

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTIONS, BASIC CONDITIONING FACTORS AND SELF - CARE DEFICIT IN CLIENTS WITH HIV SERO - POSITIVE



Copyright by Mahidol University
35379

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน
กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์



ทิตยัทยา หอมทรัพย์

ผู้วิจัย



กรรองกาญจน์ สังภาศ

ค.บ. , วท.ม. , Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ. , M.S. , Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

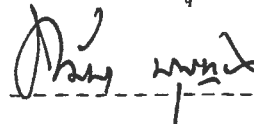


-1-

สุวิมล กิมปี

วท.บ. , ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ทัศนยา บุญทอง

ค.บ. , M.S. , Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์



มันตรี จุลสมัย

พ.บ. , Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน
กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538



ทิตยทยา หอมทรัพย์

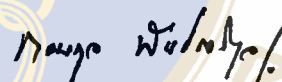
ผู้วิจัย



กรองกาญจน์ สังกาศ

ค.บ. , วท.ม. , Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

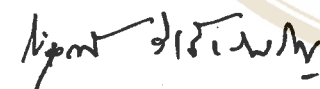




สมพันธ์ หิฐิระนันท์

วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

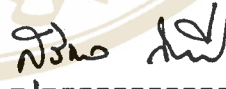
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ. , M.S. , Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ

วท.บ. , ค.ม.

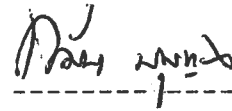
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี

วท.บ. , ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย

พ.บ. , Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ทัศนา บุญทอง

ค.บ. , M.S. , Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางทิตยัทยา หอมทรัพย์

วัน เดือน ปีเกิด 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2510

สถานที่เกิด จังหวัดชัยนาท

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ ,
พ.ศ. 2528 - 2532 : ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม)
มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2535 - 2537 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย มูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้า
เจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี
CHINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK, INC.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2532 - ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชัยนาท
สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : วิทยาจารย์ ระดับ 4

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก อาจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังภาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวัฒน์ กิมปี อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา ของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ไชยมุขย์ วิเชียรเจริญ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลบาราศนราดรุ จ.นนทบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิก พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลศิริราช คลินิกผู้ติดยาเสพติดและเอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี คลินิก 205 โรงพยาบาลเลิดสิน คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง และคลินิกนิรนาม โรงพยาบาลบางรัก คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ คลินิกเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชัยนาท ที่ให้โอกาสได้ศึกษาต่อ และสนับสนุนทุนการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี และ CHINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK, INC. ที่ได้กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สำหรับความรัก ความห่วงใย และ
กำลังใจที่ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนถ่ายทอด
วิชาความรู้ ขอบพระคุณ นายแพทย์ ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ ญาติ พี่น้อง หลาน ๆ และพี่ ๆ
เพื่อน ๆ ทุกคน รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ได้ให้ความรัก ความห่วง
ใย ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ ส่งเสริมและสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด จนกระทั่ง
ประสบความสำเร็จในการศึกษา

ทิตยัทยา หอมทรัพย์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน
กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ผู้วิจัย ทิพย์ทยา หอมทรัพย์

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองคณบดี	สังกัด	ค.บ.,วท.ม.,Ph.D.
คณบดี	พันธ์เจริญวรกุล	วท.บ.,M.S.,Ph.D.
สุวิมล	กิมปี	วท.บ.,ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538

บทคัดย่อ

โรคเอดส์เป็นปัญหาร้ายแรงและยิ่งใหญ่ของการสาธารณสุขทั่วโลก จำนวนผู้ติดเชื้อ
ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน ซึ่งส่งผล
กระทบทั้งด้านจิตสังคม และปัญหาการเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้
เมื่อการติดเชื้อโรคเอดส์ลุกลามจนแสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคและมะเร็ง ทำให้ผู้ติดเชื้อ
โรคเอดส์มีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำเป็นต้อง
มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อ
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง
เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมการดูแล
ตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์หลักในการศึกษา คือศึกษาความ
สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติด
เชื้อโรคเอดส์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น
ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งมาติดตามการรักษาที่ คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลศิริราช คลินิกผู้ติดเชื้อเสฟติคและเอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาล
ราชวิถี คลินิก 205 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง คลินิก
นิรนาม โรงพยาบาลบางรัก คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
บาราศนาตวร จ.นนทบุรี คลินิกเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ

สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และเลือกตัวทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.8716$)

2. การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4523$)

3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.2407$)

4. เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 77.08 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Y}(\text{SCD}) = 58.5157 - .4471 (\text{PER}) - .9968 (\text{ED})$$

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ระดับการศึกษาสูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ การปฏิบัติการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้ระวังรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Thesis Title The Relationship between Health Perceptions, Basic
Conditioning Factors and Self-Care Deficit in Clients
with HIV Sero-Positive

Name Tittaya Homsapaya

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Krongkarn Sangkard , B.Ed.,M.S.,Ph.D.

Kobkul Phanchaoenworakul , B.Sc.,M.S.,Ph.D.

Suvimol Kimpee , B.Sc.,M.Ed. (Research Education)

Date of Graduation 8 February B.E. 2538 (1995)

ABSTRACT

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is one of most serious and crucial health problems in the world. The number of infected people continue to increase. People infected with HIV have experienced the suffering from various complication that affect both psycho-social and physical health status. Currently, there is still no prospect of cure. As the time of HIV infection progresses with clinical complications of infections and cancers, these patients tend to have high tendency of losing their self-care abilities. The clients with HIV sero-positive need to perform proper self-care behavior in order to prevent complications and avoid transmission of HIV to others. Therefore, the researcher was interested in investigating factors which may affect self-care deficit behaviors of HIV infected group. The information gained from the study will enable nurses and the health care team to assist this group in promoting self-care behavior effectively.

The main purpose of this study was to study the relationship between health perceptions, basic conditioning factors and self-care deficit in clients with HIV sero- positive by using Orem's Self-Care theory as the theoretical framework,

The sample composed of 140 HIV sero-positive clients who were follow up at Infection and Immune Clinic in the out patient department at Siriraj Hospital, Drug abusers and Infection Clinic at Rajvithi Hospital, 205 Clinic in the out patient department at Lerdsin Hospital, STD Clinic and Niranan Clinic at Bangruk Hospital, Counselling on Health problem Clinic in the out patient department at Bomratnaradoon Hospital, Health Clinic and Psycho-Drug abusers in the out patient department at Pranungklao Hospital. Data were collected by using three sets of questionnaires, i.e., Demographic data, Self-Care Deficit and Health Perception questionnaires. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis by using SPSS^X program for percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and the Stepwise Multiple Regression.

The results were as follows :

1. There was a negatively significant correlation between health perceptions and self-care deficit in clients with HIV sero-positive at the .001 level. ($r = -.8716$)
2. There was a positively significant correlation between symptoms and self-care deficit in clients with HIV sero-positive at the .001 level. ($r = .4523$)
3. There was a negatively significant correlation between educational levels and self-care deficit in clients with HIV sero-positive at the .01 level. ($r = -.2407$)
4. There was no statistically significant correlation between sexes, age, marital status, family income and self-care deficit in clients with HIV sero-positive.
5. The results of stepwise multiple regression analysis showed that 77.08 percent of the variance of health perceptions related to self-care deficit was accounted for by two significant predictors, i.e., health perceptions and educational levels. The regression equation in raw scores was as following.

$$\hat{Y}(\text{SCD}) = 58.5157 - .4471 (\text{PER}) - .9968 (\text{ED})$$

From this study indicated that HIV sero-positive clients who had good health perceptions, high educational level tend to have good self-care behaviors. The recommendations for nursing practice focuses on promoting the clients to have good self-care behavior. Nurses should concern about educating the clients to be aware of their health status in order to prevent the advance of HIV diseases as well as to improve their quality of life.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
สมมติฐานของการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
นิยามตัวแปร	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	15
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์	15
ผลกระทบทางร่างกายและจิตสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	22
แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง	26
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง	37
ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	41
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	49
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเอง	56

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	63
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	63
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
	การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	65
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	69
	การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	72
	ผลการวิจัย	72
	การอภิปรายผล	93
บทที่ 5	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	106
	สรุปการวิจัย	106
	ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม		111
ภาคผนวก		126
	ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	127
	ข. แบบอธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	130
	ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	132
	- แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว	133
	- แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	135
	- แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส	73
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว	74
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความเพียงพอ ของรายได้ ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ การติดต่อ	75
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแสดง อาการของโรค ระยะของการดำเนินโรค	76
5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยรวมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	77
6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป จำแนกตามรายข้อ	78
7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จำแนกตามรายข้อ	83
8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำแนกตามรายข้อ	84
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์	87
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์	89
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อม ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	91

ช.

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 รูปวาดโครงสร้างของเชื้อเอชไอวี

17



ณ.

สารบัญแผนภูมิ

ตารางที่

หน้า

1	กรอบแนวคิดของการวิจัย	10
2	กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี	28
3	ระยะของการดูแลตนเอง	29
4	โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	34
5	กระบวนการของการรับรู้	52



บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่กำลังระบาดอยู่ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 9 - 11 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 ล้านคน และคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า(พ.ศ. 2543)จะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคน และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (CDC หรือ Centers for Disease Control) ประมาณว่าถึงสิ้นปี ค.ศ.1993 ในสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ 1 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 390,000 ถึง 480,000 ราย และคาดว่าจะเสียชีวิตประมาณ 285,000 - 340,000 ราย (Schwartz et al. 1994 : 160) สำหรับประเทศไทยนับตั้งแต่เชื้อโรคเอดส์หรือ เชื้อเอชไอวี(Human Immunodeficiency Virus) แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยโดยเริ่มมีผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2527 เป็นรายแรก จำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีต่อ ๆ มาพบว่า ปี พ.ศ. 2532 มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมด 13,486 ราย ปี พ.ศ. 2533 พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมด 25,031 ราย และในปีต่อ ๆ มาพบจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2534 พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมดประมาณ 3 - 4 แสนราย ปี พ.ศ. 2535 พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมดประมาณ 4-5แสนราย และในปี พ.ศ. 2537 พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 6 แสนราย จนกระทั่งเดือนมกราคม พ.ศ. 2538 พบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 7 แสนราย ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 15,665 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 4,580 ราย (กองระบาดวิทยา 2538 : 1) ถ้ายังไม่สามารถควบคุมโรคนี้ได้จะมีประสิทธิภาพดังเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคาดว่า ปี พ.ศ. 2543ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 2-4 ล้านคน มีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 188,000 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ถึงแก่กรรมในปีนั้นจะมีสาเหตุจากโรคนี้ (Weniger et al. 1991: 5 (Suppl 2): 71 - 85 อ้างในสุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์ 2536 : 4)

จากสถิติจะเห็นได้ว่า โรคเอดส์มีความรุนแรง และมีการแพร่กระจายไปในบุคคลทุกกลุ่มชนชั้นทุกอาชีพและมีแนวโน้มจะทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ของโรคเอดส์ ดังกล่าวถือเป็นวิกฤตการณ์หนึ่งของประเทศไทย และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่สำคัญเร่งด่วน ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจ การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มียารักษาให้หาย วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ ถูกแบ่งแยก ไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจ มักมีความสนใจกับผู้อื่นน้อย อาจปราศจากการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักห่างเหินจาก

ครอบครัวยกไปจากการประมาท และรังเกียจของสังคม มีความคิดฝันที่อยากจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับการตอบสนองจากผู้อื่น ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดเหมือนเคย เกิดความไม่มั่นคงของชีวิตในอนาคตต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา (Kelly and Lawrence 1988 : 88 - 89, 130) นอกจากนี้การแก้แค้นสังคม หรือการประกอบอาชญากรรมเพื่อให้คนอื่นติดโรคตามตนเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โรคเอดส์จึงเป็นมหันตภัยต่อสังคมและจิตใจของคนทุกระดับ

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางคนได้รับเชื้อไปแล้ว ยังไม่แสดงอาการทันที แต่อาการจะปรากฏเมื่อเวลาผ่านไปหลายปีจึงสามารถนำเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้อีกมาก และมีโอกาสรับเชื้อเพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาได้ ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจนถึงแก่กรรม ซึ่งระยะพักตัวของโรคติดเชื้อโรคเอดส์ไปสู่การเป็นเอดส์เต็มขั้น ประมาณ 8 - 10 ปี ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของแต่ละคน และประมาณร้อยละ 0.4 มีระยะพักตัวน้อยกว่า 1 ปี (Porter et al. 1993 : 21) และจากการศึกษาของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะพบว่าผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC หรือ AIDS Related Complex) หรือเอดส์เต็มขั้น (Full - blown AIDS) ร้อยละ 6.8 ต่อปี (มีทนา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร 2535: 22) นอกจากนี้กว่าร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมดจะเกิดอาการของโรคเอดส์ หรืออาการสัมพันธ์กับเอดส์ และคาดประมาณว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จะมีการดำเนินโรคไปสู่การเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นประมาณ 15 - 50 % (Goedert et al. 1987 cited in Pritchard and Mallett 1992 : 37)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีอาการปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* ถึง 60 % (Long et al. 1993 : 394) และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในระยะต่าง ๆ มีความผิดปกติและเกิดโรคแทรกซ้อนในระบบประสาทได้ถึง 40 - 70 % (สุรพล สุวรรณกุล, ในสุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์, บรรณาธิการ 2536 : 166) และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารประมาณ 50-90% (สถาพร มานัสสถิตย์ และสุรพล สุวรรณกุล, ในสุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์, บรรณาธิการ 2536 : 254) รวมทั้งโรคผิวหนังก็เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ยังไม่มีอาการจนถึงเป็นเอดส์เต็มขั้น (สุรพล สุวรรณกุล และป่วน สุทธิพินิจธรรม, ในสุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์, บรรณาธิการ 2536 : 114) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงแม้ว่าจะหุ้มเทการักษาไปเท่าใดก็ตามพบว่า มีอัตราการตายถึงร้อยละ 50 ภายใน 1 ปี อัตราตายสูงถึงร้อยละ 90 ภายใน 3 ปี และอัตราการตายจะเกินร้อยละ 100 ภายใน 5 ปี

พลโลกที่เจ็บป่วยล้มตายจากโรคเอดส์ล้วนเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ เมื่อต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จึงนับว่าโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากมายมหาศาล และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ร้อยละ 49 ขาดการระมัดระวังสุขภาพส่งผลให้ระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์สั้นลงเหลือเพียงประมาณ 9 เดือน ซึ่งปัญหาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่สำคัญมาจากการที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังเช่น การศึกษาของสุพัทตร์ วาณิชนิ และคนอื่นๆ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างชายติดยาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์นั้นมีถึงร้อยละ 72.8 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศ และจากการศึกษาของ สมพร โตศิริวัฒนา (2531 : 59 - 65) พบว่า กลุ่มตัวอย่างติดยาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์ยังมีการยืมเข็มระหว่างกลุ่มถึงร้อยละ 61.4 และเสพยาร่วมกับกลุ่มอื่นอีกร้อยละ 58.6 และพบว่ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยโดยให้หญิงบริการทางเพศใช้ปาก (Oral Sex) ให้ร้อยละ 45.4 ส่วนกรณีที่มีคูสมรส พบว่า มีเพศสัมพันธ์กับคูสมรสโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยร้อยละ 54.0 และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้คูสมรสใช้ปากให้ร้อยละ 27.0 นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือ หย่า และมีคูสมรสยังคงมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่หญิงหรือชายบริการทางเพศ ร้อยละ 38.6 และมีพฤติกรรมรักร่วมเพศชาย และรักสองเพศร้อยละ 16.7 และจากการศึกษาของ เผอญู ถนอมพงษ์ชาติ และคณะ (2532) พบว่า ร้อยละ 90 ของหญิงที่ติดยาประกอบอาชีพเป็นหญิงบริการทางเพศ และผู้เสพยาโรอีนมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกายโอกาสที่ถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์ไปสู่คู่นอนจากการร่วมเพศถึงร้อยละ 40 หญิงบริการทางเพศมีการใช้ถุงอนามัยทุกครั้งในการร่วมเพศเพียงร้อยละ 6.5 (เทพพนม เมืองแมน 2531) ซึ่งชายนักเที่ยวหญิงบริการทางเพศอาจรับเชื้อโรคเอดส์และถ่ายทอดเชื้อไปสู่ภรรยาและบุตรที่จะ คลอดออกมาต่อไป ทำให้ขอบเขตของการแพร่กระจายเชื้อกว้างขวางยิ่งขึ้น

จากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคม ที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจกระทำไม่ได้ เพียงพอ ไม่ได้กระทำ หรือกระทำไม่ถูกต้อง ที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) ผู้ที่มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดสูงและซับซ้อน ย่อมต้องใช้ความสามารถสูงในการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น จึงมีโอกาสจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้มากกว่าบุคคลที่มีความต้องการการดูแลตนเองไม่มากและซับซ้อนน้อยกว่า ดังนั้น การวัดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นทั้งความสามารถ และข้อจำกัดของบุคคลที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่แตกต่างกันซึ่งความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอริเมแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ความพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำ

การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งอากาศ อาหารและน้ำที่เพียงพอ การขยับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี การมีชีวิตอย่างปกติสุข ความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัยนั้น และความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อการแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค การปรับภาพลักษณ์และอัตลักษณ์รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ การยอมรับภาวะสุขภาพ และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

เนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาการในแต่ละระยะแตกต่างกัน บางคนอาจยังไม่แสดงอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้ และเมื่อพบว่า มีอาการรุนแรงมากขึ้นก็รีบมารับการรักษาได้ถูกต้อง ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ก็เพื่อไม่ให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อและรับเชื้อเพิ่ม รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตลอดจนช่วยแบ่งเบาภาระและลดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาสาธารณสุขซึ่งนับวันจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยโรคเอดส์น้อยลงจนในอนาคตอาจไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วยเหล่านี้ได้หากยังไม่มี การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

ในแนวคิดของโอเร็มนั้น (Orem 1991 : 117 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 8) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 8) ในการที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีการรับรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจ และ

ตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่พลังความสามารถ (Power component) ที่จะช่วยผลักดันให้บุคคลเกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อันได้แก่ การเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจ เพื่อที่จะกระทำการดูแลตนเอง ตลอดจนเกิดความชำนาญในการที่จะแสวงหาความรู้ และใช้กระบวนการทางสติปัญญาเพื่อสร้างรูปแบบของการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1991 : 152 - 153) การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 141) ส่วนโรเคาช (Rokeach 1970 : 112) ได้ศึกษาความเชื่อในรูปของการรับรู้กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพ และการรับรู้ยังเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความคิด ความเข้าใจนั้น ๆ ด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Brook et al. 1979) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมี 6 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ นี่เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน เพื่อสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำ และการกระทำนั้นต้องมีเป้าหมาย

ดังนั้น ปัจจัยเหนี่ยวนำที่จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่สำคัญ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยซึ่งสลับกันและต่อเนื่องกันไป ซึ่งเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การรับรู้นั้นก็มักจะมี ความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลกล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น ตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 374) ในทางตรงกันข้าม บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมากทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน(กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 374) และจากการศึกษาของเคลลีและคณะ (Kelly et al. 1993 : 276) พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีความซึมเศร้าทางอารมณ์มีผลต่ออาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์ได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรประภา ภาวิไล (2535 : 95)พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2532 : ข) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย จึงนับได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสำคัญต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ความพร้อมในการดูแลตนเอง ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสพการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยพื้นฐานของบุคคลมีอิทธิพลอย่างยิ่งที่จะส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้นหรือลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 40 - 44 ; Orem 1991 : 136 - 137) ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค

เพศ อาจทำให้เกิดความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 137) และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 22) ซึ่งย่อหมายถึง ความพร้อมในการดูแลตนเองที่อาจแตกต่างกันระหว่างเพศ และจากการศึกษาของ พอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศชาย และจารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : ค) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค แต่จากการศึกษาของ จีรประภา ภาวิไล(2535 : 98) และสิริอร พัวศิริ (2533 : ก - ข) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

อายุ เนื่องจากโอเร็ม (Orem 1991 : 220 ; 239) กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความ ต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ เช่น วัยเด็กยังไม่ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเทียบเท่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะน้อยลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น เพราะวัยนี้ความสามารถในการดูแลตนเองและสติปัญญาเสื่อมถอยตาม วัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง(สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : ข) จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช(2532 : ข)และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์(2534 : ข) พบว่า อายุมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียขาและผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้น หัวใจ และจากการศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) พบว่า ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ช่วงอายุ 25 - 47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ช่วงอายุ 15 -24 ปี และ 50 ปี ขึ้นไป และเสมอจันท์ อะนะเทพ (2535 : 84) พบว่า อายุมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการ รักษาด้วยยาเมทาดาโอน และมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 34) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ แต่ จากการศึกษานี้ของสิริอร พัวศิริ (2533 : ก - ข) และจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และผู้ ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระดับการศึกษา โอเร็ม (Orem 1985 : 120, 175) กล่าวว่าการศึกษาทำให้บุคคลมี สติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการ รักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ความพร่องในการ ดูแลตนเองจึงน้อยลง ดังเช่นการศึกษาของ แมคคานิค และเคลียร์ (Mechanic & Cleary 1980 cited in Yarcheski & Mahoon 1989 : 89) มูเลนแคน และเชเลส(Muhlenkamp & Sayles 1986 : 336) ต่างก็พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และจากการศึกษาของรูทส์ (Ruth 1973 : 135 - 136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำรงประกอบส ะกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถ รับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ข) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติด เชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แพรวรระพี เรืองเดช (2534 : 91) และน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535 : ข) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยเบาหวาน รัชสุริย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่จากการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : 102 - 103) และจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม (Orem 1985 : 221) ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด กลุ่มสมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 41) จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2534:43) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส และจากการศึกษาของ บราวน์ (Brown 1983 : 161) พบว่า คนที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชสุริย์ จันทเพชร (2536 : ข) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ สุภาภรณ์ ตัวงแพง (2531 : 91) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขาดของเสียทางเยื่อช่องท้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ แต่จากการศึกษาของแพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92 - 93) และจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) บุคคลที่มีรายได้ดี จะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เช่น จากการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ข) พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงบริการทางเพศ และจากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราชูฉินพานิช (2532 : ข) และ รัชสุริย์ จันทเพชร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และผู้ป่วยไต

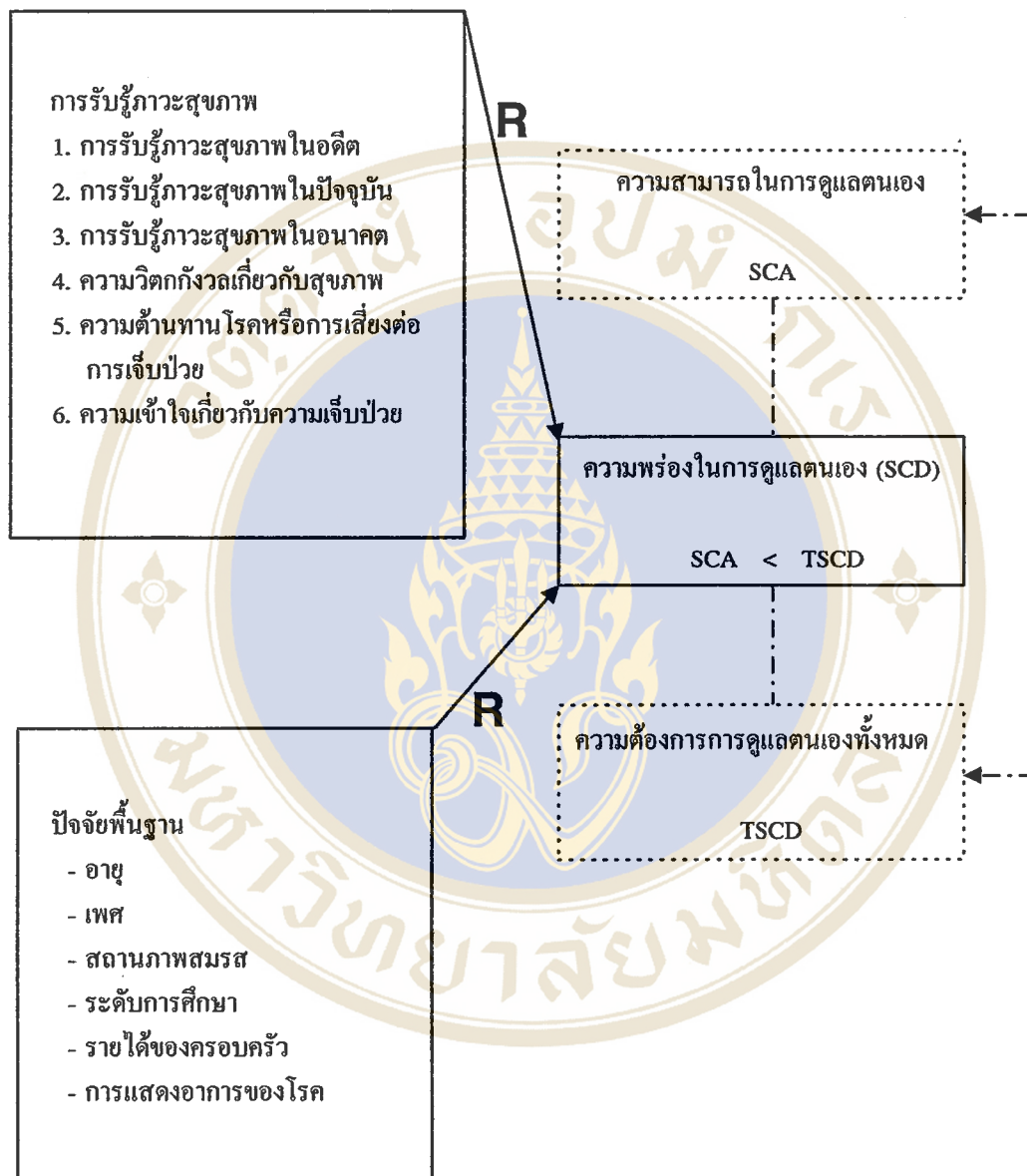
วายเป็นจริง แต่จากการศึกษาของ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์(2534 : 67) พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การแสดงอาการของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ดังเช่น การศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ จะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจากผลกระทบด้านร่างกาย จิตสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจกระทำไม่ได้ไม่เพียงพอ ไม่ได้กระทำ หรือกระทำไม่ถูกต้องที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถควบคุมอาการความรุนแรงของโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ว่าความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องใด มีปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อขจัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นเข้ามาศึกษา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค ซึ่งตัวแปรต้นเหล่านี้ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังแสดงในกรอบแนวความคิดของการวิจัยตามแผนภูมิที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



R=ความสัมพันธ์

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
4. ศึกษาอำนาจทำนายของตัวทำนายทั้งหมด คือ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่มีต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่มีผลการตรวจเลือดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช, คลินิกผู้ติดเชื้อเสพติดและเอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี, คลินิก 205 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน, คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลบางรัก , คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนรา

ดร. จ.นนทบุรี, คลินิกเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการพยาบาล โดยตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน เพื่อขจัดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประเมินโดยแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของ บรูค และคณะ (Brook et al. 1979) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สิริอร พัวศิริ ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ประสบการณ์ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตของตน

1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นก็ได้ และการเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต หมายถึง ผลสืบเนื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตได้ตามความรู้สึกของตนเอง

1.4 ความวิตกกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และประเมินปัญหาของตนเอง

1.5 ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพของตน ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับสถานการณ์ หรือประสบการณ์ที่ได้รับ

1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย และต้องการดูแลตนเอง บอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

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

2.1 เพศ หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศหญิง หรือเพศชาย

2.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้รับการศึกษา

2.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แบ่งตามการสมรสแบ่งเป็นสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

2.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้นับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือหมายถึง รายได้ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบในการณที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ยังเป็นผู้อยู่ในความดูแล หรือหมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และ/หรือคู่สมรสเมื่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีสถานภาพสมรสคู่

2.6 การแสดงอาการของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อโรคเอดส์ ตามลักษณะคลินิก แบ่งเป็น

2.6.1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ หมายถึง ระยะติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการ คือ ผลการตรวจเชื้อเอชไอวีได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยระหว่างนี้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน

2.6.2 ระยะที่มีอาการ หมายถึง ระยะที่มีผลการตรวจเชื้อเอชไอวีได้ผลบวก และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างของการติดเชื้อโรคเอดส์ปรากฏให้เห็น แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536

2.7 ระยะของการดำเนินโรค หมายถึง ระยะของการติดเชื้อโรคเอดส์ ตามลักษณะคลินิก แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536

2.7.1 กลุ่มเอ หมายถึง ไม่มีอาการของโรคหรือแสดงอาการของระยะแรกของการติดเชื้อโรคเอดส์

2.7.2 กลุ่มบี หมายถึง มีภาวะหรือโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี

2.7.3 กลุ่มซี หมายถึงมีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น

3. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - Care Deficit) หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง หรือกระทำไม่ถูกต้องเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) ซึ่งพฤติกรรมความพร่องในการดูแลตนเองนี้สามารถวัดโดยใช้แบบวัดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย

3.1 ความพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่ง อากาศ อาหารและน้ำที่เพียงพอ การขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี การมีชีวิตอย่างปกติสุข

3.2 ความพร่องในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัยนั้น และความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความพร่องในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อการแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ การยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

ผลกระทบทางร่างกายและจิตสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมาย

เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยมีได้เป็นแต่กำเนิด หรือ เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจาก เอชไอวี (เชื้อโรคเอดส์) ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติ และไม่ทำอันตรายต่อคนปกติแต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันน้อยลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ชนิดต่าง ๆ และโรคมะเร็งบางอย่างได้ง่ายกว่าคนปกติ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ 2532 : 1 ; สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์ ,ในมัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร,บรรณาธิการ 2535 : 10 ; Long et al. 1993 : 384)

สาเหตุของโรค และพยาธิสภาพ

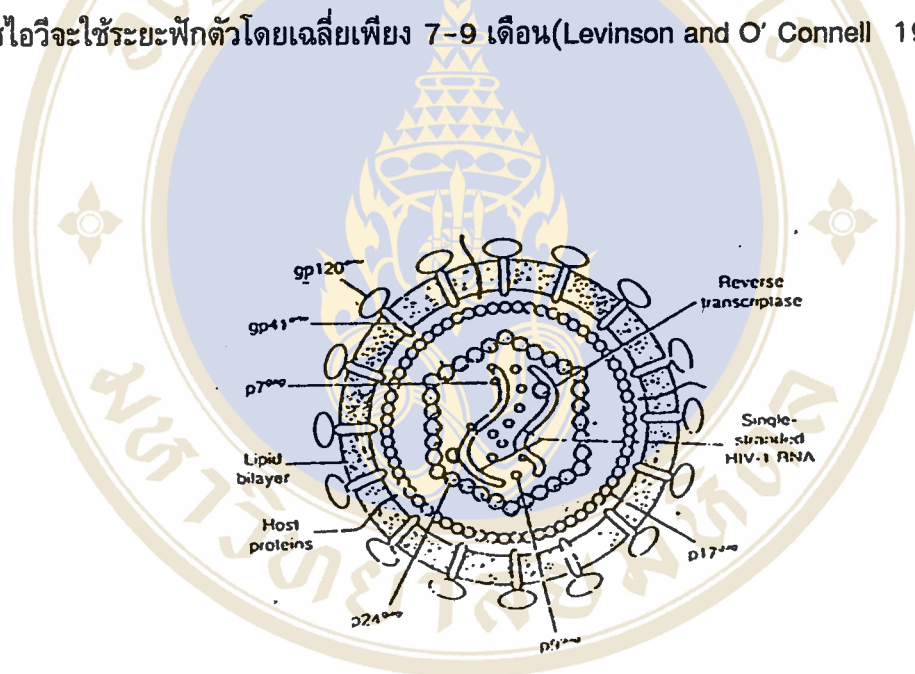
โรคนี้มีการรายงานเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน พ.ศ. 2524 โดยมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้หลายรายแต่ยังไม่มีใครทราบสาเหตุ จนใน พ.ศ. 2526 นายแพทย์ ลูค มงตาเยร์ และคณะ (Luc Montagnie) จากสถาบันปาสเตอร์ในประเทศฝรั่งเศส

เศสเป็นผู้ค้นพบเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยเอดส์รักร่วมเพศและให้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา ดร.โรเบิร์ต แกลโลและคณะ (Robert Gallo) จากประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเอดส์ และเรียกไวรัสนี้ว่า Human T - cell Lymphotropic Virus III (HTLV - III) และในปีเดียวกัน Levy จากประเทศสหรัฐอเมริกาก็สามารถแยกเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์อีกคนหนึ่งและให้ชื่อว่า AIDS - Related Virus (ARV) ซึ่งต่อมาพบว่าเชื้อต่าง ๆ ที่พบนั้นเป็นเชื้อเดียวกันและอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ดังนั้นคณะกรรมการศึกษาจึงตกลงตั้งชื่อเป็นสากลว่า Human Immuno-Deficiency Virus (HIV) (ประเสริฐ ทองเจริญ 2531 : 5 - 6)

เชื้อเอชไอวี เป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กมาก มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้อไวรัสอื่นดังนี้ คือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cells (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Reverse Transcriptase Enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัวและเปลี่ยนแปลงนอกที่หุ้มอยู่(Envelop) ได้รวดเร็วกว่าไวรัสชนิดอื่นถึง 100 - 1000 เท่า มีผลให้วัคซีนที่ผลิตขึ้นใช้ไม่ได้ผลกับไวรัสที่เปลี่ยนไปแล้ว นอกจากนี้ ส่วนที่เป็นปุ่ม ๆ รอบนอกของตัวไวรัสที่เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T4 lymphocyte, Monocyte, Macrophage, Langerhans giant cell ของผิวหนัง, Glia cell ของระบบประสาท, Enterochromaffin cell ของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ โดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้นโดยที่ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงของโรค ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์ จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วจะกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไปจนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ระยะนี้จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากเลือดได้ และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกายได้แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดโดยเชื้อเอชไอวียังคงแฝงตัวอยู่ในร่างกายรอการแบ่งตัวต่อไปและขณะที่แฝงตัวอยู่เชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นได้โดยตรง เช่น Micro glia cell ทำให้เกิดโรคจิตประสาท หรือแขนขาอ่อนแรงได้ ในระยะสุดท้ายเมื่อเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้นระดับแอนติบอดีจะลดลงทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดได้

ภายหลังได้รับเชื้อ 3-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน และจะหายไปได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์ ก่อนเข้าสู่ระยะติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการ โดยระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใดเลยที่แสดงว่าติดเชื้อโรคเอดส์ นอกจากการตรวจเลือดที่พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง (T4 Lymphocyte) และพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากขึ้น ร่างกายจะเริ่มปรากฏอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันต่ำลงได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้หรืออุจจาระร่วงเรื้อรัง มีเชื้อราในปาก เป็นต้น ระยะที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการ(ARC & AIDS) โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี หรือมากกว่า บางคนอาจใช้เวลา 1-2 ปี ก็ปรากฏอาการ(Fairchild 1992 : 337 ; Guarda & Peterson 1986 : 28) สำหรับระยะฟักตัวในเด็กจะใช้นเวลาน้อยกว่า ซึ่งในทารกที่เกิดจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีจะใช้ระยะฟักตัวโดยเฉลี่ยเพียง 7-9 เดือน(Levinson and O' Connell 1991 : 693)



ภาพที่ 1 : รูปวาดโครงสร้างของเชื้อเอชไอวี
(ประพันธ์ ภาณุภาค 2535 : 2)

การแพร่กระจายของโรค

เชื้อเอชไอวีพบมากที่สุดในเลือด (ประพันธ์ ภาณุภาค 2532 : 16) รองลงมาพบได้ในน้ำอสุจิ และน้ำเมือกในช่องคลอด ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา เสมหะ น้ำเหลือง ปัสสาวะ แต่ในปริมาณน้อย การแพร่กระจายของเชื้อโดยหลักมีเพียง 3 ทาง ดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ สามารถถ่ายทอดได้ทั้งในรักร่วมเพศ และรักต่างเพศ
 2. ทางเลือด จากการถ่ายเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ การผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อ การใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่อาจปนเปื้อนเลือดกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
 3. ทางมารดาสู่ทารก สามารถแพร่เชื้อสู่ทารกได้ตั้งแต่ระหว่างที่ทารกอยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด หรือภายหลังคลอดในทารกที่ดูดนมมารดา โดยทารกมีโอกาสจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดาประมาณ 50% (Dunchy 1991 : 716)
- แต่ไม่มีรายงานการแพร่เชื้อทางการหายใจหรือการสัมผัสระหว่างบุคคล ทางแมลง ยุง อาหาร น้ำ การใช้ห้องสมุด สระว่ายน้ำ การรับประทานหรือดื่มโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกัน หรือใช้วัสดุ อื่นๆ เช่นโทรศัพท์ เสื้อผ้าร่วมกัน (บรรจง คำหอมกุล และคณะ 2535:2)

ระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค

แบ่งตามลักษณะคลินิกและจำนวน CD4 ลี้มโฟคัยท์ ตามศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกาศใช้ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2536 มีดังนี้

ใช้ลักษณะคลินิกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่ม เอ
- กลุ่ม บี
- กลุ่ม ซี

กลุ่ม เอ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือแสดงอาการของระยะแรกของการติดเชื้อโรคเอดส์ออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. มีการติดเชื้อโรคเอดส์ที่ยังไม่แสดงอาการ
2. มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตอย่างเรื้อรัง (Persistent generalized lymphadenopathy)
3. มีการติดเชื้อโรคเอดส์แบบเฉียบพลัน (Acute หรือ Primary HIV Infection) หรือมีประวัติว่าเคยมีอาการของการติดเชื้อโรคเอดส์แบบเฉียบพลันซึ่งอาการจะเป็นแบบ Acute retroviral syndrome หรือ Acute mononucleosis - like syndrome กล่าวคือ ร้อยละ 50 - 70 จะมีระยะพักตัวประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ หลังถูกเข็มตำหรือมีเพศสัมพันธ์ แล้วมีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น

กลุ่ม บี คือ ผู้ป่วยที่มีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่ม ซี และมีภาวะหรือโรคอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

1. อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรคเอดส์หรือ

ต้องการการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าวได้แก่

2.1 เนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยหลอดโลหิตหรือหลอดน้ำเหลือง มากมายตามร่างกาย (Bacillary angiomatosis)

2.2 ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

2.3 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

2.4 มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical dysplasia)

2.5 ใช้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

2.6 ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia)

2.7 งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเป็นมากกว่าหนึ่ง dermatome

2.8 Idiopathic thrombocytopenic purpura

2.9 Listeriosis

2.10 อัมพาตเกรนอักเสบโดยเฉพาอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อนคือ ฝีที่ท่อน้ำไขหรือรังไข่

2.11 เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral neuropathy)

ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่ม เอ หรือกลุ่ม บี ก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่ม บี

กลุ่ม ซี คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้นดังจะกล่าวต่อไป ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่ม ซี แล้วจะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

3.1 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลมหรือที่เนื้อปอด หรือที่หลอดอาหาร

3.2 โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่น ที่ระบบสมองและไขสันหลังหรือแพร่กระจายทั่วตัว

3.3 โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

3.4 โรคติดเชื้อรา Coccidioidomycosis นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย (ไม่พบในคนไทยหรือติดมาจากต่างประเทศ)

3.5 Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

3.6 Isosporiasis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

3.7 ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis carinii

3.8 โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง

- 3.9 ความผิดปกติของสมองจากเชื้อโรคเอดส์ (HIV encephalopathy)
 - 3.10 กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อโรคเอดส์ (HIV wasting syndrome)
 - 3.11 โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด ยกเว้นการติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
 - 3.12 โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
 - 3.13 ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ
 - 3.14 เสพติคเมียจากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ
 - 3.15 Progressive multifocal leukoencephalopathy
 - 3.16 วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด
 - 3.17 โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. kansasii หรือ Mycobacterium spp. ที่เกิดนอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย
 - 3.18 มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma)
 - 3.19 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด
 - 3.19.1 Burkitt's
 - 3.19.2 Immunoblastic
 - 3.19.3 หรือเกิดเป็นปฏิกิริยาที่สมอง
 - 3.20 มะเร็งปากมดลูกชนิด Invasive
- สำหรับในประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อหลายท่านให้ความเห็นว่าการติดเชื้อ *Penicillium marneffei* ชนิดแพร่กระจาย น่าจะเป็นหลักเกณฑ์ใหม่อีกข้อในข้อบ่งชี้การเป็นเอดส์ ด้วย (สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลาวัศมี 2536 : 46 - 51)

การวินิจฉัยโรค

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคเอดส์ในเลือด หรือสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายเป็นวิธีการวินิจฉัยโรคเอดส์เบื้องต้นที่นิยมในปัจจุบัน เนื่องจากตรวจได้ง่าย ราคาถูกมีความไวและความจำเพาะสูงถึง 95-99 % วิธีที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ ELISA (Enzyme - Linked Immunosorbent Assay) ถ้าพบผลบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ควรตรวจยืนยันผลโดยวิธี Western Blot หรือ Immunofluorescence แต่ถ้าผลเป็นลบควรตรวจอีกครั้งภายหลังตรวจครั้งนี้ 3-6 เดือนก่อนยืนยันผลว่าไม่ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกรณีผลคลุมเครืออาจตรวจยืนยันด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดขาวจะพบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง อัตราส่วน T-helper cell (T3) ต่อ T-suppressor cell (T4) ต่ำกว่า 1 (ปกติ 1.7-2.1) การตรวจหา Reverse Transcriptase Enzyme หรือ HIV antigen เป็นต้น ซึ่งการตรวจพบเชื้อไวรัสและแอนติบอดีใน

เลือดนั้น หลังจากได้รับเชื้อราว 2-6 สัปดาห์ ตรวจพบเชื้อไวรัสได้โดยการเพาะเลี้ยงเชื้อจาก เซลล์เม็ดเลือดขาว หรือตรวจหาชิ้น หรือตรวจแอนติเจน หลังจากพบเชื้อราว 1 สัปดาห์ จะตรวจพบแอนติบอดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะตรวจพบแอนติบอดีได้ประมาณสัปดาห์ที่ 3 - 12 บางรายอาจมีการสร้างแอนติบอดีช้า แต่เกือบทั้งหมดจะพบแอนติบอดีในเวลา 6 เดือน ดังนั้นใน ผู้ติดเชื้อระยะแรกอาจมีเชื้อไวรัสแพร่สู่ผู้อื่นได้ แต่ตรวจไม่พบ Anti-HIV อยู่ยาวนานราว 1 สัปดาห์ เรียกว่า Window Period

ในการติดเชื้อโรคเอดส์ครั้งแรก เชื้อจะเพิ่มจำนวนค่อนข้างมากในระยะก่อนมีแอนติบอดี หลังจากนั้น ระบบภูมิคุ้มกันพยายามควบคุมให้เชื้อสงบอยู่ในร่างกาย อาจเพิ่มจำนวนไม่มากใน ระยะนี้บางคนจะเพาะเลี้ยงแยกเชื้อได้ การตรวจหาแอนติเจนมักไม่ไวพอที่จะตรวจพบได้ แต่ ส่วนใหญ่จะตรวจพบยีนเมื่อใช้วิธีตรวจขยายยีน ที่เรียกว่า PCR (Polymerase Chain Reaction)

แอนติบอดีต่อส่วน Envelop (Anti gp120 , Anti gp41) เป็นแอนติเจนที่จำเพาะต่อ ทัยปี ส่วนแอนติบอดีต่อ Core (Anti p24) จะทำปฏิกิริยาร่วมกันได้ทั้ง HIV-1 และ HIV-2 (จันทพงษ์ วะสี 2537 : 9-10)

การรักษา

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส
2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อโรคเอดส์ ที่ยอมรับว่าได้ผลขณะนี้ ได้แก่ AZT ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน กดไขกระดูก จำนวนเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำลง (Phipps et al. 1991 : 2241)

ยา Didanosine (ddI) และ Zalcitabine (ddC) ผลข้างเคียงคือตับอ่อนอักเสบ โรคเกี่ยวกับเส้นประสาทส่วนปลายแต่มีราคาถูกกว่า AZT (adis International Ltd 1993 : 4)

3. การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก และ Lymphocyte, Interleukin-2, Thymopentin, Sodium diethyldithiocarbamate (Imuthiol) ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้า

4. การรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย และผลกระทบจากสังคม ควรมีบริการแนะแนว การดำรงชีวิต และปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ และการให้สังคมสงเคราะห์

จะเห็นได้ว่าการรักษาในปัจจุบันเป็นการรักษาตามอาการ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ นักวิทยาศาสตร์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กำลังดำเนินการวิจัยค้นคว้าหาวิธีการรักษาและป้องกันโรคเอดส์กันอยู่ทั่วโลกโดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก(WHO) ซึ่งแนวทางที่ทำการวิจัยค้นคว้ากันอยู่นั้น พอสรุปได้ดังนี้ คือ

- 1) การค้นคว้าหาหายาที่จะช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโรค
- 2) การค้นคว้าหาหายาที่จะช่วยทำลาย หรือต่อต้านเชื้อโรคเอดส์
- 3) การค้นคว้าหาวัคซีนที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

วัคซีนทดสอบ

วัคซีน HIV ที่อยู่ระหว่างการศึกษาลดลงในขณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นวัคซีน Recombinant Protein ส่วน gp 160, gp 120, gp41 หรือส่วน p 24 และ p 17เตรียมโดยการนำยีนที่ควบคุมใส่ใน Vector อาจเป็น Vaccinia, Baculovirus, Mammalian cell หรือ Yeast หรือสังเคราะห์สาย Peptide วัคซีนชนิดเชื้อตายที่สกัดเอาส่วน gp 120 ออกไป และวัคซีน Anti-idiotypic เป็น Anti CD₄ monoclonal antibody

สถาบันและบริษัทที่ผลิตวัคซีนเหล่านี้ มีทั้งในสหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส แคนาดา อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ สวีเดน และญี่ปุ่น สารที่ผลิตขึ้นเพื่อจะเป็นวัคซีนเหล่านี้ต้องเริ่มจากการศึกษาในสัตว์ทดลอง และในหลอดทดลอง เพื่อได้ผลเป็นที่น่าพอใจจะต้องผ่านการศึกษาทดสอบในคนก่อนว่าปลอดภัย และให้ผลป้องกันโรคได้ ในขณะนี้ยังไม่มีวัคซีนตัวใดพิสูจน์ว่าใช้ป้องกันโรคได้ผล ยังอยู่ในระยะศึกษาวิจัยทั้งสิ้น (จันทพงษ์ วะสี 2537 : 16)

ผลกระทบทางร่างกายและจิตสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเสียชีวิต และได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเป็นปัญหาสังคม และเศรษฐกิจที่สำคัญและรุนแรง แต่จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงได้เลย

ผลกระทบทางร่างกายของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลยตลอดชีวิต โดยที่ยังมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการ และลักษณะอาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีอาการร้อยละ 25 - 50 จะป่วยเป็นโรคเอดส์ภายใน 5-10 ปี (Dunchy 1991: 716) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ จะมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 54 ภายใน 11 ปีในกลุ่มที่ติดเชื้อโรคเอดส์ภายหลังได้รับเลือด จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 49 ภายใน 7 ปี ส่วนในกลุ่ม Hemophilia จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 25 ภายใน 9 ปี สำหรับประเทศไทย ประพันธ์ ภานุภาค และคณะ ศึกษาพบว่าผู้

ติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการจะเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ ร้อยละ 6.8 ต่อปี (อ้างในมัทนา หาญนิษฐ์ 2535 : 1)

เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งระยะมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น (Darbyshire 1991 : 563)

เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของผิวหนัง Kaposi's sarcoma ที่เกิดได้ทั่วทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งเป็นเชื้อโปรโตซัวชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วไปทั้งในดิน น้ำ หรือ อากาศ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 60 มีอาการนำเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นด้วยโรคนี้ ซึ่งอาจรุนแรงทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (Ungvarki 1988 : 53) เชื้อโรคเอดส์อาจมีผลทำอันตรายต่อเซลล์ของสมองโดยตรง ผู้ป่วยเอดส์มากกว่าร้อยละ 65 จะมีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น (Levinson and O'Connell 1991: 691)

ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยขึ้นกับระยะของโรค ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์เป็นระยะวิกฤติ การตอบสนองทางอารมณ์มีตั้งแต่รู้สึกชาจนถึงการแสดงออกต่าง ๆ ผู้ป่วยหลายคนมีอาการซึมเศร้า ปฏิเสธและไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใดๆ ได้ กลัวและวิตกกังวลอย่างมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า (บรรจง คำหอมกุล และคณะ 2535 : 71) ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ จะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ระยะนี้มักมีความคิดอยากตายบ่อย ๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy 1991 : 717 - 719) ต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจ จากการเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มียารักษาให้หาย ชีวีเมตตรา โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ อาจปราศจากการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักห่างเหินจากครอบครัวออกไปจากการประณาม และรังเกียจของสังคม เกิดความไม่มั่นคงของชีวิตในอนาคต (Kelly et al. 1993 : 215) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีเพศสัมพันธ์ และการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด สังคมจึงมักมองว่าการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้ติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายถูกมองว่าเป็นตราบาปของสังคมและไม่ได้รับการยอมรับ

รับเช่นบุคคลทั่วไปในสังคม บางคนในความรู้สึกนึกถึง ๆ จะโกรธแค้นสังคม โยนความผิดให้ผู้อื่น โยนความผิดให้แก่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร 2533 : 93) แก่ แค้นสังคม หรือประกอบอาชญากรรมเพื่อให้คนอื่นติดโรคตามตน ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ ที่ทรุดลงเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงาน หรือดำรงหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ ต้องหยุดหรือออกจากงานทำให้ครอบครัวขาดรายได้ประกอบกับยาที่รักษามี ราคาแพงและต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ยังอาจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต และพบกับความสูญเสียต่าง ๆ รวมทั้งความรู้สึก สูญเสียภาพลักษณ์ของตนและรู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองลดลง (Turner and Williamson 1986 : 76) ยังมีภาวะสุขภาพที่ลดลง และมีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกหมดหวังและหมดหนทางช่วยเหลือ (Grady 1989 : 2) ผลจากโรคและความทุกข์ทรมานทางอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ในความเจ็บป่วยมากขึ้นและมีภาวะทางอารมณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ความกลัว โดยกลัวว่าผู้อื่นจะ ทราบว่าตนเป็นเอดส์ กลัวการตอบสนองจากเพื่อนและครอบครัว กลัวว่าผู้อื่นจะได้รับเชื้อจาก ตน รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้กำลังจะตาย (Kennedy 1987 : 45)

ผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ต้องเผชิญกับภาวะเครียดหลายอย่างและการเผชิญกับความตายในที่สุดของผู้ป่วย (Kelly and Lawrence 1988 : 131) และเป็นการยากมากที่จะ ทำใจให้ยอมรับว่าญาติของตนติดเชื้อที่ทุกคนกลัวและรังเกียจ ต้องมีมลทิน หรือถูกตราหน้าว่า สมาชิกของครอบครัวติดเชื้อโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เมื่อทราบก็จะดูดำดูร้ายกล่าวประชดประชันและ ขำเติมสิ่งที่ผู้ป่วยพลาดมาแล้ว และนอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของพวกเขา แต่ถ้าญาติคิดว่าตนเองก็มีส่วนรับผิดชอบ คือไม่ได้ดูแลสั่งสอนผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มาก่อน จนทำให้ผู้ป่วยไปติดเชื้อชนิดนี้มา (เช่น พวกเกย์ พวกส่าสอนทางเพศ พวกติดยา เสพติด เป็นต้น) ญาติต้องพยายามปลงให้ได้และรับสภาพ ซึ่งถ้าญาติไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อโรค เอดส์แล้ว ใครเล่าจะยอมรับ การคิดมาก กังวล โศกเศร้ายิ่งจะทำให้ทุกข์หนักยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อ ทราบความจริงว่าเขาไปติดเชื้อโรคเอดส์มาจริง ก็ไม่ได้แปลว่าเขาจะต้องเป็นโรคเอดส์และเขา กำลังจะตาย เขาอาจไม่เป็นเอดส์เต็มขั้นก็ได้ ถ้าได้รับการช่วยเหลือจากญาติ (วิชาญ วิทยา ศัย และ ประคอง วิชาศัย 2535 : 192) การสนับสนุนให้พัฒนาด้านจิตใจจากการช่วยเหลือ ของครอบครัวไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และสมาชิกในครอบครัว แต่จะเป็น ประโยชน์กับสังคมในวงกว้างเนื่องจากส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ลดปัญหาจำนวน เติ่งในการรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ดังนั้นการปฏิบัติการดูแล ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่บ้าน ตามคำแนะนำอย่างถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

ในทีมสุขภาพ จะช่วยลดความต้องการในการขยายโรงพยาบาลและการดูแลประจำซึ่งอาจไม่เพียงพอ (Kelly and Lawrence 1988 : 131)

ผลกระทบต่อสังคม

เมื่อเกิดการระบาดของโรคเอดส์มากขึ้นและประชาชนไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะทำให้เกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากกลัวว่าจะติดโรคเอดส์ทำให้วิตกกังวล นอกจากนี้การตีตรา หรือ การสร้างรอยมลทินซ้อนให้แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ หรือผู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ได้ก่อให้เกิดตราบาป แก่ผู้ถูกประทับรอยเป็นอย่างมาก เพราะไม่เพียงแต่ได้ทำลายความสุข ความมั่งคั่ง และอนาคตของบุคคลผู้นั้นลงเท่านั้น หากพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัว และการรังเกียจเหยียดหยามของคนในสังคม ยังทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลกลุ่มนี้ลงด้วย นอกจากนี้อาจถูกออกจากราชการ ถูกแยกครอบครัว ถูกต่อต้านจากคนในสังคม ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กิติพัฒน์ นนทบุรีมะดุลย์ และคณะ 2533 : 225 ; Kelly and Lawrence 1988 : 88-130) ซึ่งการทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ หรือผู้เกี่ยวข้องกับโรคด้วยใจที่อคติ และมองแต่ในด้านประทับตราบาป จึงกลายเป็นเงื่อนไขที่ยังซ้ำเติมความทุกข์ ความบอบซ้ำในใจของพวกเขาให้หนักหน่วงยิ่งขึ้นและเมื่อถึงเวลาหนึ่งที่พวกเขาอดทนไม่ได้ ถ้าไม่มีใครหาทางออกให้เขาหรือช่วยบรรเทาปัญหาในใจเขาเองได้ พวกเขาอาจจะรวมตัวกันขึ้นมาเรียกร้อง ความเป็นธรรมจากสังคม กลุ่มพลังของพวกเขาจะเป็นพลังทำลายที่ร้ายแรงและกลายเป็นปัญหายิ่งใหญ่ของสังคมอย่างแน่นอนในอนาคต และเมื่อมีรายงานการพบผู้ป่วยโรคเอดส์ขึ้นในประเทศไทยก็ส่งผลกระทบต่อภาพพจน์โดยรวมของประเทศ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นอย่างรีบด่วน ที่ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดในลักษณะอคติมาเป็นแนวคิดที่เน้นเมตตา กรุณา มองพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างแยกแยะ และเป็นธรรม และคาดหวังว่ากระแสแนวคิดเช่นนี้จะลดความหวาดวิตก ความตื่นกลัวในหมู่ประชาชนลง เพราะเมื่อเกิดความสงบก็จะเกิดจิตใจที่ยังรักและเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์และเกิดปัญญานำไป สู่การคิดค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหาอย่างรับผิดชอบ ร่วมกันติดตามมาในที่สุด (กิติพัฒน์ นนทบุรีมะดุลย์ และคณะ 2533 : 225-226) นอกจากนี้โรคเอดส์ยังทำให้พฤติกรรมของสังคมเปลี่ยนไป วิถีชีวิต ความเป็นอยู่เปลี่ยนไป เมื่อมีคนตายด้วยโรคเอดส์มากขึ้น การใช้ถุงยางอนามัยจะกลายเป็นของธรรมดา และมีการใช้กันมากขึ้น ชายรักชายเพศจะถูกรังเกียจมากขึ้น ยาเสพติดจะมีการใช้น้อยลง ในอนาคตชายที่เคยส่ำส่อนเคยเที่ยวหาหญิงบริการทางเพศบ่อย ๆ อาจจะเปลี่ยนเป็นมีการยาน้อยมากขึ้น คนจะแต่งงานกันอาจจะต้องขอตรวจเลือดคู่รักเสียก่อนเป็นต้น (สถาพร มานัสสถิตย์ 2534 : 137)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ

โรคเอดส์เป็นโรคที่บั่นทอน ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและขัดขวางการพัฒนาประเทศอย่างใหญ่หลวง เพราะคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเอดส์มักจะเป็นคนในวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคนซึ่งกำลังจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากคนเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องมาเสียชีวิตในวัยนี้ก็จะเหลือแต่คนแก่ๆและเด็ก ๆ ที่ไม่สามารถพัฒนาประเทศ นอกจากนี้รัฐยังต้องจัดสรรงบประมาณ จำนวนมากในการที่จะมารักษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งควบคุมโรคนี้มิให้แพร่กระจายสู่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งการศึกษา วิจัย การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อสกัดกั้นโรคเอดส์มิให้แพร่กระจายออกไปได้อย่างรวดเร็ว และการค้นคว้าทดลองหายาที่จะรักษาโรคนี้หรือผลิตวัคซีนมาป้องกันโรคให้ได้ รัฐบาลสหรัฐประเทศเดียวต้องใช้งบประมาณปีละเป็นหลายพันล้านบาทในการควบคุมดูแลรักษาและศึกษาเรื่อง โรคเอดส์

นอกจากนี้การพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศก็จะมีอุปสรรคมากขึ้น เนื่องจากถ้าประเทศมีเอดส์มาก การลงทุนจากต่างประเทศก็จะลดน้อยลง การส่งสินค้าออกไปขายต่างประเทศก็จะถูกรังเกียจ แรงงานไทยที่จะไปทำงานต่างประเทศก็จะถูกกีดกัน อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวก็จะลดน้อยลงการขยายตัวทางเศรษฐกิจก็จะทำไม่ได้ เป็นต้น (สถาพร มานัสสฤติย์ 2534:138)

ผลกระทบต่อรัฐบาลและการเมือง

โรคเอดส์มิใช่โรคที่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่เกี่ยวข้อง แต่โรคเอดส์ได้กลับกลายเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทุกฝ่ายรวมทั้งนักการเมือง และรัฐบาลด้วย ถ้าหากรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรีหรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรใดไม่สนใจเรื่องโรคเอดส์และดำเนินนโยบายผิดพลาดอาจทำให้เกิดการสั่นคลอนต่อเสถียรภาพของรัฐบาลได้ (สถาพร มานัสสฤติย์ 2534 : 139)

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเองการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขอบ

ธรรมชาติ ประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดี (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:22)

ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มมีความสัมพันธ์กันอยู่ 3 ทฤษฎีดังนี้
(Orem 1985 : 34)

1. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self - care deficit)
3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self - care)

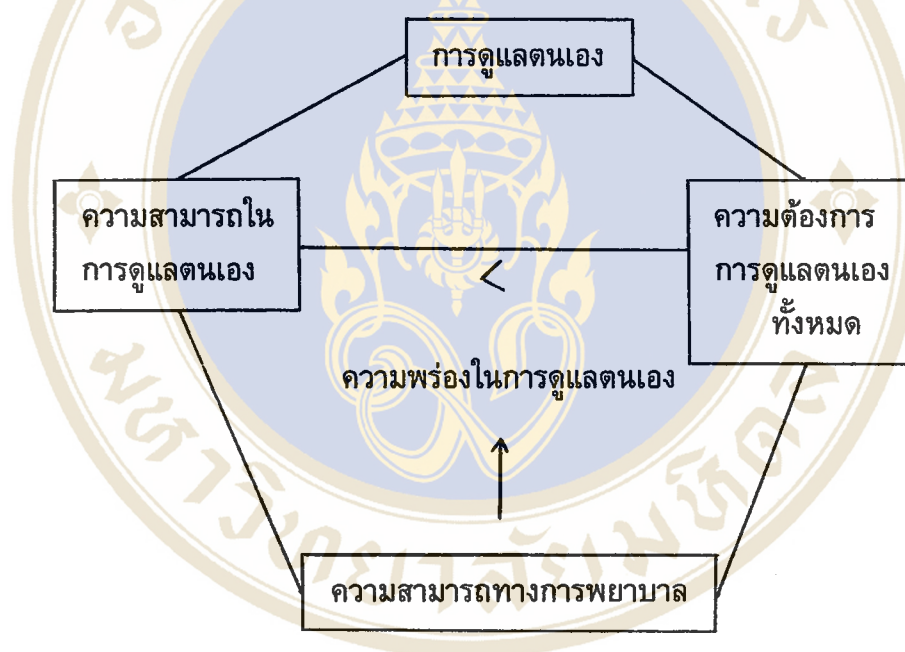
แนวคิดของมโนคติต่าง ๆ ของโอเร็ม (Orem 1985 : 31 - 32)

1. การดูแลตนเอง (Self - care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงานและความเป็นปกติสุข (Well-being)
2. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ทำให้เกิดผลดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการ และเกิดความเป็นปกติสุข (Well - being)
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองและรวมถึงความสามารถในการทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น
4. ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self - Care Deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) คือผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้

5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing Agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อค้นหาความต้องการ ออกแบบวางแผนและให้การดูแลผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

6. ระบบการพยาบาล (Nursing System) เป็นระบบการช่วยเหลือต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นหรือเพื่อควบคุม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

จากแนวคิดหลักดังกล่าวมาแล้ว สามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเรม ได้ดังนี้



< หมายความว่า น้อยกว่า

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี
(Orem 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 22)

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ
 ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ
 ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ
 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

ระยะที่ 1 : การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ระยะที่ 2 : เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



แผนภูมิที่ 3 ระยะของการดูแลตนเอง
 (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 24)

จะเห็นว่าแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลก็เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ และก่อให้เกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 25-26)

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดเซกภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคตหรือความสามารถ ของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย หรือกับเด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

สิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพคาดหวังคือการดูแลตนเองควรจะเกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล นั่นคือต้องเป็น "Therapeutic Self-Care" ส่วนคำว่า "Demand" หมายถึงความต้องการ หรือ "จำเป็น" และจะต้องใช้ความพยายามในการกระทำ ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าการดูแลตนเองนั้นควรจะให้ผลไปในทางที่ดีหรือเป็น

Therapeutic อยู่แล้วจึงแปล “Therapeutic Self-Care Demand” ว่าเป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสม กับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
 - 1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก
 - 1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
 - 1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม
 - 1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษา โครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย
 - 1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 - 1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 - 1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
 - 1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ จากขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้าง แบบแผน การพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่ง

ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตหน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดการเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & Prevention)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิต

ต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา เป็นต้น หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนามี 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

- อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด
- ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และใน ระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง



อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

ตัวอย่างเช่น บุคคลที่อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวลสูง รู้สึกสูญเสียความหวัง เป็นต้น จะต้องจัดการลดความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ หรือลดความรู้สึกเหล่านี้เพื่อสามารถจะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

3. ความต้องการตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างคลอดและหลังคลอดและจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ความต้องการในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

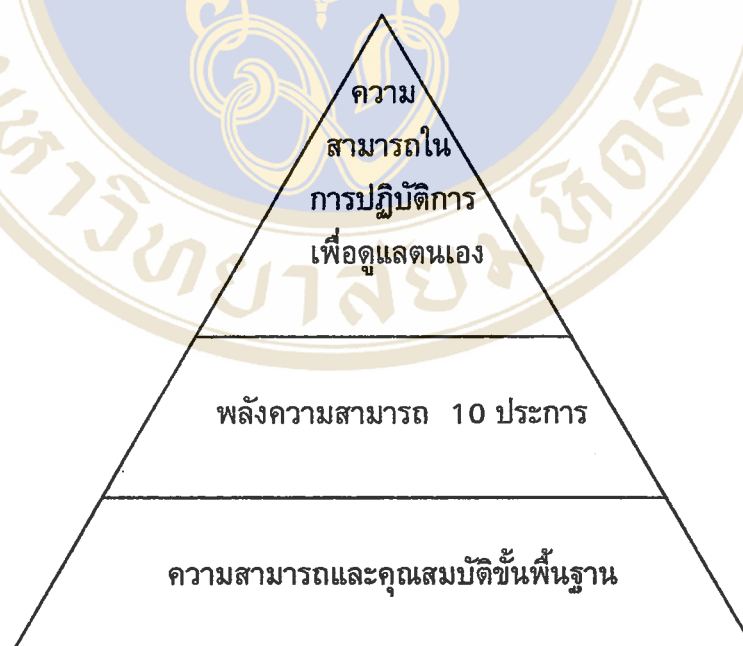
- 3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 จัดแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนา และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึง คุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือความสามารถในการดูแลตนเอง จัดเป็นพลังของบุคคล (Human Agency) ที่จะกระทำในสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ แกส เดนนิส แคมเบล และคณะ (Gast, Denys, Campbell et al., 1989 : 26-38) วิเคราะห์องค์ประกอบของความสามารถดูแลตนเองประกอบด้วย

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and disposition)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self care)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations)

ซึ่งความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานในระดับที่สูงขึ้นไปดังรูป



แผนภูมิที่ 4 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
(Gast et al. 1989 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 33)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ประกอบด้วย

- 1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการให้เหตุผล
- 1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
- 1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.5 นิสัยประจำตัว
- 1.6 ความตั้งใจ
- 1.7 ความเข้าใจตนเอง
- 1.8 ความห่วงใยในตนเอง
- 1.9 การยอมรับตนเอง
- 1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components)

โอเร็ม และเทเลอร์ (Orem & Taylor 1986 : 37-71) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

- 2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

- 2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติ การดูแลตนเอง
- 2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาท เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

โอเร็ม และเทเลอร์ (Orem & Taylor 1986 : 37-71) มองพลังความสามารถ 10 ประการนี้ ในฐานะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

- 3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
- 3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นจะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการแล้ว โอเร็ม (Orem 1985 : 220-221) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ยังเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความ

สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ระบบครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานนั้นเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 51) ซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งที่จะส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นหรือลดลง ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค

เพศ อาจทำให้เกิดความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองได้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 137) และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 22) ซึ่งย่อมหมายถึง ความพร้อมในการดูแลตนเองที่อาจแตกต่างกันระหว่างเพศ และจากการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศชาย และโอลเดนเบอร์ก และคณะ (Oldenburg et al. 1988 : 555) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาและมาตรวจตามนัดมากกว่าผู้ป่วยชาย และไอเซนและคณะ (Eisen et al. 1985 : 185) โรเซนสตอค (1974 : 355) แอนเดอร์สัน และนอร์ริส (Anderson and Noris 1972 : 352) คอคเกอร์แฮม (Cockerham 1982 : 70) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าชาย ซึ่งสอดคล้องกับ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 : ค) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงมารับการรักษามากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ เพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง และเทพพนม เมืองแมน (1983 : 43-53) พบว่า วัยรุ่นชายร้อยละ 30 มีประสบการณ์ในการเที่ยวหญิงโสเภณี และหมอนวด เช่นเดียวกับ กิตติพัฒน์ นนทปัทมดุษย์ (2532) ที่ศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศชายมักมีพฤติกรรม "ซั้้นครู" กับโสเภณี โดยมีเพื่อนรุ่นพี่พาไป

อายุ เนื่องจากโอเร็ม (Orem 1991 : 220, 239) กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ เช่น วัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะน้อยลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น เพราะวัยนี้ความสามารถในการดูแลตนเองและสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : ข) อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดังที่โอเร็ม (Orem 1980 : 154) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราชูฉิมพานิช (2535 : ข) และศิริวิรัช วัฒนสินธุ์ (2534 : ข) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ป่วยที่สูญเสียขาและผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al.

1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ช่วงอายุ 15-24 ปี และ 50 ปีขึ้นไป และเสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535 : 84) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทราโดน และมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 43) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษแต่จากการศึกษาของการ์ดเนอร์และคณะ (Gardner et al. 1992 : 782) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะมีความรุนแรงของโรคเร็วกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีโดยเปซโซติและคณะ (Pezzotti et al. 1992 : 745-746) ในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 42 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จะมีความรุนแรงของโรคช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี เป็นสองเท่า และสี่เท่าตามลำดับ

ระดับการศึกษา โอเร็ม (Orem 1985 : 120, 175) กล่าวว่า การศึกษาทำให้นุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง ดังเช่นการศึกษาของแมคคานิค และเคลียร์ (Mechanic + Cleary 1980 cited in Yarcheski + Mahoon 1989 : 89) มูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp + Sayles 1986 : 336) ต่างก็พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการให้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของรูธส์ (Ruth 1973 : 135-136) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักประสบกับปัญหาในการทำมาเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ข) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์และจอณะจง เฟ็งจาด (2532) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 91) และน้อมจิตต์ สกกุลพันธ์ (2535:ข)พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และผู้

ป่วยเบาหวาน รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาของอัจฉรา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย และรายได้ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานทำให้มีทักษะในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ชี้บ่งถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว และคู่สมรสซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 41) จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 43) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส และจากการศึกษาของบราวน์ (Brown 1983 : 161) พบว่าคนที่แต่งงานแล้ว มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : ข) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2531:91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขาดของเสียทางเยื่อช่องท้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ และพบว่าชายที่เที่ยวหญิงบริการทางเพศส่วนใหญ่ ร้อยละ 50-70 จะเป็นโสด และส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20-30 ปี ซึ่งในภาคเหนือประมาณ ร้อยละ 5-10 ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ไปแล้วและในอีก 5-10 ปี ข้างหน้าเมื่อชายเหล่านี้แต่งงานจะมีโอกาสแพร่เชื้อให้ภรรยาและบุตรของตนเองต่อไปอีก

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) บุคคลที่มีรายได้ดี จะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเข้าถึงบริการต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เช่น จากการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ข) พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ และจากการ

ศึกษาของวิลลัดน์ กูวราวุฒิปานิช (2532 : ข) และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : ข) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และ ศิริวิมล วัฒนสินธุ์ (2534 : 67) พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การแสดงอาการของโรค เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ หรือ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และร่วมกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบัน และอนาคต (Orem 1991 : 117) ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปตามระยะของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัด ในการดูแลตนเองทั้งความสามารถในการตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ และต่อเนื่องจึงจะบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 117, 120) นอกจากนี้อาการของโรคที่ไม่คงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตได้ เมื่อความรุนแรงของโรคสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden 1988 : 99) ซึ่งอาจมีผลต่อแรงจูงใจและทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ จะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า

ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

โอเร็ม (Orem 1991) ได้อธิบายว่าความพร้อมในการดูแลตนเอง เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care Agency) ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ที่มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจำนวนมากและซับซ้อน ย่อมต้องใช้ความสามารถสูงในการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ จึงมีโอกาที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้มากกว่าบุคคลที่มีความต้องการการดูแลตนเองไม่มาก และซับซ้อนน้อยกว่า ดังนั้นการวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นทั้งความสามารถ และข้อจำกัดของบุคคลที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดที่แตกต่างกันนี้ (สมจิต

หนูเจริญกุล 2537 : 310) ซึ่งในทัศนะของโอเร็ม(Orem 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 27-31) ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด(Therapeutic Self - care Demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะหนึ่งซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3 ด้านคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์หลายคนต้องทุกข์ทรมานกับอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ซึมเศร้ารับรู้ถึงความสูญเสียและจะต้องมีกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงต้องการการระมัดระวังรักษาสุขภาพประจำวันเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้รู้สึกว่าคุณค่า (Phipps et al. 1991 : 2233) เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายปี และสามารถรักษาสุขภาพตลอดจนคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้โดยไม่จำเป็นต้องกลายเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นหรืออาจเป็นซ้ำก็ได้โดยลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและภูมิคุ้มกัน ตลอดจนลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลทั้งทางกายและจิตใจ (Lang 1993:54) และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993: 20) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ร้อยละ 49 ขาดการระมัดระวังสุขภาพ ส่งผลให้ระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์สั้นลงเหลือเพียงประมาณ 9 เดือน และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีความเศร้าโศกเสียใจ และเสียขวัญซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน จะมีอัตราการตาย และไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบต่าง ๆ ของโรคได้(Wright and Gidden 1993 : 148) ดังนั้นจึงสมควรที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และในขณะเดียวกันก็ต้องป้องกันมิให้ผู้อื่น หรือคนที่รักติดโรคเอดส์จากตนเอง ก็จะทำให้ไม่เป็นที่รังเกียจของคนที่อยู่ด้วยและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขได้เป็นอย่างดี (สถาพร มานัสสถิตย์ 2534 : 141) ซึ่งผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่สามารถต่อสู้กับการมีเชื้อเอชไอวีไปได้หลาย ๆ ปี นั้นเมื่อถึงเวลาหนึ่งในอนาคตอาจมียา และการรักษาที่สามารถรักษาพวกเขาได้ (Wright and Gidden 1993 : 148)

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดจากการติดเชื้อโรคเอดส์ และดัดแปลงการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่ปกติของร่างกายส่งเสริมพัฒนาการและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 13) การที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) ซึ่งเป็นคุณสมบัติอันซับซ้อนของมนุษย์ที่ได้สร้างและพัฒนามาทุกระยะพัฒนาการของชีวิต ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1991 : 65,145-149) ประกอบด้วย ความ

สามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง โดยแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานไปสู่ระดับที่สูงขึ้นไป (Gast, et al. 1989 : 27) จากการติดเชื้อโรคเอดส์อาจมีผลทำให้ความสามารถเหล่านี้มีจำกัด และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้ จะทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีสุขภาพอ่อนแอ เกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่อาจดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีดังนี้คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.1 ร่างกายได้รับอากาศที่เพียงพอ โรคปอดเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดในผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในสถานพยาบาลโดยพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีโรคปอดอักเสบ (*Pneumocystis carinii*) ถึงร้อยละ 60 (Long et al. 1993 : 394) นอกจากนี้โรคปอดที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ได้แก่ ปอดอักเสบจากจุลชีพฉวยโอกาส (โปรโตซัว, ไวรัส, เชื้อรา) วัณโรคปอด เนื้องอกในปอด (Kaposi 's sarcoma ในระบบทางเดินหายใจ) มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (Hodgkin, non-Hodgkin lymphoma) หรือปอดอักเสบ interstitial ที่ไม่ทราบสาเหตุ (สุรพล สุวรรณกุล,ในสุรพล สุวรรณกุลและอมร ลีลารัตน์,บรรณาธิการ 2536 : 196) ซึ่งอาการไอแห้ง ๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในโรคปอดอักเสบ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์,ใน มัทนา หาญนิษฐ์ และอุษา ทิสยากร,บรรณาธิการ 2535 : 35) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควรดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอโดยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ในที่แออัด - อับชื้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม (Phipps et al. 1991: 2231)

1.2 ร่างกายได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มักมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้การดูดซึมอาหารและน้ำลดลง (Phipps et al. 1991 : 2233) มีรายงานว่า การลดลงของน้ำหนักจะพบประมาณร้อยละ 93-100 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ (Joyce et al. 1992 : 183) และเชื่อว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารประมาณร้อยละ 50-90 % โดยพบว่าอาการสำคัญต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารพบบ่อยและสำคัญที่สุดคือ อุดจากระวัง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย อาการอื่นที่พบได้ เช่น อุดจากระวังเรื้อรัง อาการเจ็บที่ปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องผูก อาการเหลือง ตับโต โรคของทางเดินน้ำดี อาการเหล่านี้จะปรากฏในระยะใดของโรคก็ได้แต่ส่วนใหญ่จะเริ่มปรากฏเมื่อผู้

ป่วยเข้าสู่ระยะกลุ่มอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และจะพบบ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น (สภาพ มานัสสถิตย์ และ สุรพล สุวรรณกุล, ในสุรพล สุวรรณกุลและอมร ลีลา รัตมี, บรรณาธิการ 2536 : 257) การมีไข้ หรือการติดเชื้อ ทำให้สูญเสียสารอาหารในร่างกายไปมาก และร่างกายก็ต้องการโปรตีนกับสารพลังงาน (แคลอรี) มากขึ้น แต่อาการท้องเดิน ไม่อยากอาหาร มักจะเป็นอุปสรรคต่อความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตามการขาดอาหารขาดโปรตีน และสารพลังงาน จะทำให้การไหลเวียนของเม็ดเลือดขาว ทำงานได้ไม่ดี และยังทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงด้วย สารโปรตีนในอาหารช่วยเสริมสร้างเซลล์ใหม่ ๆ ให้ร่างกาย และยังช่วยซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ หรืออ่อนแอ อันมีผลเนื่องมาจากการต่อสู้กับเชื้อโรคต่าง ๆ และถ้าเราไม่สามารถป้อนโปรตีนให้กับร่างกายได้ ร่างกายก็จะไปแบ่งเอาโปรตีนในกล้ามเนื้อเราไปใช้ ก็ทำให้เราสูญเสียโปรตีนในส่วนที่ใช้เคลื่อนไหว ออกแรงอาจถึงกับทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า (Moffatt et al. อ้างใน จุมพล อภิสุข 2537 : 4) และพบภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลต่อการลดการอยากอาหารได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรมีการจดบันทึกจำนวนอาหารและน้ำที่ได้รับในแต่ละวันและหมั่นชั่งน้ำหนักทุกวันเพื่อดูว่าน้ำหนักลดหรือไม่ ดูแลน้ำหนักตัวให้คงที่ต็ม น้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 - 3,000 CC. รับประทานอาหารที่มีโปรตีน แคลอรีสูง วิตามิน และเกลือแร่เช่น กล้วย ส้ม องุ่น ซึ่งมีโปตัสเซียมสูงทดแทนที่สูญเสียไปกับอาการท้องเดิน ควรรับประทานผักสด อาหารที่ชอบ อาหารเสริม อาจให้เครื่องดื่มกระตุ้นการอยากอาหาร รับประทานอาหารที่ง่ายต่อการกลืน เช่น อาหารที่มีลักษณะคล้ายวุ้น, โยเกิร์ต, ขนมนึ่งใส่กรอก เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศมาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส รักษาความสะอาดของปากฟัน ก่อน-หลัง รับประทานอาหาร และก่อนนอน (ซึ่งการรักษาความสะอาดปากฟันก่อนอาหารจะช่วยให้การรับรสชาติอาหารดีขึ้น และช่วยกระตุ้นการอยากอาหารด้วย) และจัดบรรยากาศให้น่ารับประทานเช่น สิ่งแวดล้อม ดนตรี ทำที่สุขสบาย แนะนำให้เลิกดื่มสุรา ยาที่มีผลต่ออารมณ์ ยาเสพติด และงดสูบบุหรี่ เพราะมีผลต่อภาวะโภชนาการ ระคายเคืองกระเพาะอาหารและทำให้การดูดซึมไม่ดี แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารมัน ถ้ามีอาการอาเจียนหลีกเลี่ยงอาหารหวาน (Long et al. 1993 : 392; Phipps et al. 1991 : 223) ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถต้านทานการติดเชื้อ และสามารถรักษาน้ำหนักให้เป็นปกติ (Lang 1993 : 54)

1.3 การขยับถ่ายและการระบายของเสีย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มักมีอาการอุจจาระร่วง ร้อยละ 60 และโรคผิวหนังเป็นโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ยังไม่มีอาการจนถึงเป็นเอดส์เต็มขั้น โรคผิวหนังที่พบบ่อย เช่น โรคติดเชื้อที่ผิวหนังเช่น โรคติดเชื้อแบคทีเรีย โรคติดเชื้อไวรัส โรคติดเชื้อรา โรคติดเชื้อมัยโคแบคทีเรีย ซิฟิลิส โรคติดเชื้อปรสิต โรคหิด โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis vulgaris) ผิวหนังแห้งแตก

(Xerosis) ความผิดปกติจากภูมิไวเกิน และ มะเร็งของผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) เป็นต้น (สุรพล สุวรรณกุล และป่วน สุทธิพิณจิธรรม,ในสุรพล สุวรรณกุลและอมร ลีลารัตน์, บรรณาธิการ 2536 : 114 - 129) ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทุกวันใช้สบู่อ่อนที่เป็น สบู่เหลว ทาโลชั่น บำรุงผิวป้องกันผิวแห้งแตก ตลอดจนฝึกนิสัยการขยับถ่ายให้เป็นเวลาสังเกตลักษณะสี จำนวนของการขยับถ่ายอุจจาระ ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ขยับถ่ายให้สะอาด สังเกตสีและลักษณะของผิวหนัง เป็นต้น (Long et al. 1993 : 390)

1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ความเครียดของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มักเป็นภาวะวิกฤต ซึมเศร้า และอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (Long et al. 1993 : 373) การที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดี ควรพยายามลดภาวะเครียด ปล่อยให้ได้ พยายามยิ้มแย้มแจ่มใส พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงการนอนหลับ ขณะที่พักผ่อนอยู่นั้นการทำงาน ของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุงและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม

ควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (Range of Motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติด (Phipps et al. 1991 : 2233) การเดิน แอโรบิค จะช่วยให้การแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอดดีขึ้น และอาจเพิ่มการต้านทาน ต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ นอกจากนี้การออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและรสนิยม เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เป็นต้น ซึ่งการอบอุ่นร่างกาย(Warm - up) ก่อนออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน การเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและข้อซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดผลกระทบจากการเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อในระหว่างการเจ็บป่วย และช่วยชดเชยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นภายหลัง (Lang et al.1993 : 55) สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงต้องเป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้ การหายใจและการไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นซึ่งความเหมาะสมของการออกกำลังกายอาศัยการนับชีพจรขณะออกกำลังกาย หรือทันทีที่หยุดออกกำลังกายซึ่งการออกกำลังกายนอกจาก จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว จิตใจแจ่มใส มีอารมณ์เยือกเย็นไม่หุนหันพลันแล่น ช่วยคลายความเครียด ทำให้ความคิดอ่อนปอดโปร่ง (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ 2534: 6-8) และช่วยให้ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น และยับยั้งการกดภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นผลกระทบของภาวะเครียด และวิตกกังวล (Lang et al. 1993 : 55)

1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธต้องเผชิญหน้ากับความรู้สึกผิดหรือเป็นมลทิน สูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียบทบาท การเป็นสมาชิกในสังคมสูญเสียสัมพันธภาพ ถูกแบ่งแยก ไม่ได้ได้รับความเห็นอกเห็นใจ มักมีความสนใจกับผู้อื่นน้อย อาจปราศจากการติดต่อกับสังคมกลายมาเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักห่างเหินจากครอบครัวไปจากการประหม่าและรังเกียจของสังคม เกิดความไม่มั่นคงของชีวิตในอนาคต ต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา มีการรับรู้ที่เลวลงหรือเสื่อมลง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Gee 1988 : 361 ; Kelly and Lawrence 1988 : 125 ; Kelly et al. 1993 : 215) ซึ่งการรังเกียจของสังคม ปฏิกริยาการแสดงออกของผู้อื่นต่อการรังเกียจผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดที่รุนแรง และเพิ่มความทุกข์มากขึ้น ตลอดจนเพิ่มความรู้สึกสูญเสีย หมดหวัง ทำให้รู้สึกต่อต้าน และปราศจากความรัก (Wright and Gidden 1993 : 142) ดังนั้นการมีความเป็นตัวของตัวเองมีอิสระ และขณะเดียวกันเกิดความผูกพันกับสังคม การมีการรับรู้และความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ การส่งเสริมและสร้างความรัก มิตรภาพความอบอุ่น ความผูกพัน ตลอดจนความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวจะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้พัฒนาด้านจิตใจ และสุขภาพ ช่วยลดปัญหาด้านการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์(กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ 2533 : 234 ; Kelly and Lawrence 1988 : 115)

1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี โดยให้ความสนใจระมัดระวังกระทำการป้องกันอุบัติเหตุ หรือการได้รับบาดเจ็บ (Phipps et al. 1991 : 2233) การรักษาความสะอาดในช่องปากควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม (เพื่อลดการเกิดบาดแผล + การติดเชื้อ) หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือก่อน-หลังอาหาร และก่อนนอน เพื่อป้องกันฟันผุและติดเชื้อ (Long et al. 1993 : 390) หลีกเลี่ยงและป้องกันเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น โดยการมีสุขอนามัยที่ดีไม่ใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่อาจปนเปื้อนเลือด และสิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ มีดโกน เข็มฉีดยา หวี แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ไม้แคะหู ที่เจาะหู ที่สักผิวหนัง เป็นต้น จึงเว้นการสำส่อนทางเพศ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

1.7 การมีชีวิตอย่างปกติสุข ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีสุขภาพที่ดีได้ จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพโดยไม่ไปรับเชื้อเพิ่มอีกโดย ลดคู่นอน, ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์, ไม่ฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกับคนอื่น และ

ทำภูมิด้านทานให้ดีโดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ ต้องพยายามมีขวัญ กำลังใจ ฝึกสมาธิ ปลงให้ได้ พยายามยิ้มแย้มแจ่มใส ละทิ้งความทุกข์ ควรทำงานประจำที่มีอยู่ ถ้าหากถูกไล่ออกจากงาน เราก็หางานทำเองต่อ เช่น งานบ้าน อ่านหนังสือ ฯลฯ อย่าอยู่ว่าง เพราะการอยู่ว่างนี้จะทำให้คิดมาก พยายามทำคุณงามความดี ทำบุญกุศล พยายามทำประโยชน์ต่อสังคมมาก ๆ เช่น ช่วยเหลือคนที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์ให้ทำได้ อาจเป็นอาสาสมัคร สอนวิธีการปฏิบัติตัว ช่วยดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์ด้วยกัน อย่างถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ตลอดจนถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบมาโรงพยาบาล (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย 2535 : 190)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

2.1 ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัยนั้น คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามพัฒนาการตามวัย พิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงวัยชรา ขึ้นกับการเลี้ยงดู สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สัมพันธภาพภายในครอบครัว จากความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ จำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การทำสมาธิ สวดมนต์ พักผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือวิธีอื่น ๆ เพื่อลดความเครียดความวิตกกังวลลง (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย 2535 : 190 ; Lang 1993 : 55)

2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีความวิตกกังวล เศร้า ถูกแยกจากสังคม ถูกปฏิเสธจากครอบครัว คู่รัก เพื่อน และผู้ร่วมงาน ต้องเปลี่ยนการดำรงชีวิตใหม่ ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกดดันทางจิตใจ หดหู่ คิดอยากฆ่าตัวตาย บางรายล้มเหลวในการจะมีชีวิตต่อไป ต้องการการยอมรับและการประคับประคองจิตใจให้มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป (Kelly and Lawrence 1988 : 88 - 130)

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ ในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะมีการยอมรับความผิดปกติและการวินิจฉัยของแพทย์ เข้าใจภาวะที่เกิดขึ้นกับตนได้เร็วกว่า จึงทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ จากความรู้สึกอายน้อยกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงซึ่งจะถ่ายทอดความโกรธไปสู่การดำเนินพฤติกรรมทางเพศ และใช้ยาเสพติดที่อาจจะเป็นอันตรายต่อ ตนเองและผู้อื่นแสดงอารมณ์โกรธต่อผู้ให้การดูแลรักษา รู้สึกกังวล ไม่แน่ใจต่อสิ่งที่แพทย์บอก แยกตัวจากครอบครัว สังคม หดหู่กำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต เดลลีย์

(Delley 1986) กล่าวว่า “สิ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องการมากที่สุดคือ ต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจเข้าใจในตัวเขา” ดังนั้นต้องให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ยอมรับการวินิจฉัยโรค และแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง โดยมารับการตรวจรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ได้รับคำปรึกษาการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ตลอดจนอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน และพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนเอง และครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นได้ ซึ่งจากการศึกษาของ สมพร โตศิริพัฒนา (2531 : 59 - 65) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจิตอาสาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์ยังมีการยืมเข็มระหว่างกลุ่มถึงร้อยละ 61.4 และมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศโดยไม่ให้หญิงบริการทางเพศใช้ปากให้ร้อยละ 45.4 เป็นต้น ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงมักไม่มีปัญหาในการรับรู้และสนใจต่อโรค จะตระหนักและคอยตรวจสอบภาวะสุขภาพ และพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงควรแนะนำให้ตระหนัก รับรู้ สนใจ ในพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับและลดพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค ก่อนอื่นผู้ป่วยควรยอมรับการวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องการเวลาและความรู้ เพื่อการปรับตัวปรับใจในการยอมรับโรค ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ การเกิดโรค สาเหตุของโรค การติดต่อ การรักษาการป้องกันและควบคุมโรค การปฏิบัติตามในระยะต่าง ๆ ของโรค (บรรจง คำหอมกุล, 2535 : 73) ซึ่งในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มักยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง อาจไม่ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยอาจจะแสวงหาการรักษาตามความเชื่อของตน หรือไม่คิดที่จะดูแลตนเอง คิดว่าไม่หายต้องตายแน่นอน ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกโกรธแค้น ก้าวร้าว แพร์เชื่อให้ผู้อื่น

3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้นหากปฏิบัติไม่ดี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากยา อาจได้รับความไม่สบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา เฝ้าระวังและสังเกตผลข้าง

เคียงของโรคและอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล มีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อลดความไม่สบายที่เกิดขึ้น

3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีผลต่อภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดการช่วยเหลือ หมดหวัง แยกตัว ทำลายสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว สังคม(Kelly and Lawrence 1988 : 125) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยายามปรับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ปรับบทบาทหน้าที่ ปรับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งการมีคุณค่าของตนเอง

3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จะต้องยอมรับในภาวะสุขภาพของตนและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเมื่ออยู่บ้าน โดยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถที่มีอยู่ และพัฒนาที่ภาวะการปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิตต่อสภาพที่เกิดขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) คือ "Percipere" ซึ่ง per หมายถึง "ผ่าน" (through) และ cipere หมายถึง "การนำ" (to take) (cited in Blunting 1988 : 168) ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary 1975 : 1100) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า คือ การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

แกริสัน และมากูน (Garrison and Magoon 1972 : 673) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกาย กับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไรมีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเรา เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

แชพลิน (Chaplin cited in Bunting 1988 : 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า "เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของ

มนุษย์ในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และเป็นการรับรู้โดยสัญชาตญาณ หรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน

คิง (King 1984 : 24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 377) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ ไว้ว่าหมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

สุชา จันทน์เอม (2533 : 119) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิข้างล่าง



นอกจากนี้คิงยังได้สรุปคุณลักษณะสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้คือ (King 1984 : 23-24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 378 ; สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2533 : 17)

1) การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คิงกล่าวว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปรธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บเข้าไปในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้งมนุษย์ ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณา และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า เช่นเดียวกับที่ผ่านมาซึ่งก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2) การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Elective and Subjective) ถึงแม้ว่าจะเป็นกรรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถจะสรุปได้ว่า แต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

3) การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องการมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วยเสมอ

4) การรับรู้เป็นปฏิบัตินสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกระหว่าง บุคคลหลาย ๆ คนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

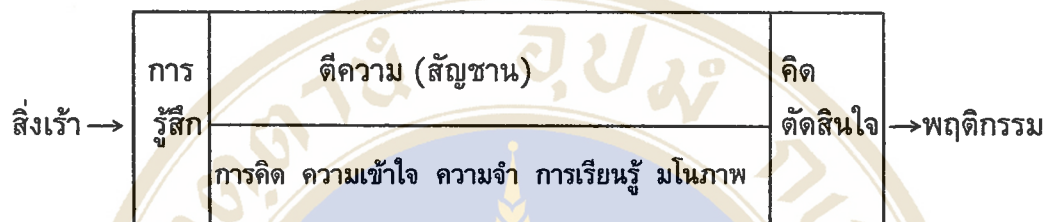
กระบวนการของการรับรู้

การรับรู้ของบุคคล เป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensation) เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล แล้วกระบวนการจดจำและแปลความหมายของข้อมูลจะเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคล เป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความหมายนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว จึงสรุปได้ว่ากระบวนการรับรู้ นั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การเลือก (Selection) การจัดระบบ (Organization) และการแปลความ (Interpretation) (สิทธิโชค วรานุสันติกุล 2524 : 59-65) ซึ่งต่อจากนั้นก็จะมีพฤติกรรม การแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) สู่วิธีการรับรู้ อีก ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจโดยไม่หยุดนิ่ง และมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-time continuum) (McGhie 1986 : 215-216 ; Petteault 1985 : 29) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นจริง หรือสอดคล้องกับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ส่วน King (King 1981 cited in Blunt 1988 : 17) ได้กล่าวว่า กระบวนการของการรับรู้ จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

- 1) การนำเข้าของข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ
- 2) การส่งต่อของข้อมูล
- 3) ขบวนการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ
- 4) การเก็บและจดจำข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ
- 5) การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่

นอกจากนั้น กันยา สุวรรณแสง (2532 : 128) ยังกล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Senseing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Dicision making) การแสดงพฤติกรรม ซึ่งเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



กระบวนการภายนอก → ขบวนการภายใน → ขบวนการแสดงออก
 สิ่งเร้า → การรับรู้ → ปฏิกริยาตอบสนอง

แผนภูมิที่ 5 กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)
 (กันยา สุวรรณแสง 2532 : 129)

ความสำคัญของการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2532 : 150) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้คือ

1) การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการดังนี้

สิ่งเร้า → ประสาทสัมผัส → ตีความและ → การรับรู้ → เกิดสิ่งกับเป็น
 กับสิ่งเร้า รู้ความหมาย การเรียนรู้

ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจาก ความรู้ความจำเดิมจะช่วย แปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร

2) การรับรู้ มีความสำคัญต่อ เจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้ แล้ว ย่อมเกิดความรู้สึก และมีอารมณ์ พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunners & Suddarth 1988 : 6) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 374)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่งซอนยาและคณะ (Sonja et al. 1981 : 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นไม่ได้หมายความว่า ไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ นั้นมักจะหมายถึง ความสามารถทางร่างกายในการกระทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตนตามปกติเมื่อบุคคลถูกคุกคาม หรือ รับรู้ว่าถูกคุกคาม หรือเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด และบุคคลนั้นก็ประเมินถึงภาวะสุขภาพของตนบ่อยครั้ง เพื่อให้คำจำกัดความของสุขภาพใหม่ และมีปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลประการหนึ่ง โดยการรับรู้จะเป็นตัวกลั่นกรอง หรือ เปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อตนเอง และบุคคลจะมองภาวะเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากแค่ไหนขึ้นกับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการ อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์ พยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ สำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์นั้นนอกจากภาวะการดำเนินของโรคแล้ว ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ยังได้รับผลกระทบด้านจิตสังคม จากการประณามและรังเกียจ

ของสังคม ผู้ป่วยแต่ละคนจึงมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ ดังนั้นเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แต่ละคนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจัดหรือลดความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาแนวทางการศึกษาเพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้อย่างแท้จริง (Travelbee 1971 : 13)

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ทั้งนี้เนื่องจากความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนดังรายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ พอสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ได้ดังนี้คือ ในอดีตการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้ด้วยคำถามเพียงประโยคเดียว ซึ่งเป็นการถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และส่วนใหญ่จะมีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ ดีมาก, ดี, พอใช้ หรือแย่มาก เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้นมา ดำเนินการโดย บรูค และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งพอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (Brook, et al. 1979 : 9 - 27)

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ ทักษะคิด ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่งหรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนานซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบเมื่อประมวลเข้ากับประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสม มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้น ก็ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดในการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" นั้นเอง (Orem 1985 : 173) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาว່ายอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมดหวังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance

or Subceptability to Illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อ ทัศนคติ เกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หรือไม่ด้วย

ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็就会有ความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวล หรือ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/Concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ ๆ ว่าอาจไม่มี ความผิดปกติใด ๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจและให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-Oriented)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วย สลับกันไปเป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอน การดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา มีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

แนวความคิดของ "การรับรู้ภาวะสุขภาพ" ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น โอเร็ม ได้กล่าววาทพิงไว้ในความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ด้าน

“ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน” ซึ่งเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางคนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพการทำงานดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ไม่เกิดหรือลดความพรัองในการดูแลตนเอง เป็นการรักษาสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะสามารถดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การจัดหรือลดความพรัองในการดูแลตนเองนั้น ต้องอาศัยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเอง การตระหนักในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะเผชิญกับปัญหาสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ส่งผลให้ไม่เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง และนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพจะทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและยังเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อที่จะให้มีสุขภาพดีขึ้นอีกด้วย (Pender 1987 : 64) อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ย่อมแตกต่างกัน และส่งผลต่อความพรัองในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้วย ผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเบี่ยงเบนไปจากความจริง จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคามเกิดความเครียด วิดกกังวล และถ้าระดับของความวิตกกังวลมีมากเกินไป ก็จะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การประเมินตัดสินใจเหตุการณ์หรือตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเกิดความพรัองในการดูแลตนเอง อันจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยภาวะของโรครุนแรงได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องตามความเป็นจริง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ หรือเกิดความรู้สึกเครียดในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ เกิดแรงกระตุ้น แรงจูงใจให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ไม่เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อีกด้วยซึ่งกรณีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากความจริง อาจจะทำให้เกิดความกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดถึงแต่ความตายที่ใกล้เข้ามา จนอาจฆ่าตัวตายได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคลลีและคณะ (Kelly et al. 1993 : 216) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีความซึมเศร้าทางอารมณ์ มีผลต่ออาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์ได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535 : 95) พบว่า

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และวิลลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2532 : ข) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต จากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตก่อให้เกิดการรับรู้ที่แตกต่างกันถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ หรือมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องส่งผลให้ไม่เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความถี่และความจริงจังในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การศึกษาของซิดนีย์ และแซฟเฟิร์ด (Sidney and Shephard cited in Pender 1987 : 14) ที่ได้ศึกษาการฝึกฝนสมรรถภาพร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นเวลา 14 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม The Cornell Medical Index Health Questionair พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่รายงานอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในอดีตมาก ๆ จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในด้านความถี่ และความจริงจังน้อยกว่าผู้ป่วยที่รายงานอาการไม่สุขสบายในแบบสอบถามน้อยๆ จะเห็นได้ว่าแม้ปัจจุบันจะไม่พบการเจ็บป่วยแล้วก็ตามแต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในอดีต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบาย ซึ่งอาจกลับมาแสดงให้เห็นอีกครั้งและการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว หลีกเลี่ยง และลดความสามารถของบุคคลที่จะเข้าร่วมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสุขภาพในแต่ละวัน หรืออาจบ่งบอกว่านั้นขึ้นอยู่กับทำให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้เกิดพฤติกรรมขึ้น กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น "ความรู้สึกสบายดี" จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ทำให้มีความพร้อมและหันมาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป เช่น การศึกษาของดิชแมนและคณะ (Dishman et al. cited in Pender 1987 : 64) ที่ให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มักมีส่วนเกี่ยวข้องในการเพิ่มความเป็นไปได้ของพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christensen cited in Pender 1987 : 64) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี จะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี จากการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan 1987 : 32) ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 79 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติ

กรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ สิริอร พัวศิริ (2533:58) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ผลสืบเนื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตได้ตามความรู้สึกของตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันที่เป็นไปในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เมื่อมีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม และความรู้สึกคาดเดาในทางบวก และความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องต่อเนื่องในอนาคต ทำให้ไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเคปเลนและเคอเลส (Kaplan and Cowles cited in Pender 1987:64) ที่กล่าวว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดไปนั้น จะต้องให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความผาสุกอย่างรวดเร็ว และสังเกตได้ชัดในปัจจุบันซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมการเห็นคุณค่าของสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตที่มีความยากลำบากให้ต่อเนื่องและกว้างออกไป ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่คาดว่าสุขภาพของตนเองในอนาคตจะต้องเลวลงอย่างแน่นอน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จะมีความรู้สึกท้อแท้ ยอมแพ้ต่อโรคขาดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้

4. การรับรู้ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ สูง หรือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงนั้น จะทำให้เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบเมื่อเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพนั้นโดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตเป็นระยะเวลานาน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความยุ่งยากของการรักษา ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิต ครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมมาก จะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันโรคมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาและแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532 : 54 ; Becker and Maiman 1975 : 10-24 ; Chang 1980 : 55) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีความต้านทานโรคต่ำจึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากโรคอื่น ๆ ได้ง่าย เมื่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รับรู้จุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน ทำให้ไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ การพักผ่อนอย่างเต็มที่ การหลีกเลี่ยงจากบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ฯลฯ การที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ระบุว่าตนเองมีความต้านทานโรค หรือเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย ย่อมแสวงหาวิธีการลดหรือ ป้องกันโดยแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองตามภาวะนั้นและจากการศึกษาของเนลสันและคณะ (Nelson et al. 1978 :63) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง การศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ค) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531 : 96-97) ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน และจากการสำรวจ ของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 354-386) ในกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับบริการฉีด วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโปลิโอ มีความ เชื่อว่าโรคนี้มีความรุนแรง และเชื่อว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคโปลิโอได้ บุคคลเหล่านี้มีความ พร้อมในการไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคจะเห็นว่าความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับ ความต้านทานโรค หรือ การเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของ ตนและเชื่อว่ามีกิจกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงหรือเพิ่มความต้านทานต่อการเกิดโรคได้

5. ความวิตกกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ถึงผลกระทบที่ เกิดจากความเจ็บป่วย และอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตนั้น ถือเป็นการคาดการณ์ ไปล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการทางการแพทย์ การที่ต้อง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา และระยะเวลาที่ยาวนานใน การรักษา ความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับ ประทานยาและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรก ซ้อนของการรักษา ซึ่งการรับรู้เหล่านี้อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมาก กว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความขัดแย้งในใจและเกิดการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย (Murdaugh and Hinshaw 1988 : 626) และการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถือเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมดูแล ตนเอง (Connelly 1988 : 626) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อการรับรู้การเรียนรู้ อีกด้วย กล่าวคือถ้าบุคคลมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสม จะทำให้ความ สามารถในการเรียนรู้ รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายนอก และภายใน ตระหนักถึงอันตรายและ ติดตามผลของความเจ็บป่วยและสามารถประเมินปัญหาของตนเองตามความเป็นจริงได้ ทำให้ สามารถตัดสินใจ จัดระบบเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งความ สามารถเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ เกิดกำลังใจ

เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลนั้นให้ความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีความตั้งใจสูงในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender and Pender cited in Pender 1987 : 64) ความวิตกกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะอาจมีอาการของโรคเอดส์หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงได้แตกต่างกันในแต่ละคน ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงจำเป็นต้องสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ การสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพื่อต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลตนเองย่อมตามมา ส่งผลให้ไม่เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในทางบวกที่ว่า "ภาวะสุขภาพจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับกันและต่อเนื่องกันไปตลอดช่วงชีวิตมนุษย์" เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จะไม่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดวิตกกังวลมากเกินไป สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และสามารถรับรู้เหตุการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดความเข้าใจในภาวะของโรค และเข้าใจว่าการป้องกันมิให้ภาวะของโรครุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษาที่วางไว้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษานั้นเอง ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะโรค การรับประทานยา และการปฏิบัติตน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถตัดสินใจเลือก หรือปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ จากการศึกษาของเบคเคอร์ และคณะ (Becker et al. 1978 : 273 อ้างใน สมใจ ยิ้มวิไล 2531 : 54) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาผู้มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และจากการศึกษาของ นิตยา ภาสูนันท์ (2530 : 82) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นโรคที่มีการติดเชื้อแบบถาวรตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่จะสามารถควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในโรคนี้อย่างถูกต้อง เพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ย่อมแสดงถึงการเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค (Kelly and Lawrence 1988 : 88) โดยผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงทั้งหลายได้จากการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ย่อมแตกต่างกันและส่งผลมาถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่รับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็ยเบนไปจากสภาพความเป็นจริง ย่อมทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมีผลต่อการควบคุมโรค โดยอาการของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่รับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงจะมีการดูแลตนเองที่ดี อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีผลการตรวจเลือดเชื้อเอชไอวีเป็นบวกซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช, คลินิกผู้ติดเชื้อเสฟติดและเอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี, คลินิก 205 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน, คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง, คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลบางรัก, คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบำราศนราดูร จ.นนทบุรี, คลินิกเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบโควตา (Quota random sampling) จากผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่งโดยกำหนดว่าแต่ละแห่งประมาณไม่เกิน 30 ราย เพื่อให้มีการกระจายของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ราย ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มารับการรักษาจาก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลบางรัก จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 10 ราย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ การติดต่อ การแสดงอาการของโรค ระยะของการดำเนินโรค (ดูภาคผนวก ค.)

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สิริอร พัวศิริ (2533) ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบ ว่าตรงกับข้อความในแบบสอบถามมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวก และด้านลบ มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ (ดูภาคผนวก ค.)

- | | | |
|--|--------------|---------------------|
| - การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต | 3 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 1,2,3 |
| - การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน | 7 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 4,5,6,7,8,9,10, |
| - การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต | 4 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 11,12,13,14, |
| - การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย | 4 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 15,16,17,18 |
| - ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ | 4 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 19,20,21,22 |
| - ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย | 2 ข้อ ได้แก่ | ข้อ 23,24 |

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ช่วง ดังนี้

- หมายเลข 5 หมายถึง จริงทั้งหมดคือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ
- หมายเลข 4 หมายถึง จริงเป็นส่วนมากคือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก
- หมายเลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจคือ ผู้ตอบเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็น
ไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
- หมายเลข 2 หมายถึง ไม่จริงเป็นส่วนมากคือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้น ตรง
กับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเพียง
เล็กน้อย
- หมายเลข 1 หมายถึง ไม่จริงทั้งหมดคือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,4,5,6,7,11,12,15,16,19,20,21,23,24

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 3,8,9,10,13,14,17,18,22

กำหนดการให้คะแนนมีดังนี้

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

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะมีช่วงคะแนนสูงสุด 120 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 24 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองไปในทางที่ไม่ดี
 คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี

การหาความเที่ยงตรง

- | | |
|---|------------|
| นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ | 5 ท่าน คือ |
| - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ | 1 ท่าน |
| - พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลและให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ | 1 ท่าน |
| - อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ | 3 ท่าน |

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรคำนวณดังนี้ (ยวดี ฤาชา และคนอื่น ๆ 2534 : 127 - 129)

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

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

s_i^2 = ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งฉบับหรือ กำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.7928

3. แบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโอเร็มและศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ โดยมีข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้านของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วย (ดูภาคผนวก ค.)

3.1 ความพร้อมในการดูแลตนเองทั่วไป มีทั้งหมด 27 ข้อ

3.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ 2 ข้อ

ได้แก่ข้อ 2,3

3.1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ 5 ข้อ

ได้แก่ข้อ 4,5,6,7,9

3.1.3 การคงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ 3 ข้อ

ได้แก่ข้อ 10,11,12

3.1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 2 ข้อ

ได้แก่ข้อ 13,14

3.1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2 ข้อ

ได้แก่ข้อ 15,16

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี 11 ข้อ

ได้แก่ข้อ 1,8,17,18,19,20,21,22,23,24,25

3.1.7 การมีชีวิตอย่างปกติสุข 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 26,27

3.2 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ มีทั้งหมด 2 ข้อ

3.2.1 ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัยนั้น 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 28

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต 1 ข้อ

ได้แก่ข้อ 29

3.3 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ มีทั้งหมด 11 ข้อ

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 30,31

3.3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง 1 ข้อ
ได้แก่ข้อ 32

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 33,34

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 35,36

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ 2 ข้อ
ได้แก่ข้อ 37,38

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น
2 ข้อ ได้แก่ข้อ 39,40

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำโดยสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ในข้อคำถามข้อที่ 2,3,9,10,12,28,32,36 จะมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบคือ

ไม่เคย หมายถึง เมื่ออาการหรือกิจกรรมในข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้น

เคย หมายถึง เมื่ออาการหรือกิจกรรมในข้อความนั้นเคยเกิดขึ้น

โดยถ้าตอบว่าไม่เคยจะไม่คิดคะแนนในข้อนั้น ถือว่าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

แต่ถ้าตอบว่าเคย การให้คะแนนจะพิจารณาจากการเลือกตอบ ซึ่งมีกำหนดการให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ได้ 2 คะแนน

และในกรณีที่ผู้ตอบพิจารณาแล้วพบว่าบางกิจกรรมที่ไม่เคยมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ก็ให้เลือกตอบในช่องไม่มีเหตุการณ์ ซึ่งจะไม่นำมาคิดคะแนนในข้อนั้น ๆ ดังนั้นการคิดคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงขึ้นกับการตอบของผู้ตอบเป็นสำคัญ

การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งรายด้านและโดยรวมถือเกณฑ์ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

1-80 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

การแปลความหมายถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่เคยมีอาการผิดปกติ หรือตอบว่าเคยมีอาการผิดปกติแต่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นประจำ หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองแต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าเคยมีอาการผิดปกติ แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าเคยมีอาการผิดปกติและไม่ปฏิบัติตามการดูแลตนเองที่ถูกต้องเลย หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก ดังนั้นผู้ที่ได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย

การหาความเที่ยงตรง

นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ดังนี้คือ	
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์	1 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลที่ชำนาญทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	3 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลที่ชำนาญทางทฤษฎีการพยาบาลของไอเอ็ม	2 ท่าน
- พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลและให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์	1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งใช้สูตรคำนวณเช่นเดียวกับแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.8615

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน และเวลาดังนี้

สถานที่	วัน	เวลา
โรงพยาบาลศิริราช (คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน)	จันทร์	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (คลินิกเพื่อสุขภาพ ,กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด)	อังคาร	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลปาราศนราดรุ (คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ)	พุธ	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลเลิดสิน (คลินิก 205)	พฤหัสบดี	08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลบางรัก (คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง, คลินิกนรีนาม)	พฤหัสบดี	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี (คลินิกผู้ติดยาเสพติดและเอดส์, คลินิกโรคติดเชื้อ)	ศุกร์	08.00-12.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าวเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ในช่วงที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มาติดตามการรักษาที่คลินิกต่าง ๆ ดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามขณะที่กลุ่มตัวอย่าง รอการตรวจหรือภายหลังได้รับการตรวจแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายถึงจุดประสงค์ในการทำวิจัย ตลอดจนแจ้งการรักษาสิทธิให้ทราบ
2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้องที่เป็นสัดส่วน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ความพร้อมในการดูแลตนเอง ตามแบบฟอร์มของการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที
3. ต่อจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยไม่จำกัดเวลาในการตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประมาณ 10- 15 นาทีรวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามประมาณ 40- 60 นาที
4. ในระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้

5. เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

6. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างครบ 140 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาคิดเป็นคะแนนความพึงพอใจในการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพจากนั้นนำคะแนนทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS^X (Statistical Package for the Social Science) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลทั่วไป
2. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์โดยรวม
3. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของความพึงพอใจในการดูแลตนเองจำแนกตามรายด้านและรายข้อ
4. คำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง
 - การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
 - ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ขอครอบครัวย การแสดงอาการของโรค กับความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค กับความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการโดยการทดสอบค่าที (t-test) รวมทั้งวิเคราะห์หาตัวทำนายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ทำนายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหพันธ์ พหุคูณกำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนั้น (สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี 2527: 7)

เพศ กำหนดให้	เพศชาย	= 1
	เพศหญิง	= 0
สถานภาพสมรส กำหนดให้	โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	= 1
	คู่	= 0
การแสดงอาการของโรค กำหนดให้	มีอาการของโรค	= 1
	ไม่มีอาการของโรค	= 0

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ : กรณีการวัดความพร้อมการดูแลตนเองเนื่องจากฐานคะแนนเต็มของแต่ละคนแตกต่างกันเพราะมีบางกิจกรรมที่ไม่เคยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดังนั้นก่อนจะนำคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองมาวิเคราะห์ จึงต้องมีการปรับให้ฐานคะแนนอยู่ในฐานเดียวกันก่อนโดยการเทียบร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้



1. ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=140 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	66.4
หญิง	47	33.6
อายุ		
18-29 ปี	73	52.14
30-39 ปี	53	37.85
40 ปีขึ้นไป	14	10.0
สถานภาพสมรส		
โสด	51	36.4
คู่	59	42.1
หม้าย	8	5.7
หย่า	12	8.6
แยกกันอยู่	10	7.1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.4 มีอายุระหว่าง 18-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.14 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 42.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=140 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	5.0
ประถมศึกษา	75	53.6
มัธยมศึกษา	41	29.3
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	17	12.1
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	7.9
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.7
แม่บ้าน	3	2.1
ค้าขาย	16	11.4
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	4	2.9
รับจ้าง	73	52.1
ว่างงาน	18	12.9
ผู้ให้บริการทางเพศ	14	10.0
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	12	8.6
ตั้งแต่ 3,000 บาทลงไป	45	32.1
3,001-6,000 บาท	49	35.0
6,001 บาทขึ้นไป	34	24.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.6 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.1 มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 3,001-6,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเพียงพอของรายได้
ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ การติดต่อ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=140 คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
มีพอใช้และมีเงินออม	26	18.6
มีพอใช้แต่ไม่มีเงินออม	63	45.0
ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และมีหนี้สิน	51	36.4
ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อโรคเอดส์		
ตั้งแต่ 2 เดือนลงไป	52	37.1
มากกว่า 2 เดือน - 6 เดือน	29	20.7
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	18	12.9
มากกว่า 1 ปี - 5 ปี	36	25.7
มากกว่า 5 ปี	5	3.6
การติดต่อ		
ทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	18	12.9
ทางเพศสัมพันธ์	117	83.6
ทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและทาง เพศสัมพันธ์	4	2.9
ทางเพศสัมพันธ์และการสัก	1	0.7

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอของรายได้ คือ มีพอใช้ แต่ไม่มีเงิน
ออมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 มีระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ ตั้งแต่ 2 เดือน
ลงไป คิดเป็นร้อยละ 37.1 และมีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 83.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การแสดงอาการของโรค
ระยะของการดำเนินโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=140คน)	ร้อยละ
การแสดงอาการของโรค		
ไม่มีอาการของโรค	60	42.9
มีอาการของโรค	80	57.1
ระยะของการดำเนินโรค		
กลุ่มเอ (ไม่อาการของโรคหรือแสดงอาการของระยะแรกของการติดเชื้อโรคเอดส์)	66	47.1
กลุ่มบี (มีภาวะหรือโรคอย่างใด อย่างหนึ่งที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี)	61	43.6
กลุ่มซี (มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น)	13	9.3

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรค คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีระยะของการดำเนินโรคในกลุ่มเอ คือไม่มีอาการของโรคหรือแสดงอาการของระยะแรกของการติดเชื้อโรคเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 47.1

2. คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ
คะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	24-120	44-116	87.63	13.81
ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวม	0-80	7.35-43.4	20.85	7.22

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในช่วง 44-116 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.81 มีคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในช่วง 7.35-43.4 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.22

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป จำแนกตามรายชื่อ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป				
1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ				
-ข้อ 2 เคยมีอาการเหนื่อย หอบ และอ่อนเพลียขณะทำงาน และหยุดทำกิจกรรมนั้นๆ ทันที	49.3	13.6	2.1	35.0
-ข้อ 3 เคยมีอาการผิปกติของ การหายใจและมาพบแพทย์ ทันที	17.9	21.4	12.1	48.6
1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ				
-ข้อ 4 รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่	22.1	68.6	9.3	0.0
-ข้อ 5 หลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหาร ที่มีประโยชน์น้อย	35.0	40.0	25.0	0.0
-ข้อ 6 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่/ดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์	44.3	30.7	25.0	0.0
-ข้อ 7 ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (2-3 ลิตร)	41.4	45.7	12.9	0.0
-ข้อ 9 เคยมีอาการน้ำหนัลดและ ตรวจสอบโดยการชั่งน้ำหนัก ถ้าพบอาการน้ำหนักลดลง เรื่อยๆ รีบมาพบแพทย์ทันที	12.9	20.7	20.7	45.7

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ				
-ข้อ 10 เคยมีอุจจาระร่วงเรื้อรังและ รีบมาพบแพทย์ทันที	3.6	9.3	19.3	67.9
-ข้อ 11 ดูแลรักษาความสะอาดของ ผิวหนังทุกวัน	99.3	0.7	0.0	0.0
-ข้อ 12 เคยมีอาการของโรคผิวหนัง และสังเกตว่ามีอาการมาก ขึ้นมาพบแพทย์ทันที	10.7	21.1	20.7	47.1
1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่าง การมีกิจกรรมและพักผ่อน				
-ข้อ 13 พักผ่อนเพียงพอในแต่ละวัน	45.7	40.7	13.6	0.0
-ข้อ 14 ออกกำลังกายครั้งละ 1/2 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 วันต่อ สัปดาห์	25.7	38.6	35.7	0.0
1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่าง การอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น				
-ข้อ 15 พบปะไปมาหาสู่หรือพูดคุย กับคนในครอบครัวหรือ เพื่อน ๆ	93.6	4.3	1.4	0.0
-ข้อ 16 พบปะพูดคุยกับผู้มีอาการ เจ็บป่วยโรคเดียวกัน	35.0	2.9	62.1	0.0

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิตการ ปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี				
-ข้อ 1 เมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็น ไข้หวัดหรือโรคติดต่อเกี่ยว กับทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยง ไม่อยู่ใกล้ชิด	40.0	27.1	30.7	2.1
-ข้อ 8 ดูแลรักษาความสะอาดของ ปากฟัน	22.9	72.9	4.3	0.0
-ข้อ 17 งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือคู่นอนประจำ	74.3	17.9	4.3	3.6
-ข้อ 18 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ที่มีเพศสัมพันธ์	67.1	25.7	3.6	3.6
-ข้อ 19 ไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	96.5	2.1	1.4	0.0
-ข้อ 20 ไม่บริจาคน้ำเลือดหรืออวัยวะ ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ไม่ว่ากรณีใด	100.0	0.0	0.0	0.0
-ข้อ 21 ไม่ใช่สิ่งของเหล่านี้ร่วมกับ ผู้อื่นเช่น กรรไกรตัดเล็บ มีดโกนหนวด แปรงสีฟัน ของมีคมอื่น ๆ	91.4	1.4	7.1	0.0

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความพร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
-ข้อ 22 เมื่อร่างกายเปราะเปื้อน เลือด น้ำเหลือง อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสิ่งขับ หลัง อื่น ๆ รีบทำความสะอาด สะอาดด้วยตนเอง	100.0	0.0	0.0	0.0
-ข้อ 23 สำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือด และสิ่งขับหลัง ซูดชั้นใน ทำความสะอาดด้วยการต้ม หรือใช้ผงซักฟอก	100.0	0.0	0.0	0.0
-ข้อ 24 หลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์เลี้ยง ถ้าจำเป็นต้องดูแลสัตว์เลี้ยง ระวังการเกิดบาดแผลขณะ ดูแลสัตว์	97.1	1.4	0.7	0.7
-ข้อ 25 ระมัดระวังตนเองไม่ให้เกิด บาดแผลขณะดูแลสัตว์	88.6	10.7	0.7	0.0
1.7 การมีชีวิตอย่างปกติสุข				
-ข้อ 26 ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยและอาการของโรค เอดส์	38.6	57.1	4.3	0.0
-ข้อ 27 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ	92.1	5.7	2.1	0.0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีความพร่อง เกี่ยวกับ ไม่บริจาคเลือด หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไม่ว่ากรณีใด และเมื่อร่างกายเปราะเปื้อน เลือด น้ำเหลือง อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสิ่งขับหลั่งอื่น ๆ รับผิดชอบต่อความสะอาดด้วยตนเอง และ สำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือด และสิ่งขับหลั่ง, ชู้ชั้นในทำความสะอาดด้วยการต้มหรือใช้ผงซักฟอก คิดเป็น ร้อยละ 100 รองลงไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความพร่องเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 99.3 การหลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์เลี้ยงถ้าจำเป็นต้องดูแลสัตว์เลี้ยง ระมัดระวังการเกิดบาดแผลขณะดูแลสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 97.1 และไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 96.5 ส่วนใหญ่มีความพร่องน้อย เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดของปากฟัน คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงไปคือ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ คิดเป็นร้อยละ 68.6 และไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และอาการของโรคเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีความพร่องมากเกี่ยวกับการพบปะพูดคุยกับผู้มีอาการเจ็บป่วยโรคเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงไปคือ การออกกำลังกายครั้งละ 1/2 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.7 ส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์เกี่ยวกับเคยมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังและรับมาพบแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงไปคือ เคยมีอาการผิปกติของการหายใจ และมาพบแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 48.6

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตาม
ระยะพัฒนาการ จำแนกตามรายชื่อ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
ตามระยะพัฒนาการ				
2.1 ความต้องการตามระดับพัฒนา การในวัยนั้น				
-ข้อ 28 เคยมีอาการฉีกกั้ววล หงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า และหาวิธีผ่อนคลาย	60.7	11.4	2.1	25.7
2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต				
-ข้อ 29 ภายหลังการเจ็บป่วยด้วย โรคนี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้ ให้ท่านต้องออกจากงาน หรือ สถาบันการศึกษา และ ท่าน แก้ปัญหาด้วยการหา งานทำเองต่อหรือศึกษาหา ความรู้และการเรียนทาง ไปรษณีย์	87.8	7.1	5.0	0.0

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมเกี่ยวกับภายหลังการเจ็บ
ป่วยด้วยโรคนี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านต้องออกจากงาน หรือสถาบันการศึกษา และท่านแก้
ปัญหาด้วยการหางานทำเองต่อ หรือการศึกษาหาความรู้และการเรียนทางไปรษณีย์คิดเป็นร้อย
ละ 87.8 รองลงไปที่เคยมีอาการฉีกกั้ววล หงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า และหาวิธีผ่อนคลาย
คิดเป็นร้อยละ 60.7

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
ตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ				
3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ				
-ข้อ 30 ให้ความสนใจค้นคว้าหา ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บ ป่วยเพื่อนำมาใช้ดูแลตนเอง เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ฟัง วิทยุ ดู T.V. และอื่น ๆ	60.7	27.9	10.7	0.7
-ข้อ 31 รับฟังเรื่องโรคเอดส์การ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการรับ เชื้อเพิ่มหรือการแพร่เชื้อ โรคเอดส์จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทาง สุขภาพอื่น ๆ	98.6	1.4	0.0	0.0
3.2 การรับรู้ และความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง				
-ข้อ 32 เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการและระยะเวลาในการ เจ็บป่วย หาวีธีแก้ไขโดย พยายามหาความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์เพิ่ม เต็ม สังเกตอา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และรีบมาพบแพทย์	43.6	25.7	2.1	28.6
3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และ การป้องกันโรค				

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
-ข้อ 33 มาตราจตามนัดอย่าง สม่ำเสมอ และได้ซักถาม ปัญหาหรือข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	74.3	25.7	0.0	0.0
-ข้อ 34 ปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ของแพทย์ พยาบาลและเจ้า หน้าที่อื่น ๆ เกี่ยวกับการ ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มหรือ การแพร่กระจายเชื้อโรค เอดส์	92.9	6.4	0.7	0.0
3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค				
-ข้อ 35 เคยตรวจสอบอาการผิต ปกติสม่ำเสมอ	95.7	1.4	2.9	0.0
-ข้อ 36 เคยมีอาการผิตปกติต่าง ๆ ในข้อ 35 และรีบมาพบ แพทย์ทันที	15.0	34.3	17.9	32.9
3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโน ทัศน์รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่				
-ข้อ 37 ยอมรับความเจ็บป่วยของ ตนเองได้	60.0	38.6	1.4	0.0
-ข้อ 38 ยังคงสามารถทำหน้าที่ใน ครอบครัวได้ปกติ	99.3	0.7	0.0	0.0

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง
ตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มีความ พร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=140) ร้อยละ
3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพและ เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพ ที่เกิดขึ้น				
-ข้อ 39 ดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างสม่ำเสมอ	76.4	23.6	0.0	0.0
-ข้อ 40 ปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับ ผู้อื่น การใช้โทรศัพท์ สาธารณะการขึ้นรถเมล์ การ ใช้ส้วม การว่ายน้ำในสระ เดียวกัน การกอดรัดกัน	99.3	0.7	0.0	0.0

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมเกี่ยวกับยังคงสามารถทำ
หน้าที่ในครอบครัวได้ปกติ และปฏิบัติกิจกรรมต่อไปร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ เช่น การรับ
ประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การใช้โทรศัพท์สาธารณะ การขึ้นรถเมล์ การใช้ส้วม การว่ายน้ำใน
สระเดียวกัน การกอดรัดกัน คิดเป็นร้อยละ 99.3 มีความพร้อมน้อยเกี่ยวกับ ยอมรับความเจ็บ
ป่วยของตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 38.6 มีความพร้อมมากเกี่ยวกับเคยมีอาการผิดปกติต่าง ๆ
และรีบพบแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 17.9 ไม่มีเหตุการณ์เกี่ยวกับ เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับ
อาการและระยะเวลาในการเจ็บป่วยหาวิธีแก้ไขโดยพยายามหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม
สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และรีบมาพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 28.6

4. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.8716***
เพศ	-.0862
อายุ	.0150
ระดับการศึกษา	-.2407**
สถานภาพสมรส	-.0498
รายได้ของครอบครัว	-.0586
การแสดงอาการของโรค	.4523***

* P < .05

** P < .01

*** P < .001

จากตารางที่ 9 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่าสมมติฐานที่ 1 ได้รับการสนับสนุน

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงใน
รูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	รายได้ของครอบครัว	การแสดงอาการของโรค	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ความพร้อมในการดูแลตนเอง
อายุ	1.0000							
เพศ	.3089***	1.0000						
ระดับการศึกษา	.0016	.2521**	1.0000					
สถานภาพสมรส	.1839	-.1499	-.0188	1.0000				
รายได้ของครอบครัว	-.0275	.0537	-.0413	-.1240	1.0000			
การแสดงอาการของโรค	.1682	.1179	-.0161	-.0801	-.1354	1.0000		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.0576	.0966	.1569	.0854	.0550	-.4707***	1.0000	
ความพร้อมในการดูแลตนเอง	.0150	-.0862	-.2407**	-.0498	-.0586	.4523***	-.8716***	1.0000

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.2407, P < .01$)

การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4523, P < .001$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.8716, P < .001$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายด้วยกันเอง ดังต่อไปนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3089, P < .001$)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2521, P < .01$)

การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.4707, P < .001$)

4. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยมีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เป็นตัวเกณฑ์ ส่วนตัวทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ขั้นที่ ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F	b	Beta	t
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.8716	.7597	.7597	436.2369***	-.4558	-.8716	-20.886***
2.การรับรู้ภาวะสุขภาพ					-.4471	-.8549	-20.640***
ระดับการศึกษา	.8779	.7708	.0111	230.3227***	-.9968	-.1066	-2.574***

constant (a) = 58.5157

Overall F = 230.3227***

t (a) = 27.951***

*** P < .001

จากตารางที่ 11 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .7597 แสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ร้อยละ 75.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) จากนั้นในการวิเคราะห์ขั้นที่

2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือระดับการศึกษา พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .7708 ซึ่งสามารถทำนายความพร่องในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไปของการวิเคราะห์ที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายความพร่องในการดูแลตนเอง จึงยุติลงในขั้นที่ 2

จะเห็นว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถทำนายความพร่องในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษาโดยตัวทำนายสองตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพร่องในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 77.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 11 พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 2 คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PER) ระดับการศึกษา (ED) มีระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 58.5157 จากการวิเคราะห์การถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุดเพื่อทำนายความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ (SCD) ในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\begin{aligned}\hat{Y} &= a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n \\ \hat{Y} (\text{SCD}) &= 58.5157 - .4471 (\text{PER}) - .9968 (\text{ED})\end{aligned}$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุด ในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$$\hat{Z} (\text{SCD}) = -.8549 (\text{PER}) - .1066 (\text{ED})$$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.8716$, $P < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มในการกระทำ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดบุคคลกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพไปมีผลดังนี้คือ เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลนั้นก็จะให้ความหมาย มีการตกลงขึ้นในใจ เกิดทัศนคติและให้คุณค่ากับสุขภาพ ซึ่งไปมีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป (Combs et al. 1976 ; Pender 1987 : 64) และ การรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการรับรู้โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการที่ได้รับรู้ (Bandura 1977 : 170) หรือดังที่หลาย ๆ ท่านได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดหรือการรับรู้ในเรื่องนั้น ๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2527 : 173 ; สถิต วงศ์สุวรรณ 2525 : 207 ; Scheibe 1970 : 159) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นถูกมองว่าเกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล และพฤติกรรมถูกกำหนดขึ้นจากการที่บุคคลนั้นมองสุขภาพของตนว่าเป็นอย่างไร (Magnani 1990 : 172) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับเหตุผล ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ขณะนั้น และความรู้สึกพึงพอใจนี้เป็นแรงกระตุ้น แรงจูงใจให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ก็ส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองผิดพลาดไปทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในเวลาต่อมาได้ และปัญหาเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง ซึ่งส่งผลต่อการประเมินอาการหรือเหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ครั้ง

ต่อไปผิดพลาดไปด้วยเช่นกัน อาจสรุปได้ว่า หากบุคคลขาดคุณสมบัติในการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องแล้วย่อมขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย และส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ จึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 166 ; Pender 1987 : 64 ; Orem & Tayler 1986 : 48) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร พัวศิริ (2533 : 63) และจิระประภา ภาวิไล (2535 : 48) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2532 : ข) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ปัจจัยด้านการแสดงอาการของโรค พบว่าการแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4523, P < .001$) แสดงว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการของโรค มีความพร่องในการดูแลตนเองมาก ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีอาการของโรค มีความพร่องในการดูแลตนเองน้อย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การแสดงอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ หรือความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และร่วมกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบัน และอนาคต (Orem 1991 : 117) ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปตามระยะของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งความสามารถในการตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ และต่อเนื่องจึงจะบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง นอกจากนี้อาการของโรคที่ไม่คงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตได้ เมื่อความรุนแรงของโรคสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden 1988 : 99) ซึ่งอาจมีผลต่อแรงจูงใจและทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ และจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการโรคถึงร้อยละ 57.1 และมีระยะของการดำเนินโรคกลุ่มเอ กลุ่มบี กลุ่มซี คิดเป็นร้อยละ 47.1, 43.6, 9.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มี

อาการแสดงของโรค มีความไม่ระมัดระวังสุขภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.2407, P < .01$) แสดงว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูง มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 : 120, 175) กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาจึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง ดังเช่น การศึกษาของแมคคานิค และเคลียร์ (Maechanic + Cleary 1980 cited in Yarcheski & Mahoon 1989 : 89) มูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp + Sayles 1986 : 336) ต่างก็พบว่า การศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา และ มีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของรูธส์ (Ruth 1973 : 135-136) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาครั้งในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 53.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534:ข) และศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536 : 84) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ จอนพะจง เพ็งจาด (2532 : ข) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการ ดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 91) และน้อมจิตต์ สกุณพันธ์ (2535 : ข) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยเบาหวาน รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง

ปัจจัยทางเพศ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0862$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ตาม ไม่มีผลทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อมีการติดเชื้อโรค

เอ็ดส์ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งเพศชายและเพศหญิง ต่างก็ต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจ การเจ็บป่วยทางกาย การถูกประณามและรังเกียจของสังคม ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้ชายและหญิงล้วนมีความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น จากพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวทั้งสิ้น ความพร้อมในการดูแลตนเองจึงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมและบทบาทของเพศหญิงได้เปลี่ยนแปลงไป เพศหญิงมีโอกาสดูแลสุขภาพความรู้มากขึ้น และจากค่าครองชีพในปัจจุบันที่สูงมากขึ้น ทำให้เพศหญิงต้องมาประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชายมากขึ้น จึงทำให้เพศหญิงสามารถมีรายได้เป็นของตนเอง และการประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาทักษะของความเป็นผู้นำมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีเหตุผลไม่ต้องพึ่งพาเพศชาย จึงมีความคิดริเริ่มสามารถพิจารณาเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล โดยเฉพาะกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 66) และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 65) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากการศึกษาของนิตยา ภาสสุนันท์ (2529 : 74) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สิริอร พัวศิริ (2533 : 64) แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92) และจิรประภา ภาวิไล (2535 : 98) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะ หัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามลำดับ

ปัจจัยทางอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0150$) นั่นคือ ไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับแนวความคิดของโอเร็ม (Orem 1991 : 161,136) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะพัฒนาได้สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ (Orem 1991 : 35) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุอยู่ในช่วง 18-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.14 และช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.85 ซึ่งช่วงอายุนี้ถือเป็นช่วงอายุที่มีวุฒิภาวะพัฒนาการด้านการดูแลตนเองสูงสุดและคงที่ ทั้งนี้เนื่องจากมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำ ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองจึงไม่แตกต่างกัน และทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการ

ดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสูนันท์ (2529 : 88) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
 อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (2532 : 92) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยกับการป้องกันโรคเอดส์ สิริอร พัวศิริ (2533 : 65) แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92) จิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตามลำดับ จากการศึกษาของ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 62) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0498$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ไม่มีผลทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองแตกต่างกันทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 42.1 จึงทำให้ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของและบริการต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันมากพอที่จะมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีจำนวนน้อย (คิดเป็นร้อยละ 36.4, 5.7, 8.6, 7.1 ตามลำดับ) คนกลุ่มนี้อาศัยอยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อย่างไรก็ตามสภาพสังคมวัฒนธรรมไทย มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันได้ในยามมีความทุกข์ เดือดร้อน หรือเจ็บป่วย จึงยังรักษาสุขภาพอารมณ์และกำลังใจไว้ได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาด ซึ่งขณะนี้มีการเผยแพร่ให้ความรู้ และคำแนะนำตามสื่อต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง รวมทั้งการให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ทางคลินิกยาเสพติดต่าง ๆ แก่ผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติดทุกคนที่เข้ามารับการรักษา และคลินิก ให้คำปรึกษา หรือคลินิกนิรนามต่าง ๆ ซึ่งให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และบุคคลทั่วไปที่มาขอรับบริการ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 50) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (2532:92) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาหรืออื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ วัฒนรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช (2532 : ข) ศิริวิมล วัฒนสินธุ์ (2534 : 67) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และผู้ป่วย

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92) จิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0586$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีรายได้ของครอบครัวสูงหรือต่ำก็ไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ตั้งแต่ 3000 บาท ลงไป คิดเป็นร้อยละ 32.1 และมีรายได้ 3001-6000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35 และรายได้ 6,001 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.3 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำมีจำนวนพอ ๆ กัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะสามารถแสวงหาสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Pender 1982 : 161-162) แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อย ก็จะได้รับช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการซื้อยา ค่าเดินทาง เป็นต้น จึงทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ ส่งผลให้ไม่เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร กาญจนรังสิชัย (2532 : 92) พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาชั้นตอนพิเศษ สิริอร พัวศิริ (2533 : 67) และจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99-100) พบว่ารายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามลำดับ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 67) พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ระดับการศึกษา ตัวแปรทั้งสองนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ร้อยละ 77.08 ($P < .001$)

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรแรกที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นเป็นไปตามเหตุผลซึ่งอภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 1 ส่วนระดับการศึกษา เป็น

ตัวแปรที่สอง ที่สามารถร่วมทำนายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ศึกษา ได้อภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 2 แล้วเช่นกัน ส่วนตัวแปรอื่นที่ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้เนื่องจากตัวแปรอิสระบางตัวมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันในระดับสูง (Multicollinearity) เช่น การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) จึงทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการแสดงอาการของโรคเป็นตัวแปรที่ซ้อนกันอยู่ เมื่อการรับรู้ภาวะสุขภาพเข้ามาเป็นตัวทำนายความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีผลทำให้การแสดงอาการของโรคไม่สามารถเข้ามาทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้ และ ตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้

ส่วนความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองที่เหลืออีกร้อยละ 22.92 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานอื่นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในครอบครัวของผู้ป่วยตามวัฒนธรรมไทย นอกจากคู่สมรส ลักษณะแบบแผนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นต้น (Orem 1991 : 136) หรือความผันแปรนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพล เช่น ข้อจำกัด (Limitation) ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการรับรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 171) ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง และนอกจากนี้ความพร้อมในการดูแลตนเองยังอาจเกิดจากความผันแปรของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ ซึ่งโอเร็ม (Orem 1991 : 155) และสมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 19-20) ได้มองพลังความสามารถทั้งสิบประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของบุคคล ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ ศึกษาในครั้งนี้

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า จากผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ พบว่า สมมติฐานที่ 1 ได้รับการสนับสนุนส่วนสมมติฐานที่ 2 และ 3 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองได้แก่ ระดับการศึกษา และการแสดงอาการของโรค ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991 : 128) ที่กล่าวว่า การรับรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นถูกมองว่าเกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล

และพฤติกรรมถูกกำหนดขึ้นจากการที่บุคคลนั้น มองสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร (Magnani 1990 : 172) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลนั้นสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างเหมาะสมปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพ โดย ป้องกันมิให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อ ภัยอันตรายและหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายสุขภาพ อันจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง เป็นปกติสุข ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องพอเพียง ลดความพร่องในการดูแลตนเองให้ น้อยลงได้ นอกจากนี้ยังสนับสนุนความคิดของโอเร็ม ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ พร่องในการดูแลตนเองนั้นคือ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูง มีทักษะในการแสวงหา ข้อมูล ชักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ จึง ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองได้มาก ความพร่องในการดูแลตน เองจึงน้อยลง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ยังไม่มีการขอของโรคจะมีแรงจูงใจ และกำลังใจที่ดูแลตนเอง ได้ดี ความพร่องในการดูแลตนเองจึงน้อยลง

การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พบข้อมูลที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ในการให้การ พยาบาลดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับความพร่องในการดูแลตนเอง

1. ตามความจำเป็นทั่วไป

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าในกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างนั้นเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบและอ่อนเพลียขณะทำงาน จะไม่ หยุดทำกิจกรรมนั้นๆทันที อยากทำงานให้เสร็จ และเมื่อมีอาการผิดปกติของการหายใจแต่ มาพบแพทย์บางครั้งนั้น เนื่องจากถ้าอาการยังไม่มาก ก็จะพยายามอดทน ในการมาแต่ ละครั้งต้องเสียเวลา หยุดงาน สำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ จะมี การดูแลสุขภาพของตนเองโดยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเท สะดวกไม่อยู่ในที่แออัดอับชื้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรค เอดส์ พบว่าในกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ มีอาหารอะไร ก็ต้องรับประทานให้อิ่มท้อง เพราะต้องรับจ้าง รายได้น้อย ในกลุ่มที่ว่างงานและอาศัยอยู่ที่ วัดก็จะรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อเช่นเดียวกับพระ และในกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างส่วน

ใหญ่ มักชอบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อย เช่น อาหารรสจัดและของหมักดอง เช่น ปลาร้า ชุปหน่อไม้ ส้มตำใส่ปลาร้าหรือปูเค็ม มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายสงสัยเกิดว่าหลังรับประทานอาหารเหล่านี้มักจะทำให้มีอาการผื่นคันและอุจจาระร่วง ส่วนการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เล่าว่า ทำไปเพื่อระบายความเครียด สังสรรค์กับเพื่อน บางรายเล่าว่าเคยดื่มสุราสังสรรค์กับเพื่อนเป็นประจำ ถ้าเลิกดื่มกลัวว่าเพื่อนจะถามหรือสงสัย แต่ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จะทราบถึงผลเสียของการสูบบุหรี่/ดื่มชา/ดื่มสุรา ส่วนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีความพร้อมเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ พยายามดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองโดยรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ อาหารที่ชอบ อาหารเสริม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีประโยชน์น้อย เช่น อาหารรสจัด อาหารที่มีเครื่องเทศมาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส และอาหารมัน ๆ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่/ดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พยายามดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (2-3 ลิตร) และหมั่นตรวจสอบน้ำหนักโดยการชั่งน้ำหนัก หากพบน้ำหนักลดลงเรื่อย ๆ รีบมาพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ยังมีการจัดบรรยากาศให้น่ารับประทาน เช่น สิ่งแวดล้อม ทำที่สุขสบาย เป็นต้น ส่วนในกลุ่มที่มีความพร้อมมากเกี่ยวกับมีอาการน้ำหนักลดแต่ไม่มีการตรวจสอบน้ำหนัก เล่าว่า ไม่มีเวลา และไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนัก จะรู้ว่าน้ำหนักลดลงมาก ๆ ก็เมื่อมีคนบอกว่าผอม จึงมาพบแพทย์

1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าในกลุ่มที่มีความพร้อมมากเกี่ยวกับการมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง แต่ไม่ได้มาพบแพทย์ทันที เล่าว่า เห็นว่าไม่ได้มีอาการอุจจาระร่วงทุกวัน และบางครั้งถ้ารับประทานของหมักดองจึงมีอาการดังกล่าว ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังทุกวันโดยใช้สบู่อ่อนที่เป็น สบู่เหลว ทาโลชั่น บำรุงผิวป้องกันผิวแห้งแตก ตลอดจนฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา สังเกตลักษณะสี จำนวนของการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด สังเกตสีและลักษณะของผิวหนัง เป็นต้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่น่าสนใจคือ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สงสัยเกิดว่าอาการของโรคผิวหนัง เช่น ผื่นคัน ผื่นคันที่เป็นจุดดำ ๆ จะเกิดขึ้นได้ถ้าไม่มีการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย พักผ่อนน้อย และถูกยุงกัด ซึ่งอาการทางผิวหนังที่พบส่วนใหญ่ เช่น ผื่นคัน ผื่นที่เป็นจุดดำ ๆ ภูมิแพ้ เชื้อรา ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะปกปิดอาการ ดังกล่าวได้โดยสวมใส่เสื้อผ้าปกคลุมส่วนที่มีอาการดังกล่าว เนื่องจากไม่อยากให้ใครสงสัยหรือรังเกียจ เมื่อพบเห็น

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ในกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างไม่มีเวลาออกกำลังกาย และคิดว่าการทำงานประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วแต่บางรายก็ไม่ทราบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำได้แค่ไหนจึงไม่ออกกำลังกาย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความพร้อมเกี่ยวกับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน เล่าว่า นอนไม่หลับเพราะวิตกกังวล และบางรายมีอาชีพรับจ้าง เช่น ขับรถ ทั้งตอนกลางวันและกลางคืน เป็นยามรักษาความปลอดภัย ส่วนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีความพร้อมเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน พบว่า มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การวิ่ง การเดินแอโรบิค เป็นต้น

1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่าส่วนใหญ่ยังคงไปมาหาสู่หรือพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ๆ ซึ่งครอบครัวหรือเพื่อน ๆ เหล่านั้นไม่ทราบผลการติดเชื้อ มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายไม่ไปมาหาสู่หรือพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ๆ เพราะกลัวว่าจะรู้หรือสงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ไม่อยากให้ครอบครัวต้องเสียใจ และถ้าใครรู้ก็จะเป็นผลเสียต่อครอบครัวได้ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มที่ไม่ไปพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยโรคเดียวกัน เล่าว่า กลัวว่าผู้อื่นจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งอาจเป็นคนรู้จักหรือคนอื่นก็ตาม ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว หน้าที่การงานที่ทำอยู่ ส่วนในกลุ่มที่มีการพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยโรคเดียวกัน เล่าว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เช่น ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน, เพื่อนวันพุธ เป็นต้น บางรายก็จะพูดคุยกับคู่สมรส หรือญาติที่ติดเชื้อเหมือนกัน ทำให้สบายใจมีเพื่อนปรึกษาหารือ แนะนำและแลกเปลี่ยนวิธีที่ทำให้สบายใจ คลายความวิตก เช่น การทำบุญ ตักบาตร ทำสมาธิ คิดถึงแต่เรื่องที่ดี ๆ ฟังเพลง ดูทีวีทัศน์หรือสิ่งที่สวยงาม เป็นต้น

1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพความสะอาดของปากฟัน พบว่าส่วนใหญ่จะมีการแปรงฟัน 1-2 ครั้งต่อวัน เพราะไม่มีเวลาและคิดว่าเพียงพอแล้ว ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์หรือจะใส่ถุงยางอนามัยเมื่อใกล้ถึงจุดสุดยอด บางรายที่คู่สมรสติดเชื้อด้วยไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เล่าว่า คิดว่าต่างคนต่างเป็นเหมือนกันคงไม่เป็นอะไร และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทางเพศเล่าว่า บอกให้แขกใช้ถุงยางอนามัยบางคนก็ยอมใช้ แต่แขกบางคนไม่ยอมใช้โดยเฉพาะคนที่เมาสุรา ผู้ให้บริการทางเพศ 1 ราย เล่าว่า ตนเองใช้ชีวิตสัมผัสตัวแขกผู้มา

ใช้บริการทางเพศ ถ้าตัวอ่อนๆ คิดว่าอาจเป็นโรคก็จะให้แขกผู้มาใช้บริการใส่ถุงยางอนามัย หรือบางครั้งก็ใช้วิธีปล่อยน้ำจากก๊อกน้ำล้างช่องคลอดโดยใช้นิ้วเข้าไปช่วยล้างทำความสะอาด ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการดูแลตนเองถูกต้อง เล่าว่าเมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้หวัดหรือติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ชิด ดูแลรักษาความสะอาดของปากฟัน (ตื่นนอน หลังอาหารทุกมื้อ ก่อนนอน) โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มหรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ สังเกตว่าไม่มีปัญหาในช่องปาก ไม่ใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่อาจปนเปื้อนเลือดและสิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นได้แก่ มีดโกน เข็มฉีดยา หวี แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ไม้แคะหู ที่เจาะหู ที่สักผิวหนัง ของมีคมอื่น ๆ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์เลี้ยง ถ้าจำเป็นต้องดูแลสัตว์เลี้ยงระวังการเกิดบาดแผลขณะดูแลสัตว์ ระวังระวังตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทุกรายไม่บริจาคเลือดหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไม่ว่ากรณีใด และเมื่อร่างกายเปราะบาง เลือด น้ำเหลือง อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสิ่งขับหลั่งอื่น ๆ รับประทานทำความสะอาดด้วยตนเอง และสำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดและสิ่งขับหลั่ง ซักชั้นในทำความสะอาดด้วยการต้มหรือใช้ผงซักฟอก

1.7 การมีชีวิตรูปแบบปกติสุข จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอาการของโรคเอดส์ ทำใจไม่ได้ และมี 1 ราย เคยคิดฆ่าตัวตาย ในกลุ่มที่ไม่วิตกกังวล จะพยายามปลงให้ได้ ละทิ้งความทุกข์ พยายามหางานทำ เช่น งานบ้าน อ่านหนังสือ ฯ ล ฯ พยายามไม่อยู่ว่าง เพราะทำให้คิดมาก พยายามทำคุณงามความดี ทำบุญกุศล เป็นต้น และส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แต่บางรายทำไม่ได้ เพราะมีอาการเหนื่อยหอบ

2. ตามระยะพัฒนาการ

2.1 ความต้องการในระดับพัฒนาการในวัยนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่เคยมีอารมณ์วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า และหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง ทำสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้ต้องออกจากงานหรือสถาบันการศึกษา และแก้ปัญหาด้วยการหางานทำเองต่อหรือการศึกษาหาความรู้ และการเรียนทางไปรษณีย์ เป็นต้น

3. ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสนใจค้นคว้าหาความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเพื่อจะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูทีวี และอื่น ๆ เล่าว่าทำให้ได้ความรู้ตลอดจนหวังว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าและวิธีการรักษาที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่บางรายไม่ให้ความสนใจ เล่าว่า ทำให้คิดมาก กลัวมากขึ้น รู้สึกว่าซ้ำเติม ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่รับฟังเรื่องโรคเอดส์ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่มหรือการแพร่เชื้อโรคเอดส์จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพอื่น ๆ

3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและระยะเวลาในการเจ็บป่วย หาวีธีแก้ไขโดยพยายามหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติม สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วรีบมาพบแพทย์บางรายที่มีคู่สมรสและบุตร บอกว่าเป็นห่วงครอบครัวมากถ้าต้องถึงแก่กรรม ไม่อยากให้ใครสงสัย อยากให้เข้าใจ

3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกัน จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่มาจากการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และได้ซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แต่บางรายเล่าว่าไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้เพราะต้องหยุดงาน 1 รายไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้เนื่องจากถูกจำคุก ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เกี่ยวกับการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มหรือการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์

3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่เคยมาตรวจสอบอาการผิดปกติสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ทันที

3.5 การปรับภาพลักษณ์ และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองได้ และยังสามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้ปกติ

3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่า ส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง

สม่ำเสมอ และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การใช้โทรศัพท์สาธารณะ การขึ้นรถเมล์ การใช้ส้วม การว่ายน้ำในสระเดียวกัน การกอดรัดกัน



บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่มีผลการตรวจเลือดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช , คลินิกผู้ติดเชื้อเสฟติดและ เอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี , คลินิก 205 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสินคลินิกเพื่อสุขภาพหญิง คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลบางรัก , คลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราดรุ จ.นนทบุรี , คลินิกเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบ โควต้า (Quota random sampling) โดยกำหนดว่าแต่ละแห่งประมาณไม่เกิน 30 คน รวมจำนวน 140 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2537 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

เนื่องจากกรณีแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง ฐานคะแนนเต็มของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน เพราะมีบางกิจกรรมที่ไม่เคยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นก่อนจะนำคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองมาวิเคราะห์ จึงต้องมีการปรับฐานคะแนนให้อยู่ในฐานเดียวกัน โดยการเทียบร้อยละแล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
3. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ
4. คำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์คือ ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t - test)

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนาย กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพร้อมมากเกี่ยวกับการพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงไปคือ การออกกำลังกายครั้งละ 1/2 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.7 เมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 30.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อย คิดเป็นร้อยละ 25.0 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่/ดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 25.0 กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีความพร้อม เกี่ยวกับ ไม่บริจาคเลือดหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไม่ว่ากรณีใด และเมื่อร่างกายเปราะบางเลือด น้ำเหลือง อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสิ่งขับถ่ายอื่นๆ รับประทานความสะอาดด้วยตนเอง และสำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือด และสิ่งขับถ่าย, ชุดชั้นใน ทำความสะอาดด้วยการต้มหรือใช้ผงซักฟอก คิดเป็นร้อยละ 100

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = -.8716$)

3. การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .4523$)

4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -.2407$)

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถรวมอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ร้อยละ 77.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (SCD)} = 58.5157 - .4471 \text{ (PER)} - .9968 \text{ (ED)}$$

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ระดับการศึกษาสูง และไม่มีการแสดงอาการของโรค จะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่า ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพร้อมมาก เกี่ยวกับการพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงไปคือ การออกกำลังกายครั้งละ 1/2 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.7 เมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 30.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อย คิดเป็นร้อยละ 25.0 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ /ดื่มชา /กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เข้าร่วมกิจกรรมในทางสร้างเสริมตามความสมัครใจ และเหมาะสมกับสภาพอาการ แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพอาการของโรค ตลอดจนอธิบายให้เข้าใจถึงประโยชน์และความจำเป็นในการออกกำลังกาย เมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ชิด ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อย และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ /ดื่มชา /กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2. ควรกระตุ้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีเพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถทำได้ ดังนี้

2.1 จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่างว่ามีข้อสงสัยใด ๆ หรือไม่ ปรากฏว่ามีกลุ่มตัวอย่างหลายรายที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทั้งในแง่การแพร่เชื้อรับเชื้อเพิ่ม ที่ตนไม่ค่อยแน่ใจ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ตนได้กระทำโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่ไม่เคยได้สอบถามจากใครเลย ดังนั้น ในการสอนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยคลายความวิตกกังวล และเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป ตลอดจน

การติดตามให้บริการที่บ้าน แหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เกิดหรือลดความพรัองในการดูแลตนเอง

2.2. ในกรณีที่ครอบครัวทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์ด้วย พยาบาลควรให้ความรู้ความเข้าใจ การบริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครอบครัวด้วย เพื่อให้เข้าใจสภาพจิตใจ ปัญหาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ การให้ความรัก ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนการอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย ยอมรับ และให้โอกาสให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ไม่เกิดหรือลดความพรัองในการดูแลตนเอง

2.3 จัดให้มีการสอน การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ ก่อนที่จะทำการสอน ควรได้มีการประเมินการรับรู้ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการสอน ควรพิจารณาใช้สื่อการสอนที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและชัดเจน สามารถทำความเข้าใจได้โดยง่าย เช่น ภาพยนตร์ วีดีโอ สไลด์ ภาพพลิกโปสเตอร์ หรือเอกสารประกอบ หลังจากที่ได้ให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ไปแล้ว ควรได้มีการประเมินเป็นระยะ ๆ ว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างถูกต้องหรือไม่เพียงใด ถ้าพบว่ายังมีการรับรู้ไม่ถูกต้องหรือมีความเข้าใจผิดในประเด็นใด ควรทำความเข้าใจใหม่ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้ไม่เกิดหรือลดความพรัองในการดูแลตนเอง

3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การแสดงอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = -.4707$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพรัองในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.8716$) นั่นคือ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการแสดงอาการของโรคจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ส่งผลให้มีความพรัองในการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรให้การพยาบาลที่ส่งเสริมการพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น และเหมาะสมโดย จัดให้มีการสร้างสัมพันธภาพ ความอบอุ่นใจ ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นไปในทางสร้างเสริม เช่น ชมรมเพื่อนวันพุธ เพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น ตามความสมัครใจ และเหมาะสมกับสภาพและอาการเพื่อช่วยให้ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ตลอดจนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการที่ได้ระลึกถึงและพูดในสิ่งที่เคยภาคภูมิใจ และประสบความสำเร็จเท่าที่ผ่านมาในอดีต จะเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตได้ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ช่วยลดความพรัองในการดูแลตนเองลงได้

4. ในบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไป พยาบาลควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ตลอดจนประชาชนทั่วไป โดยใช้แนวทาง

ในการดำเนินงานดังกล่าวมาแล้วข้างต้น และควรเน้นการวางแผนประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไปสู่ชุมชนต่าง ๆ ซึ่งอาจดำเนินงานโดยการเผยแพร่ทาง ทีวี วีดีโอ วิทยุ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์ การจัดนิทรรศการ ตลอดจนใช้ชุมชนเป็นสื่อกลางและประสานงานในการเผยแพร่ความรู้ข้อมูลต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้เกิดการรับรู้ และมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ได้ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจ และสามารถอยู่ร่วมสังคมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองในประเด็นที่สำคัญ เช่น

- 1.1 พลังความสามารถ 10 ประการ เช่น แรงจูงใจ ความสามารถในการตัดสินใจ ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เบื้องต้น
- 1.2 รูปแบบของการออกกำลังกาย ตลอดจนการสร้างคู่มือในการออกกำลังกาย
- 1.3 ผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม
- 1.4 ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง

2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น ลักษณะแบบแผนกิจวัตรประจำวัน แรงจูงใจ หรือข้อจำกัดของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่เป็นอุปสรรคทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

บรรณานุกรม

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. “เอดส์: สังคมและพฤติกรรม.” ใน เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการพฤติกรรมสุขภาพ. (4-7 เมษายน 2532) นครปฐม :มหาวิทยาลัยมหิดล
(อัสสัณา).
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2532.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์.
กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532.
- กองฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบรมครู ก. การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
ติดเชื้อโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก2532.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. “สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ประจำ วันที่ 31 มกราคม
2538.” กรุงเทพมหานคร, 2538.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. “ทฤษฎีการพยาบาลของคิง.” ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้.
หน้า 377 - 378. สมพันธ์ หิณชรีระนันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- คณะทำงานวางแผนทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และคณะทำงาน
สังเคราะห์มาตรการในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการสาธารณสุข.
แนวทางป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- จรรยา สุวรรณทัต. “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก.” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ
พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8 - 15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จารุวรรณ ต.สกุล “การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคเอดส์.” วารสารพยาบาลศาสตร์.
3 (กรกฎาคม - กันยายน 2532) : 149 - 157

จำเนียร ช่างโชติ และคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
กรมศาสนา, 2516.

จันทพงษ์ วะสี. “ไวรัสก่อโรคมุคุ้มกันเสื่อม.” ใน เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษเรื่อง
ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อการพัฒนาประเทศ และนโยบายของประเทศไทยเกี่ยวกับ
การแก้ปัญหาและป้องกัน. มหาวิทยาลัยมหิดล อาคารเรียนรวมบัณฑิตศึกษา ศาลายา,
2537.

จันทพงษ์ วะสี และสุดา ลุยศิริโรจนกุล. เอดส์อันตรายที่ป้องกันได้. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.

จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2529.

จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการ
ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

จิรประภา ภาวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2535.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความ
สามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

จรัญ จันทลักษณ์ และ อนันต์ชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2535.

จุมพล อภิสุข. “ข่าวการทดลองวัคซีน, อาหารรักษาโรค และ ศิลปะเพื่อเข้าใจเอดส์.”
นามชีวิต. 1 (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2537) : 1 - 8.

จอณพะจง เพ็ญจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนด้านสุขภาพ
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. “ใคร่ว่าติดเอดส์ตาย 100 %.” ไกล่หมอ. 5 (พฤษภาคม 2536) :
26.

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคนอื่น ๆ . คู่มือโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เสียง
เชียงใหม่, 2532.

ชม ภูมิภาค. จิตวิทยาการเรียนการสอน (ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

เดโช สวานานนท์. จิตวิทยาสังคม (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
โอเดียนสโตร์, 2516.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจรรยา สุทธิสุนทร. พฤติกรรมสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: ม.ท.พ., 2533.

เทพพนม เมืองแมน. “A Nation - wide Adolescent Fertility study in Thailand.”
กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท., 1983.

_____. “รายงานโดยย่อการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของ
กลุ่มที่มีการเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2531 .”
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ศรีษะ และ
คอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองกับ
ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529.

นวลชนิดุ ลิมนวสส. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

น้อมจิตต์ สกุกพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

บรรจง คำหอมกุล และคณะ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2535.

ประพันธ์ ภาณุภาค. “โรคเอดส์และตัวท่าน ปี 2532.” ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง เอดส์: ภัยมืดที่ป้องกันได้. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงแรมเชียงใหม่พลาซ่า จังหวัดเชียงใหม่, 2532.

_____. “ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดของโรคเอดส์.” ใน เอดส์: การดูแลรักษา. หน้า 1-9. มีทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชร์จำกัด, 2535.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมสุขภาพ.” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

ประเสริฐ ทองเจริญ. เอดส์กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.

ผ่องพรรณ ดริยมงคลกุล และสภาพ ฉัตรภรณ์. การออกแบบงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2534.

ฝ่ายเผยแพร่และอบรม ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2532.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. วิจัยทางการแพทย์: หลักการและกระบวนการ. สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส, 2533.

แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์, 2533.

มีทนา หาญนิชัย และอุษา ทิสยากร. เอดส์: การดูแลรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชร์จำกัด, 2535.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิง อาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยาม ศิลปการพิมพ์ จำกัด, 2534.

ยุพิน จันทศักดิ์. “การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.” ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. พรศรี ศรีธัญญาภรณ์ และ ยุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

รัชนี้ นามจันทรา. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการ คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล, 2535.

รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบาง ประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล, 2536.

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค เอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- เรมวอล นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์ดี, 2535.
- วิเชียร เกตุสิงห์. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา, 2534.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช. สำนวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์. "ปัญหาทางปอดในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV." ใน เอดส์: การดูแลรักษา. หน้า 35. มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชร์จำกัด, 2535.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและทางกีฬา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, 2532.
- สถาพร มานัสสถิตย์. ถามตอบปัญหาโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2534.

- สถาพร มานัสสฤติย์ และสุรพล สุวรรณกุล. “โรคในระบบทางเดินอาหารในโรคติดเชื้อเอชไอวี.”
 ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. หน้า 257. สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์,
 บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- สถิต วงศ์สุวรรณ. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2525.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
 กรุงเทพมหานคร: วิศุทธิ์พิมพ์, 2534.
- _____. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร
 ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- สมใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแล
 ตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
 พยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมพร โตศิริพัฒนา. การศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติด
ยาเสพติด ณ โรงพยาบาลนนทบุรี และคลินิกยาเสพติดของสำนักงานมัยกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์.
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้: การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผล
 การควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
 คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครการพิมพ์, 2524.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแล
 ตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:
 ไทยวัฒนาพานิช, 2533.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับ การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2527.
- สุพักตร์ วาณิชเสนี และคนอื่น ๆ “การสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอดส์ครั้งแรก ในผู้ติดยาเสพติดในคลินิกรักษาของกรุงเทพมหานคร.” วารสารโรคเอดส์. 2 (2532): 75-82.
- สุภาภรณ์ ด่วงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุรพล สุวรรณกุล, “ความผิดปกติและโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่พบในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี.” ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. หน้า 166. สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัศมี, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- “โรคปอดในผู้ป่วยเอดส์.” ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. หน้า 196. สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัศมี, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- สุรพล สุวรรณกุล และป่วน สุทธิพิณธรรม. “โรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.” ใน โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. หน้า 114-129. สุรพล สุวรรณกุลและอมร ลีลารัศมี, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์. “โรคเอดส์ทางคลินิก.” ใน เอดส์ : การดูแลรักษา. หน้า 10. มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์จำกัด, 2535.
- สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัศมี. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองกับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2534.
- เสมอจันทร์ อเนเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับ
การรักษาด้วยยาเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- हररषषष เทียนทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยง
ของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535.
- อนวัตร ลิ้มสุวรรณ. "โรคเอดส์: พยาธิกำเนิด, แนวทางการสร้างวัคซีน และยารักษา." วารสาร
โรคเอดส์. 1(กุมภาพันธ์ 2532) : 97-103.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการ
ปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเฮโรอีนทางเส้น
เลือดขณะเข้ารับการรักษาขั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with
Health and Medical Care Recommendations." *Medical Care*. 13 (January
1975): 10-21.
- Boom, F. "AIDS in the Family." *Journal of AIDS Patient Care*. 5 (December 1991) :
273-277.
- Brook, H.R. et al. "Overview of Adult Health Status measures Fielded." *Medical Care*.
17 (7) 1979 :1-131.

- Brunner, L.S. and Suddarth, D.S. Text Book of Medical-Surgical Nursing. 6 th. ed. Philadelphia : J.B. Lippicott Company, 1988.
- Bunting, S.M. "The Concept of Perception in Selected Nursing Theories." Nursing Science Quarterly. (November 1988) : 168-174.
- Burrell, L.O. Adult Nursing in Hospital and Community Setting. 2 nd. ed. USA : Appleton and lange, 1992.
- Chang, B.L. "Evaluation of Health Care Professionals in Facilitation Self-Care: Review of the Literature and Conceptual Model." Advance in Nursing Sciences. 3 (October 1980): 43-58.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2 nd. ed. New Jersey : Englewood Cliffs Prentice, 1982.
- Connelly, C.E. "Self-Care and chronically ill patient." Nursing Clinics of North America. 15(March 1987) : 621-629.
- Darhyshire, J.H. "HIV infection and Tuberculosis." Quarterly Journal of Medicine. 80 (July 1991) : 563-564.
- Day, S.m., Ward, H. and Perrotta, L. "Prostitution and Risk of HIV : Male Partners of Female Prostitutes." British American Journal. 307(August 1993): 359-361.
- Dumas, L. The Nursing Clinics of North America. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1992.
- Dunchy, C.A. "Mental Health Needs of Clients Along the Continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. In Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1991.
- Edwards, C.R. and Bouchier, I.A. Davidson's Principles and Practiec of Medicine : Textbook for Students and Doctors. 6 th. ed. British : Oxford University, 1991.
- Eisen, M., Zellman, G.Z. and Mc Alister, A.L. "A Health Belief Model approach to adolescent fertilities control : Some pilot program finding." Health Education Quarternary. 12 (Summer 1985) : 185-210.

- Feetham, S.L. et al. The Nursing of Families : Theroy/Research/Education/Practice.
USA : Sage Publications Inc., 1993.
- Fischl, M.A. et al. "The Efficacy of Azidothymidine (AZT) in the Treatment of Patients with AIDS and AIDS-Related Complex." Journal of Medicine. 317 (July 1987): 185-191.
- Gardner, L.I. et al. "Pridictors of HIV-1 Disease Progression in Early and Late-Stage Patients : The U.S. Army Natural History Cohert." Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome., 1992 : 782-792.
- Garrison, K.C. and Magoon, R. Educational Psychology. Ohio : Charles E. Merrill Publishing Company, 1972.
- Gast, H.L. et al. "Self- care agency : Conceptualizations and operationalizations." Advances In Nursing Sciences. 12 (October 1989): 26-38.
- Gee, G. and Moran, T.A. AIDS: Concepts in Nursing Practice. USA : Williams and Wilkins, 1988.
- Grady, C. "Acquired immunodeficiency syndrome." Cancer Nursing. 12 (1989): 1-9.
- Haber, J. et al. Comprehensive Psychiatric Nursing. 4 th. ed, USA : Mosby-Year Book, 1992.
- Hill, L. and Smith, N. Self-Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice-Hill, Inc., 1985.
- Horgan, A.F. "Health Status Perception and Health Related Behavior." Journal of Gerontological Nursing. 13(1987) : 30-33.
- Kassirer, J.P. Current Therapy in Internal Medicine. 3 rd.ed. Philadelphia: B.C. Decker Inc., 1991.
- Kelly, J.A. et al. "Factors Associated With Severity of Depression and High-Risk Sexual Behavior Among Persons Diagnosed with Human Immunodeficiency Virus(HIV) Infection." The official Journal of Division of Health Psychology of the American Psychological Association. 12 (May 1993) : 215-219.

- Kelly, J.A. and Lawrence, J.S. The AIDS Health Crisis: Psychological and Social Intervention. 2 nd. ed. USA : Plenum press, 1988.
- Kelly, W.N. and Devite, V.T. Internal Medicine. 2 nd.ed. (Volume 2) Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.
- Kennedy, M. "AIDS coping with the fear." Nursing (April 1987): 45-47.
- Kent, T.H. and Hart, M.N. Introduction to Human Disease. 3 rd. ed. USA: Appleton and Lange, 1993.
- Kline, A. and Strickler, J. "Perceptions of Risk of AIDS Among Women in Drug Treatment." The Official Journal of the Division of Health Psychology of the American Psychological Association. 12 (July 1993) : 313-323.
- Lang, C. "Positive Steps." Journal of Nursing Times. 89 (March 1993): 54-56.
- Levinson, S.F. and O'Connell, P.G. "Rehabilitation Dimensions of AIDS: A Review." Achieves Physical of Medical Rehabilitation. 72 (August 1991): 690-696.
- Long, B.C., Phipps, W.J. and Cassmeyer, V.L. Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. 3 rd. ed. Philadelphia : Mosby Year Book, 1993.
- Lovejoy, N.C. and Moran, T.A. "Selected AIDS beliefs, behaviors and informational needs of homosexual/bisexual men with AIDS or ARC." Internal Journal of Nursing studies. 25 (1988) : 207-216.
- Maas, M.L., Titler, M.G. and Buckwalter, K.C. The Nursing Clinicals of North America. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993.
- Mc Ghie. A Psychology as Applied to Nursing. 8 th. ed. London: Churchill Livingstone, 1986.
- Michel, M.H. and Braden, C.J. "Finding Meaning: Antecedents of uncertainty in illness." Nursing Research. 37 (March/April 1988): 98-103.
- Muhlenkamp, A.F and Sayles, J.A. "Self-esteem, Social Support and Positive Health Care Practices." Nursing Research. 35 (November/December 1986): 334-338.

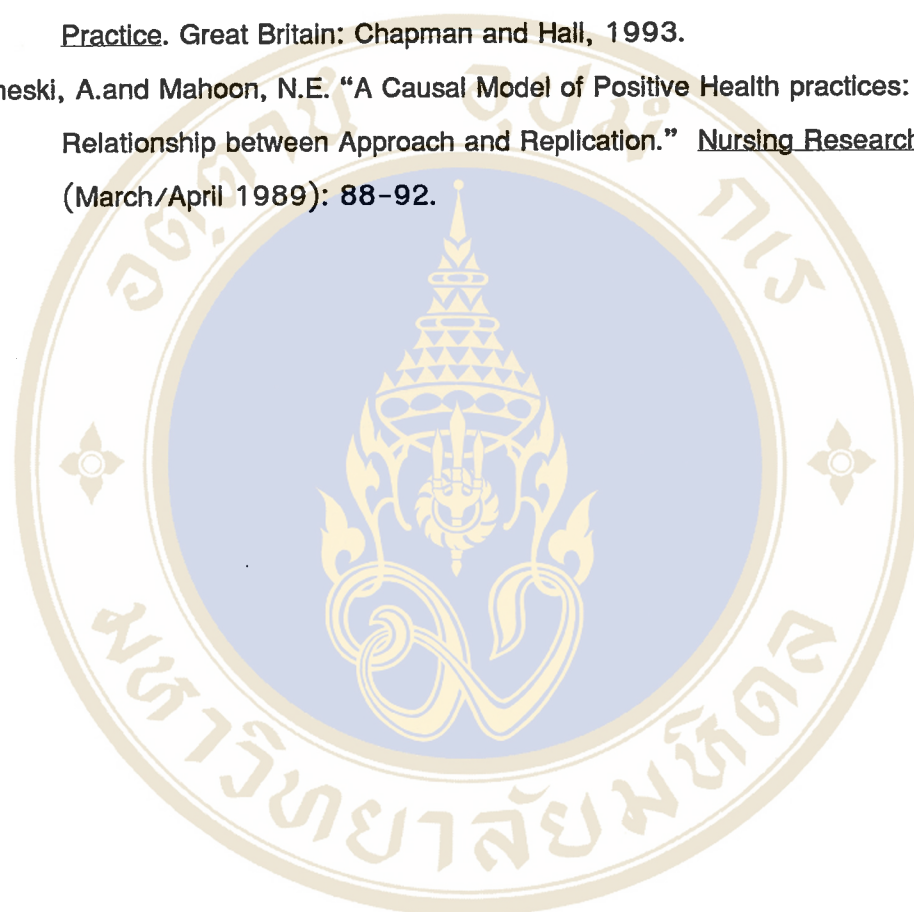
- Murdaugh, C. and Hinshaw, A. "Theoretical Model Testing to Identify Personality Variables Effect on Preventive Behaviors." Nursing Research. 35 (January/February 1988): 19-23.
- Nelson, E.C. et al. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension." Medical Care. 16 (November 1978) : 893-906.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2 nd. ed New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
- _____. Nursing: Concepts of Practice. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.
- _____. Nursing Concepts of Practices. St. Louise: Mosby Year Book, Incompany, 1991.
- Orem, D.E. and Tayler, S.G. "Orem's General Theory of Nursing." In Case Studies in Nursing Theory. P 37-71. Edited by P. Winstead-Fry, New York: National league for Nursing, 1986.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk: Appleton Crofts, 1982.
- Pender, N.J. and Pender, A.R. Health promotion in Nursing Practice. 2 nd. ed. USA: Appleton and Lange, 1987.
- Perreault, J.A. "Assessing for Perceptual Clarity: Closing the Gap between Theory and Practice." Rehabilitation Nursing. 10 (May-June 1985): 28-32.
- Pezzotti, et al. "Influence of Gender, Age, and Transmission Category on the Progresstion From HIV Seroconversion to AIDS." Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 5(1992): 745-746.
- Phipps, W.J. et al. Medical-Surgical Nursing concept and Clinical practice. 4 th. ed. USA: Mosby-Year Book Inc., 1991.
- Piette, J.D. et al. "Perceived Needs and Unmet Needs For Formal Services Among People With HIV Disease." Journal of Community Health. 18 (February 1993): 11-23.

- Porter, K. et al. "Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS." British American Journal. 307 (July 1993): 20-23.
- Pratt, R.J. AIDS: A Strategy for Nursing Care. 3 th. ed. London: Edward Arnold, 1991.
- Pritchard. A.P. and Mallett. J. The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures. 3 rd. ed. Great Britain: The Royle Marsden Hospital, 1992.
- Rokeach, M. Belfe, Attitude and Value: A theory of organization and change. San Francisco: Jossey Press Inc., 1970.
- Rosenstock, U.M. "The Health Belief Model and Prevent Health Behavior." In Health Belief Model and Personal Health Behavior. Edited by M.H. Becker. New Jersey: Charles B. Slack Inc., 1974.
- Royle, J.A. and Walsh, M. Watson's Medical-Surgical Nursing and Related Physiology. 4 th. ed. Great Britain: Bailliere Tindall, 1992.
- Saucier, K.A. Perceptives in Family and Community Health. USA: Mosby-Year Book, 1991.
- Scberer, J.C. Introduction Medical-Surgical Nursing. 5 th.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991.
- Scheibe, K.E. Beleifs and Valve. P. 159. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc., 1970.
- Schwartz, S.I. et al Principle of Surgery. 6 th. ed. New York : McGraw-Hill, 1994.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 7 th.ed Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.
- Taylor. S.G. "Nursing Theory and Nursing Proccess: Orem's Theory in Practice." Nursing Science Quarterly. 1,2 (May 1988) : 116.
- Tucker, S.M. et al. Patient Care Standards: Nursing Process, Diagnosis and Outcome. 5 th. ed. USA : Mosby-Year Book, 1992.
- Turner, J.G. and Williamson, K.M. "AIDS A Challenge for Contemporary Nursing Part 2: Clinical Aids." Focus on Critical Care. 13 (August 1986) 41-50.

Ungvarski, P. "Coping with infection that AIDS Patients develop." RN. (November 1988): 53-58.

Wright, H. and Gidden, M. Mental health Nursing: From First Principle to Professional Practice. Great Britain: Chapman and Hall, 1993.

Yarcheski, A. and Mahoon, N.E. "A Causal Model of Positive Health practices: The Relationship between Approach and Replication." Nursing Research. 38 (March/April 1989): 88-92.







**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา
ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์**

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล สุวรรณกุล
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางอารีรัตน์ สنجใจ
พยาบาลวิชาชีพ 6 คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา
ของแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์**

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรพล สุวรรณกุล
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ โตสิงห์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
7. นางอารีรัตน์ สنجใจ
พยาบาลวิชาชีพ 6 คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบอธิบายการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ ทิตยัทยา หอมทรัพย์ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ในการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ถูกหรือผิด และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลในขณะนี้ คำตอบที่ได้จากท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยเมื่อไรก็ได้ ถ้าท่านต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่านทั้งสิ้น การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการพยาบาล การให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และครอบครัวต่อไป



เลขที่แบบสอบถาม

โรงพยาบาล

วันที่

ข้อความ	หมายเหตุ
แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง 1. เพศ () ชาย () หญิง 2. อายุ ปี 3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่ 4. ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ปี สำเร็จการศึกษาชั้น..... 5. อาชีพ () นักเรียน/นักศึกษา () แม่บ้าน () ว่างงาน () รับจ้าง () ทำสวน/ทำไร่ () ค้าขาย () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ผู้ให้บริการทางเพศ () อื่น ๆ ระบุ 6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท 7. ความเพียงพอของรายได้ () มีพอใช้และมีเงินออม () มีพอใช้แต่ไม่มีเงินออม () ไม่พอกับค่าใช้จ่าย มีภาระหนี้สิน	

ข้อความ	หมายเหตุ
7. ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ 8. การติดต่อ 9. การแสดงอาการของโรค () ไม่มีอาการของโรค () มีอาการของโรค ระบุ 10. ระยะของการดำเนินโรค () กลุ่ม เอ () กลุ่ม บี () กลุ่ม ซี	ดูจากราย งานการ บันทึกของ แพทย์ใน แบบฟอร์ม การรักษา

เลขที่แบบสัมภาษณ์

โรงพยาบาล

วันที่

แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาอย่างรอบคอบว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่กำหนดไว้ ที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยการเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำโดยสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย
ไม่มีเหตุการณ์	หมายถึง	ไม่มีเหตุการณ์ในข้อความนั้น ๆ เกิดขึ้น
ไม่เคย	หมายถึง	เมื่ออาการหรือกิจกรรมในข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้น
เคย	หมายถึง	เมื่ออาการหรือกิจกรรมในข้อความนั้นเคยเกิดขึ้น

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์	หมายเหตุ
1. เมื่อมีสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้หวัดหรือโรคติดเชื้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ ท่านหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ชิด					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บาง ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุ การณ์	หมายเหตุ
2. ท่านเคยมีอาการเหนื่อยหอบ หรืออ่อนเพลียขณะที่ทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ () ไม่เคย () เคย 2.1 ถ้าเคยท่านหยุดทำกิจกรรมนั้น ๆ ทันที..... 2.2 อื่น ๆ..... 38. ท่านยังคงสามารถทำหน้าที่ในครอบครัวในฐานะที่เป็นหัวหน้าครอบครัว พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูกได้ตามปกติ 39. ท่านดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข 40. ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ เช่นการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การใช้โทรศัพท์สาธารณะ การขึ้นรถเมล์ การใช้ส้วม การว่ายน้ำในสระเดียวกัน การกอดรัดกัน					

เลขที่แบบสอบถาม

โรงพยาบาล

วันที่

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน ซึ่งไม่มีคำตอบใดเป็นข้อถูกหรือข้อผิด และข้อความบางข้ออาจดูเหมือนคล้ายกันแต่ แต่ละข้อมีความแตกต่างกันและมีความสำคัญในทุกข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน และเลือกตอบให้ถี่ถ้วนดังนี้

- | | | | |
|-------------------|--------------------|-----|---|
| หมายเลข 5 หมายถึง | จริงทั้งหมด | คือ | ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ |
| หมายเลข 4 หมายถึง | จริงเป็นส่วนมาก | คือ | ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก |
| หมายเลข 3 หมายถึง | ไม่แน่ใจ | คือ | ผู้ตอบคิดว่าตนเองมีความรู้สึกความคิดเห็นไม่แน่ใจ กับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น |
| หมายเลข 2 หมายถึง | ไม่จริงเป็นส่วนมาก | คือ | ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย |
| หมายเลข 1 หมายถึง | ไม่จริงทั้งหมด | คือ | ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย |



แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อความ	จริง ทั้ง หมด (5)	จริง เป็น ส่วน มาก (4)	ไม่ แน่ ใจ (3)	ไม่ จริง เป็น ส่วน มาก (2)	ไม่ จริง ทั้ง หมด (1)	หมายเหตุ
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต						
1. ข้าพเจ้าไม่เคยเจ็บป่วยเป็นระยะ เวลานาน						
2. ข้าพเจ้าไม่เคยป่วยหนักมาก่อน						
3. ข้าพเจ้าเคยป่วยหนักมากมาครั้งหนึ่ง ถึงขั้นเกือบจะเสียชีวิต						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย						
23. การเจ็บป่วยบ้างบางครั้งคราว ถือว่าเป็นเรื่องปกติในชีวิต						
24. ข้าพเจ้ายอมรับว่าบางครั้งข้าพเจ้า อาจจะเกิดความเจ็บป่วยได้						