี เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ร่างกายสามารถต้านทานการติดเชื้อ รับประทานอาหารที่มีแคลอรี และโปรตีนสูง มีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง งดเว้นการดื่มสุรา หรือการใช้ยาเสพติด เป็นต้น มีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าของตน มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีการติดต่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น สามารถควบคุมสภาวะแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behaviors) อันจะช่วยลดการกำเริบของโรค และช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีผลทำให้อัตราการป่วยตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต (Pender, 1996)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behaviors) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการแสดงออกถึงศักยภาพทางสุขภาพของมนุษย์หรือการแสดงออกเพื่อที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้จัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรค 2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นกิจกรรมหรือ พฤติกรรมเคลื่อนไหวและการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม 3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) หมายถึงการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เพื่อเป็นหนทางที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับข่าวสารความรู้ 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อหนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และ 6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึงการผ่อนคลายความตึงเครียด การแก้ไขปัญหอย่างมีสติ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะต้องให้สอดคล้องและผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิต และช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อดีขึ้น

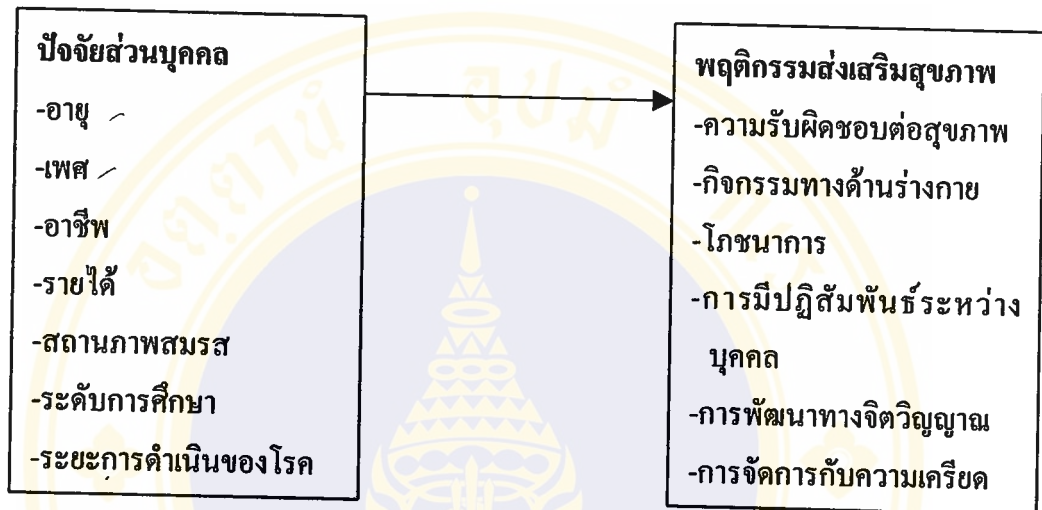
เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ หนึ่งในนั้นคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และลักษณะของปัจเจกบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัย

ด้านความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง บังคับส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาดำเนินของโรค

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือยอมรับพฤติกรรมที่จะมีผลต่อสุขภาพ เพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นหรือให้หายจากโรค หรืออยู่กับโรคได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537:121) ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลควรมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอหรือบรรเทาอาการของโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ การที่พยาบาลจะสามารถพัฒนาความสามารถด้านการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้นั้นจำเป็นต้องทราบถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอย่างไร โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 6 ด้านกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอย่างไรและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนำไปสู่การให้ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองและสามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงต่างๆของชีวิตได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์
(Individual characteristics
experiences)

พฤติกรรมที่แสดงออก
(Behavioral outcome)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย
ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 135)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะการดำเนินของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี มีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอ

วีเป็นบวก มีอาการและอาการแสดง ที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ใน วันอังคาร พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 – 12.00 น. (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2542)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการศึกษาและด้านการพยาบาลในการจัดการศึกษาให้กับพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรได้มีความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมให้มีแนวทางในการส่งเสริมให้มีแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health – promoting behaviors) หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินโดยประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ เรืออากาศเอกหญิง จีรวรรณ อินคัม (2541) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังของ จิตรา จันชนะกิจ (2541) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แก่
 - 1.1 ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น งดเว้นและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น และการสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอ่านหนังสือ การดูทีวี การฟังวิทยุ และการเข้าฟังสัมมนา
 - 1.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - 1.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทาน อาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับโรค

เช่น การงดเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีแคลอรี และโปรตีนสูงมีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน

1.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไข้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

1.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติสุข ช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต และรู้สึกว่าคุณค่าในสังคม

1.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ลดการตึงเครียด และมีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

2.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีนับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย

2.2 เพศ หมายถึง เพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง

2.3 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำอยู่ แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ อาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง กับอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น ค้าขาย เกษตรกรรม หรือไม่ได้ทำงาน

2.4 รายได้ หมายถึง รายได้ต่อเดือนที่นับจำนวนเต็มบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีสถานภาพโสด หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อและคู่สมรสเมื่อสถานภาพสมรสคู่

2.5 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มปีของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาสูงสุด

2.6 ระยะการดำเนินของโรค หมายถึง ระยะการดำเนินการของโรคเอดส์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (CDC) โดยใช้ลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้

- กลุ่มเอ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการของโรคหรือแสดง

อาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ ผื่น เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น

- กลุ่มบี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการของโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่ยังไม่ได้มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรัง หรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อูจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia) เป็นต้น

- กลุ่มซี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด มะเร็งของหลอดเลือดที่ผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy) โรคติดเชื้อสวัดที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน เป็นต้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

- สถานการณ์ของ โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย
- ความรู้เรื่อง โรคเอดส์
- ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถานการณ์ของโรคเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายแรกในประเทศไทยเป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับรายงานจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจนกระทั่งถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 (กองระบาดวิทยา, ข้อมูลไม่ตีพิมพ์) จำนวนถึง 160,350 ราย และคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่ายังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ แม้จะมีผู้ที่พยายามคิดค้นตัวยาซึ่งคาดว่าจะช่วยขจัดความรุนแรงของโรคให้ลดน้อยลงแต่ก็แก้ไขได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น การแพร่กระจายการติดต่อของโรคยังคงดำเนินการไปอย่างรวดเร็ว เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้พบได้ทั่วทุกแห่งในสังคมและเป็นคนที่ยังดำรงชีวิตในสังคมทั่วไป ดังนั้นโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อจึงมีอยู่ได้ตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวของผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้องว่าหากขาดความใส่ใจในเรื่องการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี โอกาสการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่มีการระบาดและเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงที่สุดในปัจจุบัน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

เอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องเนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า HIV (Human Immunodeficiency Virus) ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้ร่าง

กายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (กรองกาญจน์ สังกาศและคณะ, ในวิจิตร ศรีสุพรรณ และคนอื่น ๆ, บรรณาธิการ, 2537:2)

เมื่อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ที่มี CD₄ receptor ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด Helper T-cell หรือ T₄ และเซลล์ประสาท ไวรัสเอดส์จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและแฝงตัวอยู่ในนิวเคลียสของเซลล์ที่ติดเชื้อ เมื่อเซลล์ที่ติดเชื้อถูกกระตุ้นจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารหรือสิ่งกระตุ้นเข้าสู่ร่างกาย ไวรัสเอดส์ที่แฝงตัวอยู่จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นหลายเท่าอย่างรวดเร็วและออกจากเซลล์ที่อาศัยอยู่เข้าสู่เซลล์อื่น ๆ ต่อไป เซลล์ที่ไวรัสเอดส์อาศัยอยู่จะถูกทำลายด้วยกระบวนการที่ไวรัสเอดส์ออกจากเซลล์ และกระบวนการทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีต่อเซลล์ที่มีการติดเชื้อ เนื่องจากเซลล์ที่ไวรัสเอดส์อาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อถูกทำลายจนกระทั่งภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงถึงระดับหนึ่งบุคคลนั้นจะติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) อาจเป็นเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว พยาธิที่รุนแรงตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เชื้อราในช่องปาก วัณโรค อูจจาระเรื้อรัง มะเร็งบางชนิดของหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) ในรายที่เกิดพยาธิสภาพที่เซลล์ระบบประสาทผู้ได้รับเชื้อจะมีอาการทางจิตประสาท ได้แก่ ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ แขนขา อัมพาต ชักและอาการทางสมอง ซึ่งการติดเชื้อและกลุ่มอาการต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นการแสดงถึงอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น (สุรพล สุวรรณกุลและมัทนา หาญวนิชย์, 2535:10-15)

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะมีระยะการดำเนินการของโรคแบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (CDC) ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536:61) โดยใช้ลักษณะทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาว CD₄ แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มเอ คือผู้ติดเชื้อที่มีภาวะหรือแสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. มีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่แสดงอาการ
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 จะมีระยะฟักตัวประมาณ 3-6 สัปดาห์ หลังถูกเข็มตำหรือมีเพศสัมพันธ์ แล้วมีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น

กลุ่มบี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี และมีภาวะหรือโรคอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือต้องการการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าว เช่น

2.1 เนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยหลอดโลหิต หรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (Bacillary angiomatosis)

2.2 ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

2.3 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา

2.4 มะเร็งปากมดลูกระยะ insitu หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical dysplasia)

2.5 ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรือมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

2.6 ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia) เป็นต้น

ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มเอ หรือกลุ่มบีก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่มบี

กลุ่มซี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซีแล้วจะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป เช่น

1. โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลมหรือที่เนื้อปอดหรือที่หลอดอาหาร
2. ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneocystis carinii
3. ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
4. โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบหรือหลอดลมอักเสบ

5. ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ

6. วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด

7. มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma)

8. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

8.1 Burkitt's

8.2 Immunoblastic

8.3 หรือเกิดเป็นปฐมภูมิที่สมอง

9. ตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิด CD₄ ต่ำกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง เป็นต้น

อาการเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มีความซับซ้อนมาก และอาจกระทบกับทุกระบบของร่างกาย วิชาญ วิชาชัย และประคอง วิชาชัย (2540) ได้จำแนกลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยตามระบบต่าง ๆ ที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ไว้ดังนี้

1. โรคและความผิดปกติทางผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง อาการที่ปรากฏทางผิวหนังเป็นสิ่ง ที่มองเห็นด้วยตาเปล่าได้ง่าย เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากอย่างหนึ่ง เพราะมักเชื่อกันว่าเป็นสัญญาณ ที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเอดส์ ความผิดปกติทางผิวหนังแบ่งออกได้เป็น 1) กลุ่มเนื้องอกหรือ มะเร็ง ที่เป็นที่รู้จักกันมากก็คือมะเร็งชนิด Kaposi's sarcoma ซึ่งพบมากในอเมริกาเป็นอาการที่บ่ง บอกว่าผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว มะเร็งชนิด Squamous cell อาจพบได้บริเวณปาก และทวารหนัก นอกจากนี้ก็อาจพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้มากพอ สมควรในประเทศไทย 2) กลุ่มที่มีการติดเชื้อ อาจเป็นเชื้อไวรัสโดยเฉพาะเริม งูสวัด หรือหูดชนิด ต่าง ๆ อาจเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้มีการอักเสบหรือเป็นตุ่มหนอง อาจเป็นการติดเชื้อรา หรือเชื้อปรสิตต่าง ๆ และ 3) กลุ่มอื่น ๆ เช่น เรื้อนกวาง ผื่น ตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่าง ๆ เป็นต้น
2. ความผิดปกติทางตา จะมีการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย อาจจะมีเนื้องอกของตา หรือเกิดความผิดปกติอันเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น มีหนังตาบวม มีผื่น มีจุดเลือดออก ตาแห้ง เชื้อบูตาอักเสบ เป็นต้น
3. ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อ Candida ใน ปากซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อยอีกอย่างหนึ่งในระบบ นี้ได้แก่ อังการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้ก็อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ผู้ติด เชื้ออาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บคอบริเวณกลืนอาหาร หรือเจ็บปาก
4. ความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นกลุ่มอาการที่พบได้เสมอ โดยเฉพาะอาการทาง สมอง เช่น อาการหลงลืม ความคิดอ่านเชื่องช้า อาการไม่รู้สีกตัว หรืออาการชัก ซึ่งอาการดังกล่าว อาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสในสมองซึ่งอาจเป็นเชื้อรา เชื้อแบคทีเรียหรือปาราสิต อาจเกิดจากเนื้องอกในสมอง หรือแม้กระทั่งมีสาเหตุมาจากสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการปวด กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ หรืออาการชาตามบริเวณต่าง ๆ
5. ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่พบได้บ่อยมากใน ประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นอาการท้องเดินเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของการตายได้ อาการกลืนแล้วเจ็บ มักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อราในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะในหลอดอาหาร (esophageal candidiasis) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่อีกอย่างหนึ่งของเอดส์ หรือการมีแผลในหลอดอาหารเนื่องมาจากการติด

เชื้อ Cytomegalovirus (CMV) นอกจากนี้ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารยังรวมไปถึงอาการของกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ เช่น อาการปวดท้อง อาการตัวเหลือง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะมีภาวะทุพโภชนาการได้

6. ความผิดปกติในระบบหัวใจที่พบได้ก็มี การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาการหัวใจโต ลักษณะอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป อาการทางหัวใจมักเกิดร่วมกับความผิดปกติในระบบอื่น ๆ ด้วย

7. ความผิดปกติของปอด มักเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค นับเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยมากในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งในประเทศไทยด้วย เป็นอาการเริ่มแรกของเอดส์อย่างหนึ่ง การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปอดบวม หรือการติดเชื้อไวรัสก็อาจเป็นสาเหตุของปอดอักเสบได้ นอกจากนี้ก็อาจมีการติดเชื้อราหรือโปรโตซัวที่สำคัญมากคือ *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) ซึ่งจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ใ้มักไม่มีเสมหะ เหงื่อออก และน้ำหนักลด เนื่องจากรอหรือมะเร็งปอดก็อาจพบได้เช่นกัน

8. ความผิดปกติของไต มักพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ เช่น มีความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์และความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติในการดูดซึมของทางเดินอาหาร ความผิดปกติของต่อมหมวกไต อาจมีภาวะไตวาย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการได้รับยารักษาเอดส์ที่มีพิษต่อไต การขาดเลือด หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บบริเวณเอวหรือมีอาการปัสสาวะผิดปกติ

9. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ มักมีความผิดปกติอันเนื่องมาจากการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา หรือพยาธิต่าง ๆ หรืออาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาเอดส์ อวัยวะที่อาจมีความผิดปกติ ได้แก่ ต่อมธัยรอยด์ ต่อมหมวกไต ต่อมพาราธัยรอยด์ ตับอ่อน ต่อมใต้สมอง และต่อมธัยมัส

10. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการอักเสบและปวดข้อเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ก็อาจมีอาการบวม ข้อติดแข็ง ซึ่งทั้งหมดนี้ก็อาจมีสาเหตุที่สำคัญมาจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเข้าสู่บริเวณข้อ

11. ความผิดปกติในระบบเลือด มักพบเสมอว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการซีดและอ่อนเพลีย อันเนื่องมาจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำด้วย นอกจากนี้จะมีความผิดปกติที่จำนวนแล้วยังพบว่ามีความผิดปกติในรูปร่างและหน้าที่ด้วย จึงอาจพบอาการเลือดออกง่ายหรืออาการจ้ำเลือดตามตัวได้

12. ความผิดปกติทางโภชนาการ ปัญหาที่พบเสมอและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่น ๆ ตามมาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินของโรคเอดส์ คือ ภาวะทุพโภชนาการหรือการขาดอาหาร ผู้ติดเชื้อจะมีอาการผอมซืด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และง่ายต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย สาเหตุสำคัญของการขาดอาหารคือ 1) รับประทานอาหารได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บ หรือมีสภาพจิตใจที่หดหู่ซึมเศร้า ท้อแท้ 2) มีความต้องการปริมาณสารอาหารเพิ่มขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อ มีไข้ หรือมีการแบ่งตัวของเซลล์มากในผู้ที่มีเนื้องอก และ 3) มีความผิดปกติในการดูดซึมและเผาผลาญอาหาร

13. ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการแพ้ง่าย อาจเป็นผื่น ลมพิษ หอบหืด หรือมีอาการอักเสบทางผิวหนังอย่างรุนแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการแพ้ยาที่ใช้ แพ้สารแปลกปลอมต่าง ๆ แม้กระทั่งสารที่ไม่เคยแพ้มาก่อนก็อาจมีอาการแพ้ได้ง่าย

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เกิดได้ 3 วิธีใหญ่ (กรองกาญจน์ สังกัส และคณะ, ในวิจิตรศรีสุพรรณ และคนอื่น ๆ ,บรรณาธิการ, 2537 : 13-15)

1. การมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย หรือชายกับหญิง ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศชายกับทวารหนักของผู้ชายหรือหญิง หรือช่องคลอดของผู้หญิง หรือการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศหญิงหรือชายกับปาก สาเหตุที่เชื้อเอชไอวีแพร่ทางเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากมีเชื้อเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมากในน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกของเพศชาย และในน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของเพศหญิง

2. การได้รับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกับคนที่ติดเชื้อเอชไอวี การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อตำหรือบาด รวมทั้งถึงการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก ซึ่งสามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทารกมีโอกาสได้รับเชื้อจากมารดาประมาณร้อยละ 20-50

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังมีได้ลดลง แต่กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และแพร่กระจายไปในกลุ่มบุคคลรวมทั้งครอบครัวและเกือบทุกชุมชนทั่วประเทศ สิ่งที่น่าทึ่งยิ่งไม่ได้ก็คือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ครอบครัวและชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์อาศัยอยู่ ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย: เมื่อบุคคลใดก็ตามได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย สภาพะสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดการขาดแคลนความสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายที่ปรากฏในภายหลังรับเชื้อจะมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ในระยะที่ยังไม่มีอาการหากบุคคลนั้น ๆ สามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ นอกจากตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี ภายในร่างกาย หากบุคคลนั้น ไม่ได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุลหรือไม่พยายามลดปัจจัยเสริม เช่น ยังไม่ลด เลิก ละ พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกายเริ่มจากบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ ทำให้หน้าตาผิดแปลกจากการบวมโตของลำคอ มีอาการไข้ ไม่สุขสบายเรื้อรัง ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเริ่มไปพบแพทย์ เพื่อขอรับการรักษา เมื่อปรากฏผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงขั้นแสดงอาการแล้วบางรายรับได้ ก็พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำหรือยินดีรับคำปรึกษา แต่ก็มักเป็นช่วงที่สายเกินแก้ไข เพราะแทนที่ผลการรักษาจะดีขึ้น อาการกลับทรุดลงเนื่องจากภาวะการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวี ในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อูจจาระ ร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนื่อยหอบเนื่องจากภาวะการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย หายใจหอบเหนื่อย ยิ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานานวันความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ก็จะยิ่งลดลงไป โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ร่างกายผ่ายผอม ผิดรูปผิดร่าง ปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อเมือกเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่อเมือกของอวัยวะระบบทางเดินอาหาร จากการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย โดยที่ยังไม่สามารถใช้ยาใด ๆ รักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด บางรายที่มีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปเพิ่มจำนวนในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex หรือ ADC) มีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางรายมีแขนขาชา อัมพาตครึ่งซีก ชัก กระตุก มีอาการทางสมองอื่น ๆ

จากสภาวะความเจ็บป่วยหรือขาดความสมดุลของร่างกายดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ในรายที่มีอาการหนักก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิด ญาติพี่น้อง รวมทั้งแพทย์พยาบาล ผู้ให้การดูแลรักษา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้แต่กลับเป็นภาระที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นใครก็ตาม บุคคลนั้น ๆ จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้

ทั้งยังมีอายุไม่ยืนยาว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเร็วของผิวหนังแล้ว เวลาการมีชีวิตรอดเฉลี่ยเพียง 17 เดือน แต่ถ้ามีการติดเชื้อที่ปอด โดยเฉพาะเชื้อ *Pneumocystis carinii* พบว่าอายุเฉลี่ยของการอยู่รอดมีเพียงประมาณ 9 เดือน หากติดเชื้อ และมีอาการมะเร็งร่วมด้วย การอยู่รอดยิ่งสั้นลงประมาณ 6 เดือนเท่านั้น (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537 : 214-245)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ: นอกจากผลกระทบที่เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่กล่าวข้างต้นแล้วสภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคลนั้นก็จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผลกระทบนั้นได้แก่

2.1 ความหวั่นไหว: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวจะเป็นกลุ่มที่หวาดหวั่น ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต ผู้ป่วยจะขาดความมั่นคงเกี่ยวกับชีวิตที่ต้องซ่อนเร้นตนเอง ไม่แน่ใจว่าครอบครัว เพื่อนฝูง นายจ้างจะยังยอมรับคนหรือไม่ หรือมีความคิดเห็นอย่างไร ตนกำลังจะตายใช่หรือไม่ หรือจะมีชีวิตต่อไปอีกนานเท่าใด สภาพชีวิตในอนาคตจะเป็นอย่างไร และจะหวังอะไรได้บ้างในด้านสุขภาพของตนเอง

2.2 กลัวตาย: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะกลัวตายเช่นเดียวกับผู้ที่เจ็บป่วยในขั้นรุนแรงอื่น ๆ โดยเฉพาะกลัวการตายอย่างโดดเดี่ยวหรือตายอย่างทรมาน แต่ก็จะมีบางรายที่ปฏิเสธไม่สนใจไม่รับรู้เกี่ยวกับความตาย ลักษณะเช่นนี้จะนำไปสู่ปัญหาที่เลวร้ายมากขึ้น และสถานการณ์จะเลวลงหากผู้ป่วยถูกทอดทิ้งหรือขาดคนดูแลเอาใจใส่

2.3 การสูญเสีย: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียหลายสิ่งหลายอย่างจากการเจ็บป่วย เช่น สูญเสียความแข็งแรง ความสวยงาม โอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิตบทบาทในสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจตลอดจนความสามารถที่จะยืนอยู่บนขาของตัวเอง ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าใดความรู้สึกในการสูญเสียก็จะยิ่งมากขึ้นและจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าในทางสังคม

2.4 ความเศร้าโศก: บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ตนต้องสูญเสียความสามารถที่เคยมี หรือสูญเสียในสิ่งที่ตนคาดหวังเอาไว้ รู้สึกขุ่นเคืองที่ตนไม่ประสบความสำเร็จเช่นคนอื่น ๆ นอกจากนี้ก็จะรู้สึกว่าผู้ที่ดูแลตนเองหรือใกล้ชิดคนนั้นก็จะมี ความเศร้าโศกเช่นกัน

2.5 ความรู้สึกผิด: ขณะที่ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและรู้ว่าความตายใกล้เข้ามา ความรู้สึกผิดก็จะยิ่งมากขึ้นทั้งเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ความรู้สึกดังกล่าวเป็นผลจากพฤติกรรมในอดีตที่ทำให้ติดโรคหรือพฤติกรรมที่นำโรคไปสู่ผู้อื่น หรือผลจากพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวและผู้เป็นที่รักต้องเดือดร้อน

2.6 **เสียความภูมิใจ:** เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองจะถูกทำลายไปด้วย ปฏิกริยาจากบุคคลที่คุ้นเคยและคนทั่วไปรวมทั้งสังคมที่มีต่อสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงของตนเองก็ยิ่งจะซ้ำเติมความรู้สึกดังกล่าวให้เพิ่มพูนมากขึ้น

2.7 **ความวิตกกังวล:** เป็นลักษณะเด่นที่จะพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อ อาจเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ เป็นช่วง ๆ หรืออาจเกิดต่อเนื่องเป็นระยะยาวก็ได้ เป็นปฏิกริยาที่สืบเนื่องมาจากความกลัวว่าจะถูกตัดขาดจากสังคม จากครอบครัว หรือจากคนที่เคยเป็นที่รักใคร่ นอกจากนั้นยังกังวลเพราะการแสวงหาวิธีการรักษา หรือแม้แต่กังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง

2.8 **ความกลัดกลุ้ม:** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายจะมีความกลัดกลุ้มมากผิดปกติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ชีวิตของตนเองที่ต้องแยกจากสังคม

2.9 **ความโกรธ:** พบได้บ่อยในรายที่มีความขุ่นเคืองว่า ตนเองตกอยู่ในสภาพที่โชคร้ายที่ต้องมาติดโรคนี โกรธตนเอง หรือโกรธผู้อื่นที่ทำให้ตนเองต้องติดโรค ความโกรธจะเป็นเครื่องกีดขวางการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวหรือกับผู้ป่วยอื่นแปรปรวนในทางที่ไม่ดี

2.10 **แนวโน้มในการฆ่าตัวตาย:** แม้ว่าการฆ่าตัวตายจะไม่ใช่อะไรที่เกิดขึ้นบ่อยนักในคนที่ต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่มีทางรักษาได้ หรือเป็นโรคที่รื้อวันตาย เช่น การติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็พบได้ในรายที่ต้องการหนีจากความเจ็บป่วยไม่สบายหรือเพื่อเป็นการขจัดความอับอาย ความเศร้าเสียใจของผู้เป็นที่รักหรือเป็นไปในลักษณะของการลงโทษตัวเอง การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่แสดงถึงจุดจบในชีวิตอาจกระทำเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำทั้งนี้เพื่อให้ใคร ๆ ต้องมารับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป (กนกเรขา แก้วสว่าง, 2540: 19-31)

3. ผลกระทบด้านสังคม:

3.1 **การขาดรายได้:** การมีสุขภาพไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อย ๆ ข้อมเป็นสาเหตุของการขาดงาน การว่างงานการถูกออกจางาน ผลที่ตามมาคือ การขาดรายได้ ซึ่งหมายถึงการที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้อีกต่อไป รวมไปถึงถึงสมรรถภาพในการหาเลี้ยงผู้ที่อยู่ในความดูแลของตน นอกจากนี้ยังจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาเป็นจำนวนมากอีกด้วย

3.2 **ข้อจำกัดทางสังคม:** การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว มิตรสหายรวมทั้งชุมชนและสังคม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ภายในบ้าน ขาดหลักประกันต่าง ๆ วิธีการดูแลตนเองจนกิจกรรมในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา

3.3 **การช่วยเหลือทางสังคม:** ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะต้องการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันก็จะพบว่าเป็นการยากลำบากที่จะได้มา ดัง

นั่นจึงมักพบปัญหาว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัวออกไปและเลิกส่งความช่วยเหลือที่รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการที่ผู้ป่วยควรจะได้รับความสะดวกจากสังคม

3.4 ความสัมพันธ์ทางเพศ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์เพราะยังมีความต้องการทางเพศอยู่ บุคคลเหล่านี้นอกจากจะกลัวว่าตนเองจะเป็นผู้นำโรคไปแพร่ให้กับผู้อื่นที่ตนมีเพศสัมพันธ์ด้วยแล้วยังกลัวการถูกปฏิเสธความสัมพันธ์ รวมทั้งการแสดงความสนิทสนมตามมารยาททางสังคมอีกด้วย

3.5 สัมพันธภาพทั่วไป: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไปมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่ เกิดความยุ่งยากใจในการที่จะพูดคุยกับผู้อื่นถึงสภาพของตนเองจึงมักแยกตนเอง ในทางตรงกันข้ามครอบครัว มิตรสหาย บุคคลที่เขารักใคร่ก็จะมี ความยุ่งยากลำบากใจที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านจิตใจและด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังคงต้องคอยชักจูงมิให้ผู้ติดเชื้อแยกตัวออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระ โดยเฉพาะกับผู้ที่เป็นบิดามารดาซึ่งจะรู้สึกว่าเป็นภาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเกิดกับมารดาที่มีบุตร ผู้เป็นมารดา ก็จะมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในอนาคตอีกด้วย

3.6 トラบาปทางสังคม: เกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่กับสภาพของแต่ละสังคมซึ่งมีประเพณี ค่านิยมที่แตกต่างกันออกไป โรคเอดส์อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดข้อจำกัดทางสังคมมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ถูกรังเกียจ บางสังคมอาจมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในแง่ของศีลธรรมจริยธรรมมากกว่าที่จะมองในแง่ปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ก็อาจถูกมองอย่างลงโทษหรือซ้ำเติมว่าเป็นคนไม่ดีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศเสื่อมทรามมักมากในกามารมณ์หรือกามวิปริตจึงทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นตราบาปทางสังคมที่ยากจะลบเลือน

3.7 ความเชื่อทางศาสนา: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รู้ตัวว่าตนเองจะไม่สามารถรอดพ้นความตายและใกล้ตายมักจะมี ความหว้าหว่ว ไม่มั่นใจ และจะเกิดความสนใจแสวงหาที่พึ่งทางใจจากศาสนามากกว่าเดิมโดยเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้อจิตใจสงบได้ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540: 21-22)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรม ตามความหมายพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล่ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525: 583-584)

ทเวดคอลล (Twaddle, 1981: 11) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527: 98) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสม สั่งการ มีทั้งที่รูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้ โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน นั่ง เดิน การขับรถ ฯลฯ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ แฮริสและกลูเต็น (Harris & Gluten, 1979 cited by Pender, 1987: 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532: 45)

คาส์และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1966: 248 cited by Gochman, 1988: 4) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และการประกอบอาชีพรวมไปถึงการรับมือคุ้มกันโรค

พาลัง (Palang, 1991: 818) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

กอกแมน (Gochman, 1982 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532: 44-45) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมเป็นบุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้จ่าย เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการ

ประเมินแบบอื่น ๆ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murry & Zentner, 1993: 659) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมซึ่งยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความพึงพอใจเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

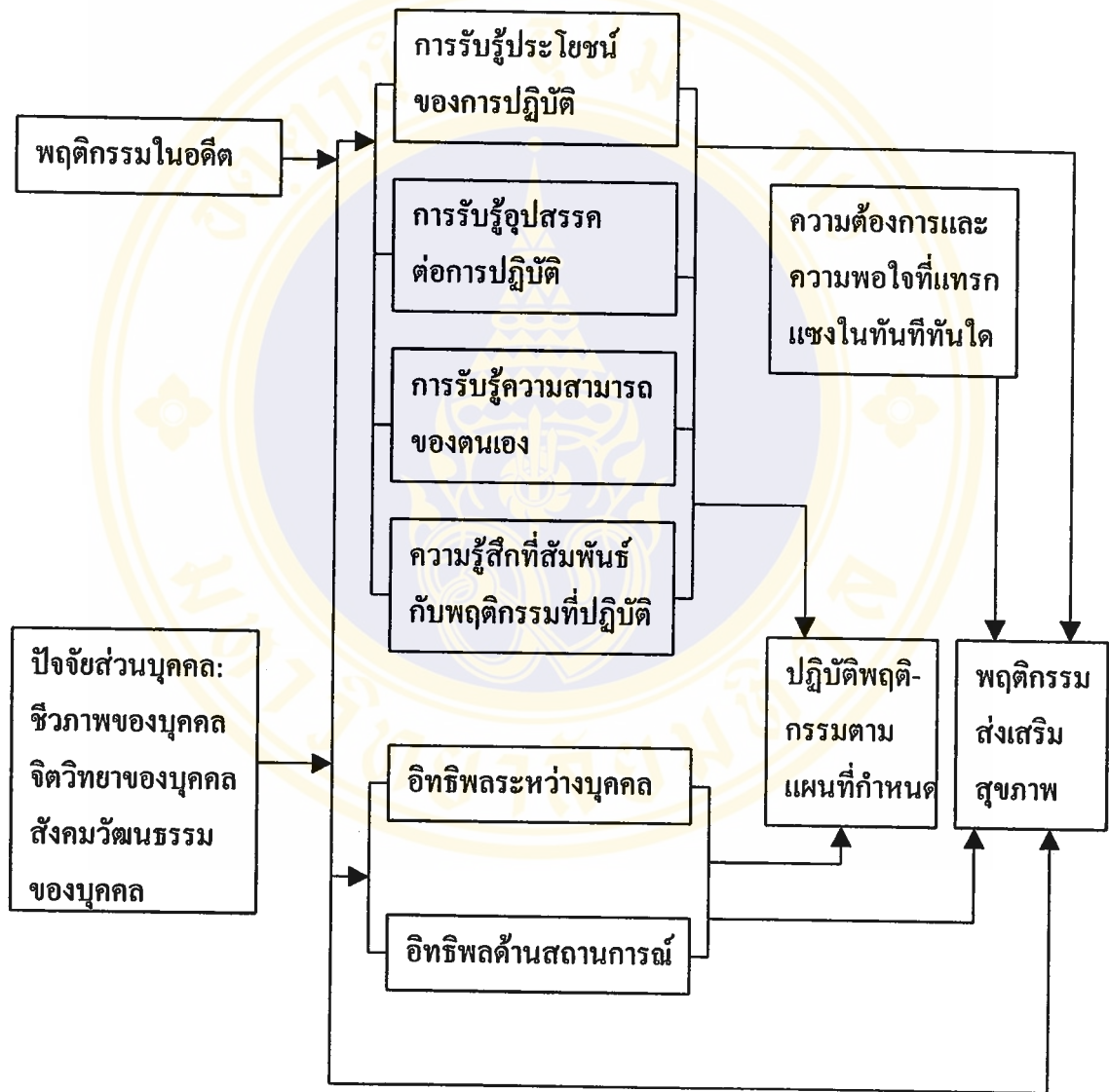
เพนเดอร์ (Pender, 1996: 36) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคล ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and habit) ซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความพึงพอใจ (Well-being) และความสำเร็จในอุดมการณ์สูงสุดในชีวิต (Self-actualization)

ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมหรือลักษณะนิสัย ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่ก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกาย จิตใจ เป็นพฤติกรรม หรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพเพื่อให้อาการของโรคทุเลาขึ้นหรือลดความรุนแรงของโรคและสามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างเป็นสุข จะเห็นได้ว่าแนวคิดหรือรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีผู้กล่าวถึงมากมายหลายท่าน แต่รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้กันมากคือ รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่เสนอโดยเพนเดอร์ (Pender health promotion model) เพนเดอร์ได้มีการเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 และมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเรื่อยมา จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1987 ได้มีการนำเสนอรูปแบบพฤติกรรมซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ต่อจากนั้นได้มีนักวิจัยหลายท่านรวมทั้งเพนเดอร์ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว พบว่ามีบางมโนทัศน์ย่อยเมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติแล้วไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ จึงได้ตัดออกหรือให้ค่านิยมมโนทัศน์ย่อยเหล่านั้นใหม่ ซึ่งได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 1996 (Pender, 1996: 63-67) ดังที่ได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์
(Individual characteristics
experiences)

ความรู้-ความเข้าใจและความ
รู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง
(Behavior-specific
cognitions and affect)

พฤติกรรมที่แสดงออก
(Behavioral outcome)



แผนภูมิที่ 2 : รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในปี 1996
(Revised health promotion model ที่มา Pender, 1996: 67)

โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่นี้ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรง โดยการแสวงหาความรู้หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่มีความรู้ สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและต้องพยายามให้พฤติกรรมเหล่านั้นคงอยู่ตลอดไป
2. กิจกรรมด้านร่างกาย เพนเดอร์ (Pender, 1996) จะกล่าวเน้นในเรื่องการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่
3. ด้านโภชนาการ บุคคลจำเป็นต้องบริโภคอาหารให้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นหนทางที่ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และได้รับข่าวสารความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพูดคุยเพื่อก่อให้เกิดความสบายใจ
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติสุข ช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าในสังคม
6. การขจัดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทำให้บุคคลไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิต บุคคลจึงจะต้องพยายามผ่อนคลายความตึงเครียดและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีสติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสุขสบายและสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristic and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในครั้งต่อไป ความสำคัญของผลกระทบจากลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่แตกต่างกันนี้ จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา การเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในอดีตหรือลักษณะส่วนบุคคลเพื่อประเมินหรือวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่พฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดหรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงแต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด

ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ

- 1.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีตมีตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่

นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกิดจากการสร้างนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากยิ่งขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมดั้งเดิมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรม ถูกสร้างขึ้นโดยการนำเอาพฤติกรรมเป้าหมายทั่ว ๆ ไปมาพิจารณา ปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ เครื่องจักรวัดขนาดของร่างกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรงความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย การศึกษา และสภาวะเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมได้เท่า ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดความรู้สึกและการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น จึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ Behavioral-specific cognitions and affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่นี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือจากผลของการ

กระทำที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้จากการปฏิบัติจะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อุปสรรคเปรียบเหมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคลปฏิบัติกิจกรรมหรือจูงใจให้คุณคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ความสามารถของตนเองตามความหมายของแบนดูรา (Bandura, 1986 cited by Pender, 1996-69) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของคุณคลในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งไม่ใช่ทักษะใดทักษะหนึ่งของคุณคลนั้น แต่เป็นการตัดสินใจความสามารถของคุณคลนั้นด้วยทักษะทั้งหมดที่คุณคลนั้นมีอยู่ การตัดสินใจความสามารถของคุณคลแสดงให้เห็นจากความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation)

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-related affect) ความรู้สึกของคุณคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีกิจกรรม ระหว่างที่ปฏิบัติกิจกรรม และเกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้ว เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกเหล่านี้อาจเป็นในระดับน้อย ๆ ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้คุณคลเกิดการเรียนรู้เก็บไว้ในความทรงจำและนำมาสร้างเป็นพฤติกรรมในครั้งต่อ ๆ ไป

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เช่น บิดา มารดา หรือพี่น้อง กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (ความคาดหวังของคุณคลอื่น) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอุปกรณ์และการให้กำลังใจ) และการเป็นแบบอย่าง (เป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกของคุณคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาด้านสุขภาพและส่วนที่เกี่ยวข้อง บรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งบุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น การเป็นแบบอย่างที่ทำให้คิดต่อกันมา ประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อม โดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการที่จะปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลจากสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมได้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของความถี่และความสวยงามของสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้น แคลปและแคลป (Kaplan & Kaplan cited in Pender, 1996:71) กับผลงานที่เกี่ยวกับการตื่นตัวความเป็นธรรมชาติให้กับสภาพแวดล้อมนั้น ได้ต้นตอใจเรื่องของสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงว่าจะทำอะไรให้สภาพแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำอย่างมีความสามารถได้ดี ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตรงใจและน่าสนใจเป็นสิ่งที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะผลักดันให้บุคคลเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรมและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม นอกจากนี้มีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือพอใจในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่แอสเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein cited by Pender, 1996: 72) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป การวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามา ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลร้าย

ต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่แทรกเข้ามาถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมสุขภาพได้เมื่อพอใจพฤติกรรมที่เข้ามาแทรกขอบเขตของบุคคลที่จะสามารถเอาชนะความพอใจที่แทรกเข้ามานั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulation)

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ให้ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกมุมมองของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style) หรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความผาสุกของบุคคล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะของโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ตลอดชีวิตก็ทั้งยังไม่มีการรักษาที่ทำให้หายขาดจากโรคได้ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้อีกเป็นเวลานาน และคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ถ้ามีการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง โดยมีหน้าที่ในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (Pender, 1996 : 34)

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น อาการไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย อูจจาระร่วง ไอ มีฝ้าขาวที่ลิ้น เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง มีอาการคันหรือปวด หรือน้ำหนักลด เป็นต้น การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การไปตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค เช่น ไม่ใช้แปรงสีฟัน มีดโกน ของมีคมร่วมกับบุคคลอื่น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่บริจาคเลือด อสุจิ อวัยวะและเนื้อเยื่อ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงจากบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ ไม่

ควรซื้อยารับประทานเอง การอยู่ในบริเวณที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง มีการถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ในที่แออัดอับชื้น งดการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมสุขภาพโดยการรักษาความสะอาดภายในช่องปากด้วยการแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร รักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งมีความสนใจศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง โดยการติดตามข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เมื่อมีความผิดปกติหรือมีปัญหาด้านสุขภาพก็รีบปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพโดยเร็ว

2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย ผู้ติดเชื่อเอชไอวีควรมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย รวมทั้งผลทางด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith, 1985 : 244-245) เพื่อให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์อย่างเต็มที่และปราศจากอันตราย ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจึงควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหว ข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (Range of Motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติด (Phipps, et al., 1991 : 2233) การเดินแอโรบิกจะช่วยให้การแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอดดีขึ้น และอาจเพิ่มการต้านทานต่อโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ และการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ก่อนออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดผลกระทบจากการเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อ ในระหว่างการเจ็บป่วยและช่วยชดเชยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นภายหลัง (Long, 1993 : 55) สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ต้องเป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้การหายใจและการไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งความเหมาะสมของการออกกำลังกายอาศัยการนับชีพจรขณะออกกำลังกายหรือทันทีที่หยุดการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้วยังช่วยทำให้จิตใจแจ่มใส มีอารมณ์เยือกเย็นไม่หุนหันพลันแล่น ช่วยคลายความเครียด ทำให้ความคิดอ่านปลอดโปร่ง (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2534 : 6-8) และช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น (Flaskerud, 1995 : 37)

3. โภชนาการ (Nutrition)

เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ผลการติดเชื่อเอชไอวี การติดเชื่อฉวย

โอกาส การเป็นมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี รวมทั้งปัญหาทางจิตใจและสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ประมาณร้อยละ 50-90 โดยพบว่าอาการสำคัญต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและที่สำคัญที่สุด คือ อูจาระร่วงเรื้อรัง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาการอื่นที่พบได้ เช่น อาการเจ็บที่ปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องผูก ฯลฯ อาการเหล่านี้จะปรากฏในระยะใดของโรคก็ได้ และจะพบบ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น (สถาพร มานัสสถิตย์ และสุรพล สุวรรณกุล, 2536 : 257) การมีไข้หรือการติดเชื้อทำให้สูญเสียสารอาหารในร่างกายไปมากและร่างกายก็ต้องการโปรตีนกับแคลอรีมากขึ้น แต่อาการท้องเดิน ไม่อยากอาหาร มักจะเป็นอุปสรรคต่อความต้องการของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ความอยากอาหารลดลงซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะโภชนาการไม่ดี ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารครบทุกหมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค เช่น นมสดที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารทะเลที่ไม่สุก ไข่และเนื้อที่สุก ๆ ดิบ ๆ เพราะเนื้อสดมีเชื้อที่ก่อโรคลาสมาทอนดิโอ (*Toxoplasma gondii*) ซึ่งจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้ (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2537 : 183) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง ข่อยยาก หรือเคี้ยวลำบาก อาหารที่มีรสจัดเพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมาก หลีกเลี่ยงการดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์จะกีดการทำงานของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรประเมินภาวะโภชนาการของตนว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่โดยการชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์ (มณี เผือกวิไล และคนอื่น ๆ, 2537 : 249)

4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มักแยกตัวจากสังคมเพราะโรคติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกว่าแตกต่างหรือด้อยกว่าบุคคลอื่น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งในที่สุดจะทำให้ผู้ติดเชื้อขาดการติดต่อกับสังคมเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตนเองลดลงหรือเสื่อมลงและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะเช่นนี้เป็นผลลบต่อภาวะสุขภาพ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุข (Bare & Myers, 1990: 409) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้ซึ่งกันและกัน ได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้

ให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง และการยอมรับในสังคมทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ซึ่งประเมินจากการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความรัก ความหวัง การให้อภัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวและในหน้าที่การงาน รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ติดเชื้อต้องเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อ และการที่ต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องนั้นทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ติดเชื้อจะเกิดความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงในชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพาค่าของคนเหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียความมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อต้องพยายามสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้มากที่สุด โดยการปรับตัวใหม่ให้เข้ากับงานอาชีพที่อาจเปลี่ยนไป ปรับสัมพันธ์ภาพและบทบาทในสังคมและครอบครัวใหม่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด และควรมีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องต่าง ๆ ไม่คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ ก่อให้เกิดความหวังว่าชีวิตตนเองมีคุณค่าต่อบุคคลในครอบครัวและสังคม มีญาติมิตรคอยดูแลห่วงใย นับถือและศรัทธาและเกิดความคาดหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุขตามสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมักมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บางรายถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก ซึ่งความเครียดมีผลกดภูมิคุ้มกันทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอ่อนแอขึ้น ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องหาวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้ดี

นี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 109) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและเผชิญความเครียด ดังนี้

- 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมให้สถานการณ์ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยที่มุ่งแก้ปัญหา
- 2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการจัดการกับความเครียดสามารถกระทำได้ 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 113)

- 1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ งดสูบบุหรี่และการดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน
- 2) ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การขยับความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังเกินไป
- 3) เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่งสำหรับการคลายเครียด

การที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะเลือกวิธีการในการปฏิบัติที่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและความเคยชินและความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล เมื่อปฏิบัติจะสามารถลดความเครียดหรือบรรเทาลงได้ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวี

1. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 67-71) กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความคิดหรือความรู้สึก

ของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดหรือความรู้สึกเหล่านี้ อาจจะตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น แหล่งที่ได้มาซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่น้อง) กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แบ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็น

1.1 บรรทัดฐานของสังคม (ความคาดหวังของบุคคล) เป็นตัวกำหนด มาตรฐานการกระทำของบุคคลในสังคม บุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ จำนวน อคติทัศนคติและคนอื่น ๆ (2537: 40-43) ได้กล่าวว่า บรรทัดฐานเป็นวัฒนธรรมที่บุคคลในสังคมสร้างขึ้นเป็นสิ่งที่อยู่ในความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่รู้สึกว่ามีพลังอำนาจบางอย่างคอยควบคุมบังคับให้ทำในสิ่งที่ถูกที่ควร นอกจากบรรทัดฐานเป็นวิธีการควบคุมพฤติกรรมที่อยู่ร่วมกันแล้วยังเป็นแบบแผนการกระทำที่ช่วยให้บุคคลไม่ต้องเสียเวลาว่าจะปฏิบัติตัวอย่างใดในสถานการณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้บรรทัดฐานยังหมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติสืบเนื่องกันมานานจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล บรรทัดฐานทางสังคมพัฒนามาจากค่านิยม ความเชื่อต่าง ๆ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม

1.2 การสนับสนุนทางสังคม เป็นอุปสรรคและกำลังใจต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจาก ครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนเป็นจุดแรกทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ที่เจ็บป่วยจะช่วยกันกำหนดว่าบุคคลนั้นป่วยหรือไม่ หากมีการเจ็บป่วยยังกำหนดอีกว่าควรรักษาอย่างไร ควรไปพบแพทย์ พยาบาล หรือรักษาตนเอง ดังนั้นบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยก็จะรายงานการเจ็บป่วยนั้นให้สมาชิกในครอบครัวก่อน หากไม่แน่ใจก็จะปรึกษาเพื่อนบ้านหรือผู้รู้ ดังนั้นจะเห็นว่าบรรทัดฐานในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528: 578-582)

1.3 การเป็นแบบอย่าง เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมของบุคคลจากบุคคลอื่น โดยการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคลอื่น นำมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง บุคคลสามารถเลือกการเป็นแบบอย่างได้ตามที่ตนเองปรารถนา

2. อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences)

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 67-71) กล่าวว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวก หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือก คุณลักษณะที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อมที่สวายนามเหมาะสม ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

แคปแลนและแคปแลน (Kaplan & Kaplan) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำได้อย่างมีความสามารถในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและไปด้วยกันได้มากกว่าความรู้สึกไปด้วยกันไม่ได้ หรือเป็นสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกผูกพันมากกว่ารู้สึกแตกแยก หรือปลอดภัย และมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตรงใจและน่าสนใจเป็นสิ่งที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การคิดป่ายว่า “ห้ามสูบบุหรี่” แสดงให้ทราบว่าสถานที่นั้นต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ (Pender, 1996: 71) บุคคลที่อยู่ในสถานที่ที่มีป้ายนี้ก็มีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น ถ้าสถานการณ์เช่นนี้เป็นที่ยอมรับของบุคคลโดยทั่วไปจะเป็นแรงจูงใจที่ดีให้บุคคลกระทำพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ได้

กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991: 161-165) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยชักนำที่เอื้ออำนวยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น รวมถึงสภาพแวดล้อมหรือความเป็นอยู่ที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรมด้วย ซึ่งเอื้ออำนวยในที่นี้ หมายถึง เป็นไปได้ง่าย สะดวก และสามารถเกิดขึ้นได้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นอาจจะถูกจำกัดจากการขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่าย หรือ ไม่สามารถเกิดได้ การจัดการกับปัจจัยชักนำหรือสภาพแวดล้อมจะเป็นการเสนอทางเลือกที่สามารถเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล การเปลี่ยนแปลงปัจจัยชักนำหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นจะต้องประเมินปัจจัยชักนำหรือสภาพแวดล้อมที่แสดงออกและไม่แสดงออกมาให้เห็นด้วย ผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ จากความสำเร็จในการให้การศึกษากับบุคคลทำให้จำนวนผู้รับบริการมีมากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันไม่มีการเตรียมการที่รองรับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้การบริการที่ได้รับไม่เป็นผลดีในการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับความสะดวกในการตรวจ คำแนะนำที่ได้รับก็ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับตนเอง จึงส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ปัจจัยชักนำหรือสภาพแวดล้อมที่มีผลลบต่อสุขภาพเกิดขึ้นได้ง่าย เช่น การลดราคาสินค้าที่ไม่มีผลดีต่อสุขภาพผู้บริโภค สำหรับการรับรู้และการเรียนรู้ต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องในทุกด้านนั้น ควรจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นได้โดยง่าย



3. ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น วัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่ากับผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะน้อยลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะเพิ่มขึ้น เพราะวัยนี้ความสามารถในการดูแลตนเองจะน้อยลง และสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: ข) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993: 20) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุ 15-24 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลขนิษฐ ติมปสวัตต์ (2531: 78-79) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และสอดคล้องกับการศึกษาของเสมอจันทร์ อะนะเทพ (2534: 34) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ แต่จากการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540: 83) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.2 เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ที่สังคมยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศแตกต่างกันด้วย จากการศึกษาของ บันตัง (Buenting, 1990: 135) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของเพศกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในคนปกติพบว่าเพศที่แตกต่างกันจะบ่งบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993: 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเพศชาย แต่จากการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540: 83) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.3 อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรม การทำงาน และการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบและจำกัดเวลามากนัก ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานที่กำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพรับจ้างทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533: 37)

3.4 รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหารซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 179) จากการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

อนามัยผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (3539:78) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.5 สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองและบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 41) บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและบริการต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 91-120) จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2535: 43) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส และจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ดิวงแพง (2531: 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540: 84) และจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539: 78) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.6 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไม่เข้าใจถึงประโยชน์ความจำเป็นในสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตจึง ละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Pender, 1996: 162-163) จากการศึกษาของจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539: 78) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับ การศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรืออากาศเอกหญิงจิรวรรณ อินคุ้ม (2541: 71) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540: 81) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.7 **ระยะการดำเนินของโรค** การแสดงอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความคิดเห็นว่าภาวะสุขภาพของตนแข็งแรงก็จะมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับการเสาะแสวงหาความรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นความบกพร่องในการดูแลตนเองจะน้อยลง (Denyes, 1988: 16) แต่ในทางตรงข้ามกับอีกบุคคลหนึ่งที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าตนเองอ่อนแอเอง หรือตนเองมีความเจ็บป่วยกำลังคุกคามต่อชีวิตสวัสดิภาพตนเองอย่างหนักทำให้ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เอื้ออำนวยต่อสวัสดิภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Pender, 1987: 64) นอกจากนี้อาการของโรคที่ไม่คงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตได้ เมื่อความรุนแรงของโรคสูงจึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel & Braden, 1988: 99) ซึ่งอาจมีผลต่อแรงจูงใจและทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้ จากการศึกษาของจันทนาพงษ์สมบุรณ์ (2539: 80) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการของโรคมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของโรคมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540: 81) ที่พบว่าการแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการมากมาย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกผู้ป่วยที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและผ่านการให้คำปรึกษาแล้ว จำนวน 120 คน จากสูตร (Biddle&Martin,1987:10)

$$N > 10 (K + 2)$$

เมื่อ K คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 8

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา $N > 10(8+2)$

ดังนั้น N จึงต้องมากกว่า 100 คน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิฐานะเดิม อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ทราบว่ามีการติดเชื้อ การติดต่อ ระยะของการดำเนินโรค ระดับ Total CD4 ผลการตรวจวินิจฉัยโรค และผลการตรวจรังสีทรวงอก ซึ่งได้มาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการวินิจฉัยของแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของเรืออากาศเอกหญิงจิรวรรณ อินคุ่ม (2541) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.87 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังของจิตรา จันทร์นงกิจ (2541) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.80 ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ

- | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|-----------|
| 1. ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ | 7 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 1-7 |
| 2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 8-12 |
| 3. โภชนาการ | 7 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 13-19 |
| 4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 8 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 20-27 |
| 5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 28-32 |
| 6. การจัดการกับความเครียด | 8 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 33-40 |

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นส่วนมากหรือเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้งหรือเป็นบางวัน
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน

การกำหนดการให้คะแนนมีดังนี้ คือ ถ้าตอบ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ได้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ได้ 1 คะแนน

คะแนนของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 40-160 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี

การแปลคะแนน

การแปลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระทำโดยการพิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์พอใช้
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดี
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.00	หมายถึง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดีมาก

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยนำไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านดังนี้

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1	ท่าน
- พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1	ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์	1	ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์	2	ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์	1	ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยูวดี ฤาชาและคณะ, 2534:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{S_i^2} \right)$$

- โดย α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
 n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์
 $\sum Si^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ = 0.8792

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวเองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. พยาบาลประจำห้องตรวจเลือกผู้ป่วยที่รับทราบว่าติดเชื่อเอชไอวีและผ่านการให้คำปรึกษา (Counseling) แล้ว ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสามารถให้ข้อมูลได้ จากนั้นผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้ติดเชื่อ เอชไอวีที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้นไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ติดเชื่อเอชไอวีขณะรอรับการตรวจรักษาหรือหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ตลอดจนแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยให้ทราบ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบแบบสัมภาษณ์หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น
3. เมื่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีให้ความร่วมมือผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ทีละคน โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลของแบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1 การตอบแบบสัมภาษณ์จะใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในขณะที่

ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ถ้าผู้คิดเชื้อเอชไอวีต้องการยุติการตอบผู้วิจัยยินยอมยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้คิดเชื้อเอชไอวี และยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้คิดเชื้อเอชไอวีรายนั้น

4. หลังจากสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีซักถาม พร้อมทั้งให้สุศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนให้เหมาะสม จากนั้นจบการสัมภาษณ์ และแสดงความขอบคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามที่กำหนดไว้ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window (Statistic Package for the Social Science) โดยการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะการดำเนินของโรค โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวีรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Product moment Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตามข้อตกลงเบื้องต้นตัวแปรที่จะนำมาหาความสัมพันธ์จะต้องวัดออกมาเป็นคะแนน จึงกำหนดให้คะแนนตัวแปรในระดับนามบัญญัติดังนี้

1. เพศ

เพศชาย	=	0
เพศหญิง	=	1

2. สถานภาพสมรส

คู่	=	1
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	=	0

3. อาชีพ

อาชีพที่มีการกำหนดเวลา		
ที่แน่นอน	=	1
อาชีพที่ไม่มีการกำหนดเวลา		
ที่แน่นอน	=	0

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน ซึ่งผลการวิจัยมีการนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=120)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	62.5
หญิง	45	37.5
อายุ		
21 – 25 ปี	11	9.2
26 – 30 ปี	37	30.8
31 – 35 ปี	33	27.5
36 – 40 ปี	21	17.5
41 – 45 ปี	7	5.8
46 – 50 ปี	2	1.7
51 – 55 ปี	6	5.0
56 – 60 ปี	1	0.8
61 – 65 ปี	2	1.7
(rang 21 - 65 , \bar{X} = 33.86 , S.D. = 8.3)		
สถานภาพสมรส		
โสด	30	25.0
คู่	52	43.3
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	38	31.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 26 – 30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.8 โดยมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=120)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.3
ประถมศึกษา	54	45.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	31	25.8
อนุปริญญา/ปวส.	24	20.0
ปริญญาตรี/สูงกว่า	7	5.8
อาชีพ		
ว่างงาน	18	15.0
รับจ้าง	45	37.5
รับราชการ	13	10.8
รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
พนักงานบริษัท	14	11.7
ค้าขาย	18	15.0
เกษตรกร	8	6.7
แม่บ้าน	3	2.5

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=120)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	53	44.2
5,001 – 9,999 บาท	25	20.8
เท่ากับ 10,000 บาท หรือมากกว่า	42	35.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอเหลือเก็บ	12	10.0
เพียงพอ	38	31.7
ไม่เพียงพอ	70	58.3
แหล่งรายได้ของครอบครัว		
ตนเอง	76	63.3
สามี/ภรรยา	22	18.3
บุตรหลาน	5	4.2
ญาติพี่น้อง	10	8.3
บิดามารดา	7	5.8

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 58.3 และส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวมาจากกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 63.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่ทราบว่ามี การติดเชื้อ การติดต่

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=120)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่ามีเชื้อ		
เท่ากับ 12 เดือนหรือน้อยกว่า	57	47.5
13 – 24 เดือน	16	13.3
25 – 36 เดือน	13	10.8
37 – 48 เดือน	8	6.7
เท่ากับ 49 เดือนหรือมากกว่า	26	21.7
การติดต่อ		
ทางเพศสัมพันธ์		
ไม่ระบุ	18	15.0
สามี	31	25.8
ภรรยา	1	0.8
หญิงบริการ	19	15.8
เพื่อน	9	7.5
ทางการใช้เข็มฉีดยา	5	4.2
ทางการให้เลือด	1	0.8
ทางการสัก	2	1.7
ไม่ทราบ	34	28.3

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ทราบว่ามีเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 12 เดือนหรือน้อยกว่านี้ เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 47.5 โดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่ามีเชื้อมาจากที่ใดซึ่งคิดเป็นร้อยละ 28.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะของการดำเนินโรค การแสวงหาแหล่งรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=120)	ร้อยละ
ระยะของการดำเนินโรค		
กลุ่มเอ	21	17.5
กลุ่มบี	5	4.2
กลุ่มซี	94	78.3
การแสวงหาแหล่งรักษาโรค		
สถานบริการสาธารณสุข	67	55.8
ซื้อยารับประทานเอง	2	1.7
รักษาแผนโบราณ	2	1.7
หลายอย่างร่วมกัน	49	40.8

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะในการดำเนินโรคอยู่ในกลุ่มซี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 78.3 ในการแสวงหาแหล่งรักษาโรคมีการใช้บริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 55.8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ CD4 ของกลุ่มตัวอย่าง

CD4 (cell/ml)	จำนวน(N=112)	ร้อยละ
0-100	75	66.97
101-200	18	16.07
201-300	11	9.82
301-400	1	0.89
401-500	3	2.68
> 500	4	3.57

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 66.97% มีระดับ CD4 อยู่ในช่วง 0-100 16.07% มีระดับ CD4 อยู่ในช่วง 101-200 cell/ml 9.82% มีระดับ CD4 อยู่ในช่วง 201-300 กลุ่มตัวอย่าง 7.14% มีระดับของ CD4 อยู่ในช่วงมากกว่า 300

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อไวรัส

การติดเชื้อไวรัส	จำนวน(N=120)	ร้อยละ
ไวรัสโรคปอด	15	12.50
ไวรัสโรคต่อมน้ำเหลือง	2	1.67
ไวรัสโรคตับ	1	0.83
ไม่ติดเชื้อไวรัส	68	56.67
ไม่ได้ตรวจ	34	28.33

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนจาก 86 คนมีการตรวจพบเชื้อไวรัส โดยพบที่ปอดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.50 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสคิดเป็นร้อยละ 56.67

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลคะแนน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ	3.432	0.389	ดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย	2.483	1.019	พอใช้
ด้านโภชนาการ	3.256	0.437	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.794	0.613	ดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.191	0.718	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.034	0.645	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.140	0.425	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมส่งเสริมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์พอใช้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลคะแนน
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ			
ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น	3.842	0.635	ดีมาก
ดูแลทำความสะอาดร่างกาย	3.833	0.491	ดีมาก
ดูแลทำความสะอาดที่พักอาศัย	3.767	0.498	ดีมาก
มาตรวกับแพทย์ตามนัด	3.750	0.538	ดีมาก
สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	3.400	0.803	ดี
สนใจหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง	2.825	1.105	ดี
ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อดูแลตนเอง	2.608	1.232	ดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย			
ทำกิจกรรมที่ใช้ร่างกาย	2.183	1.347	พอใช้
ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.600	1.325	ดี
ออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที	2.533	1.322	ดี
หยุดพักเมื่อเกิดอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกาย	2.692	1.340	ดี
การเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกาย	2.408	1.399	พอใช้
นอนหลับพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง	1.850	1.248	พอใช้
ด้านโภชนาการ			
รับประทานอาหารที่สะอาด	3.975	0.157	ดีมาก
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.775	0.572	ดีมาก
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.725	0.621	ดีมาก
รับประทานอาหารที่สุกแล้ว	3.692	0.683	ดีมาก
ไม่สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด	3.542	1.028	ดีมาก
ไม่ดื่มชา กาแฟ	3.267	1.113	ดี
ไม่รับประทานอาหารรสจัด	2.741	1.280	ดี

ตารางที่ 9 (ต่อ)ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
สังสรรค์กับผู้อื่น	3.542	0.925	ดีมาก
พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ขณะขอตรวจ	2.917	1.254	ดี
ปรึกษาความเป็นอยู่ในครอบครัว	2.792	1.256	ดี
ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.733	1.352	ดี
ผู้อื่นให้ความช่วยเหลือ	2.583	1.320	ดี
พูดคุยกับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	2.467	1.365	พอใช้
ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น	2.467	1.195	พอใช้
เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือศาสนา	2.000	1.160	พอใช้
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ			
เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต	3.692	0.719	ดีมาก
ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.533	0.879	ดีมาก
ปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเพื่อชีวิตที่ดีขึ้น	3.292	1.040	ดี
แสวงหาความสุขสงบในชีวิตโดยอาศัยศาสนา	3.117	1.139	ดี
ให้กำลังใจกับตนเอง	2.700	1.711	ดี
การจัดการกับความเครียด			
นั่งสมาธิ เมื่อเกิดความเครียด	3.408	0.930	ดี
หาหนทางแก้ไขปัญหา	3.342	0.939	ดี
บอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	3.267	1.113	ดี
ไม่หมกมุ่นกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	3.067	1.149	ดี
ทำจิตใจให้สบาย ไม่โมโหหงุดหงิดง่าย	2.800	1.113	ดี
หางานอดิเรกทำ เพื่อคลายเครียด	2.700	1.287	ดี
พิจารณาเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยใจเป็นกลาง	2.400	1.299	พอใช้

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี เช่น การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การไม่รับประทานอาหารที่มีรสจัด การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การให้กำลังใจกับตนเอง เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพรายข้อที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก เช่น การไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารที่สุกแล้ว ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น และมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพรายข้อเป็นบางข้อที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ เช่น การอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง การพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การพิจารณาเหตุการณ์ต่างๆด้วยใจเป็นกลาง เป็นต้น



ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Product moment Correlation)

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Product moment Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลอันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การแสดงอาการของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1.00							
2. อายุ	-.029	1.00						
3. สถานภาพสมรส	.528**	.142	1.00					
4. ระดับการศึกษา	-.157	.063	-.173	1.00				
5. รายได้	-.056	.036	-.079	.455**	1.00			
6. อาชีพ	.270**	-.196*	.094	-.017	.129	1.00		
7. ระยะการดำเนินของโรค	-.185*	-.055	-.084	-.132	-.071	-.141	1.00	
8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.111	-.081	.055	.067	.062	.189	.015	1.00

จากตารางที่ 10 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$) และเพศมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับระยะการดำเนินของโรค ($p < .05$) อาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ ($p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับการศึกษา ($p < .01$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน ซึ่งผลการวิจัยผู้วิจัยได้แยกอภิปรายดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.140 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.425 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจ แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพเพื่อให้อาการของการติดเชื้อเอชไอวีทุเลาลงหรือชะลอความรุนแรงของโรค และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการใดๆและมีสุขภาพดีโดยที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายและผู้ติดเชื้อที่มีอาการ หรือเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี ถ้าสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอและไม่รับเชื้อเพิ่ม แต่เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ติดเชื้อตลอดชีวิต และใช้ระยะเวลาานกว่าจะแสดงอาการของโรคให้ปรากฏ และเมื่อมีอาการของโรคเอดส์แล้วอาการของโรคจะมีความรุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ต้องทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากและมีอัตราการตายที่สูง อีกทั้งในปัจจุบันนี้ยังไม่มียาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือป้องกันโรคนี้ได้ผู้ใดที่ป่วยเป็นเอดส์จึงต้องตายทุกราย เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนไม่ว่าจะเป็นระยะใดก็ตามต่างก็มีความกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก นอกจากผลการเจ็บป่วยทางกายจากการเป็น โรคที่ไม่มียารักษาให้หายได้และเป็น โรคที่สังคมรังเกียจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมาตรวจตามแพทย์นัดและรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การที่ได้มาตรวจรักษาจากแพทย์เป็นประจำจะทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับโรค จึงทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเองได้ดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านกิจกรรมทางกายตามลำดับ (ตารางที่ 8) ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.432 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.389 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกระทำหรือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยตระหนักและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของพฤติกรรมพบว่า เรื่องการไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยที่ดีที่สุด รองลงมาได้แก่การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลทำความสะอาดที่พัก การมาตรวจตามแพทย์นัด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสนใจหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง และการปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อดูแลตนเองตามลำดับ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.8 ซึ่งช่วงอายุนี้ถือว่าเป็นช่วงที่มีวุฒิภาวะและพัฒนาการด้านการดูแลตนเอง มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al, 1993 : 20) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 15-24 และ 50 ปีขึ้นไป ประกอบกับการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้และมีอัตราการตายที่สูงทำให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามที่จะแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติเพื่อให้ชีวิตปลอดภัยและไม่ทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อเอชไอวี

ด้านกิจกรรมทางกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายตามลำดับอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.483 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.019 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการออกกำลังกายที่เป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของพฤติกรรมพบว่า การหยุดพักเมื่อเกิดอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3

ครึ่ง/สัปดาห์ การออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที การเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกาย การทำกิจกรรมที่ใช้ร่างกาย และการนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง ตามลำดับ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดำเนินของโรคอยู่ในระยะซี ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรคมักมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ต่ำทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายและวิธีการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ส่วนในเรื่องของการนอนหลับพักผ่อนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการพักผ่อนน้อยอาจเนื่องมาจากความเครียดที่เกิดขึ้น บางรายมีการหายใจเหนื่อยหอบเนื่องจากมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ จึงมีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอนหลับได้น้อยลง

ด้านโภชนาการ จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.437 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องและมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ในเกณฑ์ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของการพฤติกรรมพบว่า การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดมีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุด รองลงมาได้แก่การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานอาหารที่สุกแล้ว การไม่สูบบุหรี่หรือใช้ยาเสพติด การไม่ดื่มชา/กาแฟ และการไม่รับประทานอาหารที่มีรสจัดตามลำดับ และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง งดเว้นการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งความรู้เหล่านี้กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา สื่อ/สิ่งพิมพ์ต่างๆเกี่ยวกับข่าวสารด้านสุขภาพ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.794 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.613 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการพบปะพูดคุยเป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลืองานต่างๆให้สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง หรือได้รับสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ หรือสิ่งต่างๆเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก คือ ข้อการสังสรรค์กับผู้อื่น และมีเป็นบางข้อที่คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ การพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นๆ ระยะเวลาตรวจ การปรึกษาความเป็นอยู่ในครอบครัว การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการที่ผู้อื่นให้ความช่วยเหลือ พฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีบางข้อที่คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้คือ การพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือศาสนา ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจทำให้ไม่ต้องการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเพราะกลัวว่าจะถูกรังเกียจ เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือจึงแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือปรึกษาเฉพาะผู้ที่ตนไว้วางใจเท่านั้น ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นปฏิบัติน้อยเนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความรู้ไม่สามารณแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่ใครได้ ในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือศาสนาอยู่ในระดับที่ไม่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับโรคเอดส์และภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป ทำให้ไม่ต้องการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเพราะกลัวว่าคนอื่นจะทราบว่าตนเป็นโรคอะไร ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่หารายได้ให้กับครอบครัวและมีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือศาสนา

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.191 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.718 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างผ่านการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษามาแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การคิดเชื่อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต บทบาทต่างๆในครอบครัวและในหน้าที่การงาน มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิต เตรียมพร้อมยอมรับกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงมีการปล่อยวางและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ดี

ด้านการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.034 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.645 ซึ่งหมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมต่างๆที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายความตึงเครียด มีการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงมีเทคนิคและวิธีการเผชิญปัญหาด้วยปัญญาสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ หรือมีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงมีญาติหรือเพื่อนเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาและระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวล กับบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำต่างๆ จากแพทย์และพยาบาลที่ เป็นผู้ให้คำปรึกษาได้อีก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเผชิญกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้บุคคลรอบข้างจะส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้โดยการช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสมให้ ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากการอภิปรายผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากการตั้งสมมติฐาน เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะการดำเนินโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดำเนินโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอธิบายแยกได้ดังนี้

ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .111, p > .05$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็ตามไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือเมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะเพศหญิงหรือเพศชายต่างก็ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจที่เหมือนกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิงต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาของเดียนทิพย์ สิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 89) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด ทิตย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 95) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกเกษา แก้วสว่าง (2540 : 83) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการศึกษาของ นลินี มกรเส้น (2538 : 138) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอำนาจชัย พึ่งรักษ์สินธุ์ (2531 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าเพศทำให้ครุมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 174) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) ที่พบว่า เพศ

หญิงมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ดีกว่าเพศชาย นอกจากนั้นยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไวท์เซล (Weitzel, et al. 1989 cited in Lusk kerr and Ronis 1995 : 23) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันสูงกว่าเพศชาย

ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .081, p > .05$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามไม่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 92) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยกับการป้องกันโรคเอดส์ และจากการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมทันใจ (2540 : 133) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิราพร กลมกล่อม (2538 : 104) ที่พบว่า คนงานที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2525 : 98) และขวัญใจ สันติวัฒน์เสถียร (2534 : 130) และกนกเลขา แก้วสว่าง (2540 : 83) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เหมมาตร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 70) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่น ๆ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมน้อยลง

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .189, p > .05$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำอาชีพอะไรก็ตามไม่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540 : 85) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยด้านรายได้ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .062, p > .05$) กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีรายได้สูงหรือต่ำก็ไม่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.2 รายได้ 5,001-9,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.8 และรายได้ 10,000 บาทหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 35.0 จะเป็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำมีจำนวนพอ ๆ กัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะสามารถแสวงหาสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Pender 1982 : 161-162) แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยก็จะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ ให้ได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540 : 85) พบว่า รายได้ของครอบครัวยังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 92) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ เคือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 90) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด ลันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539 : 74) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สิทธิกุล (2540 : 178) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร และ บรรลุ ศิริพานิช (2531 : 70-72) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีมาตรฐานทางเศรษฐกิจปานกลางถึงร่ำรวย นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษา จิรวรรณ อินคัม (2541 : 74) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .055, p > .05$) ซึ่งหมายถึงว่าไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสถานภาพคู่ โสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (คิดเป็นร้อยละ 43.3) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีจำนวนน้อยกว่า (คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 31.9 ตามลำดับ) แต่ก็มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้อาศัยอยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท จึงทำให้ได้รับการแนะนำในการแก้ไขปัญหา ได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของ และบริการต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะสถานภาพสมรสใด และเนื่องจากสภาพสังคมไทยความผูกพันระหว่างเครือญาติทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันในช่วงเดือนร้อน หรือเจ็บป่วย นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์มีการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี จึงทำให้มีการเผยแพร่ให้ความรู้ และคำแนะนำตามสื่อต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง รวมทั้งการให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือคลินิกนิรนามต่าง ๆ ซึ่งให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคคลทั่วไปที่มาขอรับบริการ

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .067, p > .05$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีระดับการศึกษาสูงหรือว่าต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงอธิบายได้ว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี มีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มา การศึกษาจึงทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (Pender 1987 : 161-162) แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำก็มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาการดูแลตนเองให้ถูกต้อง

เหมาะสมกับโรคเป็นอย่างดี เนื่องจากข่าวสารทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ ประกอบกับได้รับการให้คำแนะนำ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่คลินิกให้คำปรึกษาเป็นราย ๆ ไป ทำให้ได้รับความเข้าใจอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ในปัจจุบันประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาด และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งจึงมีการเผยแพร่ความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ ออกมาเป็นสื่อในรูปแบบที่แตกต่างกัน และกระจายไปยังกลุ่มคนระดับต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 176) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาศึกษาสังกัด กรุงเทพมหานคร และการศึกษาของอำนวยการ พึงรักษ์สินธุ์ (2531 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าระดับการศึกษาทำให้ครูมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของอิจจรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 อ้างใน จันทนา พงษ์สมบุรณ์ 2539 : 40) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538 : 32) และ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 93) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านระยะการดำเนินของโรค พบว่า ระยะการดำเนินของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .015, p > .05$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการมากหรือน้อย หรืออยู่ในระยะการดำเนินโรคในระยะใดก็ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบผลการติดเชื้อจะผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่ง จะได้รับการช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในเรื่องของความรู้ในการปฏิบัติตัว ตลอดจนการแก้ปัญหา ในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ซึ่งการให้คำแนะนำและคำปรึกษาต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะอยู่ในช่วงใดของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540 : 86) ที่พบว่า การแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541 : 72) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบุรณ์ (2539 ; 74) ที่พบว่า การแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและผ่านการให้คำปรึกษาแล้ว จำนวน 120 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2541 ถึง กุมภาพันธ์ 2542

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผ่านการพิจารณาหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และหาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS/PC) ตามวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 34.2 สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 43.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 มีรายได้เท่ากับหรือน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 44.2 มีแหล่งรายได้จากตนเอง ร้อยละ 63.3 รายได้ไม่พอเพียง 58.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 มีระยะในการดำเนินโรคอยู่ในกลุ่มซีร้อยละ 46.7
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เพื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดในด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ รองลงมาได้แก่ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้าน

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ตามลำดับ ซึ่งด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายเป็นด้านเดียวที่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่พอใช้ (ตารางที่ 7)

3. เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะการดำเนินของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางเรื่อง คือ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายยังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการจัดให้ความรู้หรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน โดยการออกกำลังกายอาจจัดในลักษณะเป็นกลุ่มและให้ทางครอบครัวหรือนุคคลใกล้ชิดช่วยให้การสนับสนุนกระตุ้นเตือนในเรื่องนี้

2. พยาบาลควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจด้วยท่าทียอมรับ และแสดงความเข้าใจทั้งคำพูดและการแสดงออก ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยความเต็มใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความไว้วางใจ มั่นใจ ยอมรับ และร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

3. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเรื่องการเข้าใจสภาพจิตใจ ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกยอมรับ และให้โอกาสให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมตามปกติ

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาเจาะลึกถึงความต้องการการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละด้าน

4. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ เช่น อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2536). นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4). วารสารโรคเอดส์, 5 (2) : 59-76.
- กรองกาญจน์ สังกาศ. (2537). ความรู้เรื่องโรคเอดส์. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื่อ อุณหเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 1-44). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญตา ศรีสกุลวัฒนา. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา พงษ์สมบุรณ์. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ชูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรม : ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1 : 42-58.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาศ คำแพคดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ. (2537). สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : แพร์พิทยา.
- ทัดดาว ลออโรจน์วงศ์ และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง : ความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และการอยู่ร่วมกันในสังคม. ศูนย์วิจัยการศึกษาทางไกล สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นวลขนิษฐ ลิมปน์วัสส์. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตรีกุลวงษ์. (2528). ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วย. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15. (หน้า 584-587). กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : พีระพัฒนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : จรูญการพิมพ์.
- ปิยรัตน์ นิลอัยกา. (2537). ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุนทเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 210-239). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณี เพ็ญกวีไล, วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์, วาริศา วิเศษสรรพ และนงลักษณ์ กิตติรุ่งเรือง. (2537). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุนทเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 243-338). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. (2540). เวชปฏิบัติในผู้คิดเชื้อเฮคส์. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
เชียงใหม่ : โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2534). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : สยาม.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคภัย
พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยต้อกระจกเชื้อไวรัสต้ออักเสบ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญ.
- ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์. (2534). การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและทางกีฬา. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดี.
- สถาพร มานัสถิตย์ และสุรพล สุวรรณกุล. (2536). โรคในระบบทางเดินอาหารในโรคติดเชื้อเฮอไอ
วี. ใน สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลาธรรม (บรรณาธิการ), โรคติดเชื้อเฮอไอวีและเอดส์
(หน้า 257). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร : วิศุทธิ์นิจจำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร : วีเจ พริ้นติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : วีเจ พริ้นติ้ง.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ / ชายที่ติดเชื้อเฮอไอวี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. (2527). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรสำหรับการวิจัย
ทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- สุภาภรณ์ ค้วงเพชร. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแล
เองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพล สุวรรณกุล และมันทนา หาญวิชช์. (2535). โรคเอดส์ทางคลินิก. ใน มันทนา หาญวิชช์
และอุษา ทิสสากร (บรรณาธิการ), เอดส์และการดูแลรักษา (หน้า 10-15). กรุงเทพมหานคร
: บริษัทไชร์จำกัด.

- สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลาธรรม. (2536). โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลเดีย.
- เสมอจันทร์ อนุเทพ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญญา โอประเสริฐ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา เขาวลิต, สิริพร ธนศิลป์ และอังศุมา อภิชาติ. (2537). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (หน้า 147-200). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bare, P.G., & Myers, J.L. (1990), Principles and Practice of Adult Health Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Biddle, B.L. & Martin N.M. (1987). Causality, confirmation, credibility, and structural equation modeling. Child development, 58, 4-17.
- Buenting, J.A. (1990). Psychosocial variables and gender as factors in wellness promotion. State University of New York at Buffalt.
- Denyes, M.S. (1988). Variations in patient compliance with doctor's advice: An emperical analysis of communication. American Journal of Public Health, 58 (March-april), 274-288.
- Flaskerud, J.H., & Ungvarski, P.J. (1995). HIV / AIDS : A Guide to Nursing Care. (3 rd). W.B. United States of America: Saunders Company.
- Gochman, D.S. (1988). Health Behavior: emerging research perspective. New York: Plenum Press.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). Health promotion planing: An educational and environmental approach. (2nd ed.). Mountain view : Mayfield.

- Harris, D.M., & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. Journal Health and Social Behavior,20, 17-19.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). Self – Care Nursing: Promotion of Health. New Jersey : Prentice Hill Inc.
- Long, C. (1993). Positive Steps. Journal of Nursing Times, 89, 54-56.
- Michel, A., & Braden, C.J. (1988). Finding meaning : Antecedent of uncertainty in illness. Nursing Research,37 (March-April), 98-103.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (1993). Nursing assessment and health promotion strategies through the life span. (5th ed.). Stamford, C.T.: Appleton & Lange.
- Orem, D.E. (1985). Nursing: Concepts of Practice. (3rd ed.). New York: McGraw Hill Book Company.
- Palang, C.L. (1991). Determinant of health – promotive behavior, Nursing clinics of North America,30, 815-832.
- Pender, N.J. (1982). Health promotion in nursing practice. New York: Appeton Century Croft.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. New York: Appeton Century Croft.
- Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. Stamford, C.T.: Appeton & Lange.
- Phipps, W.J., et al. (1991). Medical – Surgical Nursing Concept and Clinical practice. (4th ed.). U.S.A.: Mosby – Year Book Inc.
- Porter, K., et al. (1993). Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. British American Journal,(307), 20-23.
- Schwartz, S.I., et al. (1994). Principle of surgery. (6th ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Twaddle, A.C. (1981). Sickness behavior and the sick role. Massachusetts: Scheukman.

ภาคผนวก



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพักษณ์
รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล สุวรรณกุล
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางอารีรัตน์ สนใจ
พยาบาลวิชาชีพระดับ 8 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ปนัดดา ปรียทฤม
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ วรรณมา คงสุริยะนาวิณ
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวไปรมาษฐ์ บิณจจิดต์ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบคำถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในการตอบคำถามครั้งนี้จะไม่มีถูกหรือผิด การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับในขณะนี้ หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะผู้วิจัยจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ถ้าภายหลังท่านเปลี่ยนใจท่านมีสิทธิที่จะขอถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยโดยรวม

ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ไปรมาษฐ์ บิณจจิดต์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1: แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาที่สำเร็จ

() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษาปีที่.....

() มัธยมศึกษาปีที่..... () อนุปริญญา หรือ ประกาศนียบัตร

()ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า (ระบุ)

5. ที่อยู่ปัจจุบัน (จังหวัด) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)

6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่ (อาชีพที่ท่านเคยทำ

() ไม่ทำ เนื่องจาก

() ทำ ระบุอาชีพ สถานที่ทำงาน

7. รายได้ของครอบครัวประมาณบาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้จาก

() ตัวท่านเอง ()สามี/ภรรยา ()บุตรหลาน

()ญาติพี่น้อง ()เงินบำนาญ ()อื่น ๆ ระบุ

รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

() เพียงพอกับค่าใช้จ่าย () เพียงพอเหลือเก็บ () ไม่เพียงพอ

8. ปัจจุบันท่านอาศัย

() อยู่คนเดียว () อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา,บุตรหลาน)

() อยู่กับญาติ () อื่น ๆ ระบุ

9. มีบุคคลใดบ้างที่ช่วยเหลือเมื่อก่อนเจ็บป่วย

() ไม่มี () มีเกี่ยวข้องกับ

10. ท่านบอกใครบ้างว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี

() ไม่บอก

() บอก ระบุ สามี/ภรรยา เพื่อน
 บิดา, มารดา พี่น้อง,ญาติ
 อื่น ๆ

11. ระยะเวลาที่ท่านทราบว่ามีการติดเชื้อ

12. ท่านคิดว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

() เพศสัมพันธ์ โดยติดจาก

() การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น

() จากการรับเลือด สาเหตุที่ต้องรับเลือด

() อื่น ๆ (ระบุ)

13. ภายหลังจากที่ท่านทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ท่านมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกครั้งนี้เป็นครั้งที่
 มาตรวจด้วยสาเหตุ

14. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ จากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() แพทย์ พยาบาล () บุคคลในครอบครัว

() เพื่อน () หาความรู้เองจากสื่อต่าง ๆ ระบุ

15. ท่านแสวงหาแหล่งรักษาโรคจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() สถานบริการสาธารณสุข

() ซึ่ขอรับประทานเอง

() รักษาแผนโบราณ ระบุ

() อื่น ๆ

ตอนที่ 2 : ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการวินิจฉัยของแพทย์

16. การวินิจฉัยของแพทย์ในแง่ระยะเวลาการดำเนินโรค

- () ไม่มีอาการ
- () มีอาการ (ระบุ)

17. ระยะของการดำเนินโรค

- () กลุ่มเอ คือ ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการของโรคหรือแสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ มีต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ ผื่น เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น
- () กลุ่มบี คือ ผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่ยังไม่ได้มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา โรคเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรัง หรือกับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อูจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia) เป็นต้น
- () กลุ่มซี คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis carinii ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi sarcoma) ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy) โรคติดเชื้อสวัคที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน เป็นต้น

18. ระดับ TOTAL CD₄ (cell/ml) เมื่อวันที่ ผล Lab อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

19. การตรวจรังสีทรวงอก

- () เมื่อวันที่ พบว่าเป็น
- () ไม่ได้ตรวจ

20. การตรวจวัณโรค

- () ไม่ได้ตรวจ
- () ตรวจ โดยวิธี
- พบว่า () ไม่เป็นวัณโรค
- () เป็นวัณโรคที่

21. อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง : วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของผู้ตอบ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นส่วนมากหรือเกือบทุกครั้ง

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้งหรือเป็นบางวัน

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย	หมายเหตุ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
1. ท่านอ่านข่าว, ฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของท่าน					
2. ท่านหันหน้าเอาใจใส่สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกายตนเอง เช่น ไข้, ไอ, หอบเหนื่อย, เพื่อยามาก, คลื่นไส้ อาเจียน, อุจจาระเหลวบ่อยครั้ง เป็นต้น					
3. ท่านดูแล/ทำความสะอาดที่พักให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก, ไม่แออัด					
4. ท่านดูแลความสะอาดของผิวหนังเป็นอย่างดีโดยการอาบน้ำสม่ำเสมอ รักษาผิวหนังให้แห้ง					
5. ท่านไม่ใช้ของมีคม, แปรงสีฟัน, มีดโกน ร่วมกับบุคคลอื่น					
6. ท่านมารับการตรวจรักษากับแพทย์ตามนัด					
7. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมและถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่					
กิจกรรมทางด้านร่างกาย					
8. ท่านออกกำลังกายหรือฝึกกายบริหารครั้งละ 20-30 นาที					
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	หมายเหตุ
10.ในการออกกำลังกาย ท่านเริ่ม จากการออกกำลังกาย ๑ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น เช่น หายใจ ช้า ๆ ลึก ๆ ยกแขนขึ้นลง เป็นต้น					
11.ขณะออกกำลังกาย เมื่อมีอาการ ผิดปกติ ท่านจะหยุดพักทันที					
12.ในแต่ละวันท่านใช้เวลาส่วน หนึ่งในการทำกิจกรรมที่ใช้แรง กายหรือทำให้เหงื่อออก					
13.ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง					
โภชนาการ 14.ท่านรับประทานอาหารที่สุก ไม่ รับประทานอาหารดิบหรือกึ่ง ดิบกึ่งสุก					
15.ท่านรับประทานอาหารที่ สะอาด,ไม่มีแมลงวันตอม					
16.ท่านรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์และมีคุณค่าครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ผักและ ผลไม้					
17.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัด					
18.ท่านดื่มน้ำชา, กาแฟ					
19.ท่านสูบบุหรี่และ/หรือใช้สาร เสพติด					
20.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย	หมายเหตุ
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
21. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน					
22. ท่านบอกหรือติดต่อบุคคลใกล้ชิดเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ					
23. ท่านพูดคุยปรึกษาหารือเรื่องความเป็นอยู่ กับสมาชิกในครอบครัว					
24. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ หรือมีปัญหาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงให้ความช่วยเหลือท่านดี					
25. ท่านให้คำปรึกษาหรือขอแนะนำแก่บุคคลอื่น					
26. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือศาสนาของท่าน					
27. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ขณะที่รอการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล					
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
28. ท่านให้กำลังใจกับตนเองในการดูแลสุขภาพ					
29. ท่านแสวงหาความสุขและสงบในชีวิต โดยการอ่านหนังสือธรรมะ ทำบุญตักบาตร หรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนาของท่าน					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	หมายเหตุ
30.ท่านเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงในอนาคต					
31.ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน					
32.ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อนำไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้น					
การจัดการกับความเครียด 33.ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุก อย่างแก้ไขได้					
34.ท่านคิดหาสาเหตุและหนทาง แก้ไขปัญหาความไม่สบายใจ					
35.ท่านมอง/พิจารณาเหตุการณ์ ต่างๆ ด้วยใจเป็นกลาง/มอง หลายๆด้าน					
36.เมื่อไม่สบายใจท่านจะพูดคุย/ ปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดหรือคุ้น เคย					
37.เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านหางาน อดิเรกหรือสิ่งที่ชอบกระทำ เพื่อ ผ่อนคลายความเครียด					
38.เมื่อรู้สึกเครียด ท่านหายใจเข้า ออกช้า ๆ นั่งสมาธิ เพื่อให้ จิตใจสบายขึ้น					
39.ท่านไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ ไม่สามารถแก้ไขได้					
40.ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่โมโห และหงุดหงิดง่าย					

