

610949135

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

THE RELATIONSHIP BETWEEN HOPE AND HEALTH - PROMOTING
BEHAVIORS IN CLIENTS WITH HIV INFECTION



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-833-8

สงวนลิขสิทธิ์

๑๓

ก1๒๕ค

๒๕๔๐

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



กนกเลขา แก้วสว่าง

ผู้วิจัย



กรองกาญจน์ สังกาศ ค.บ., วท.ม., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



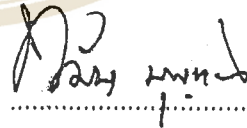
สุวิมล กิมปี วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



จารุวรรณ ต. สุกต วท.บ, สส.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

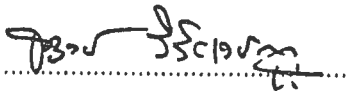


ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., E.d.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

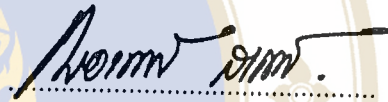
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2540



กนกเลขา แก้วสว่าง

ผู้วิจัย



กรรณกาญจน์ สังกาศ ค.บ., วท.ม., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



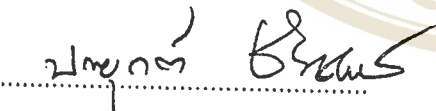
จิริยาวัตร คมพัยค์ษ์ วท.บ., วท.ม., ส.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี วท.บ., ค.ม.


กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประยุตต์ เสรีเสถียร พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์,

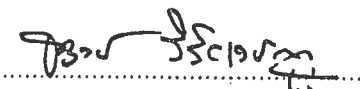
ว.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



จารุวรรณ ต. สุกุล วท.บ., สส.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

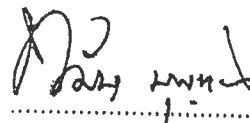


อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	เรื่อโทหญิง กนกเลขา แก้วสว่าง
วัน เดือน ปีเกิด	2 ธันวาคม 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ, พ.ศ. 2532-2536 : ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540 : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนวิจัย	China Medical Board of New York, Inc. ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2536-2537 : โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2537-ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ตำแหน่ง : อาจารย์พยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร. กรองกาญจน์ สังภาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต. สกุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยให้มีความถูกต้อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยค์ และ นายแพทย์ ประยุกต์ เสรีเสถียร ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ นาวาตรีประเสริฐ บุญสงเจริญ ตลอดจนพยาบาลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณ เรือเอกหญิง สิริรัตน์ คุณจักร ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกองทัพเรือ ที่ได้กรุณาให้ทุนการศึกษา ตลอดจนขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากเงินทุน China Medical Board of New York, Inc. ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ คุณณัฐพล สุวรรณพงษ์ ที่ให้กำลังใจ ความเอื้ออาทร และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีมาตลอด

กนกเลขา แก้วสว่าง

2. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง สำหรับในรายละเอียดข้อย่อยพบว่าความหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยข้อที่อยู่ในระดับปานกลางคือ การเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นในชีวิต การวางแผนเป้าหมายในชีวิต การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อใช้ในการตรวจรักษา การติดเชื้อเอชไอวีสามารถรักษาได้ด้วยยาสมุนไพร การที่ผู้อื่นสามารถช่วยให้แข็งแรงขึ้น การพูดคุยเรื่องการติดเชือกับเพื่อนหรือญาติ

3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2046$)

4. ระดับการศึกษาและความหวังสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรหาแนวทางในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การจัดให้มีบริการให้คำปรึกษา การจัดกลุ่มแบบประคับประคอง ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับความรู้ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

2. The overall mean scores and section of hope in clients with HIV infection were at high level. Categories of hope were at moderate level, i.e., have something good occurring in life, the clients with HIV infection able to plan purpose of life, getting money support for treatment from members in family, knowing that herb can be used for treatment, feeling that another person can help for getting better and talking about the infection with their friends or relatives.

3. Hope correlated positively to health-promoting behaviors ($r = .2046$) at the statistically significant level of .05

4. Stepwise multiple regression analysis indicated that education and hope predictors accounted for 11.97 percent variance in the degree of health-promoting behaviors at the statistically significant level of .05

Based on the result of this study, the researcher recommended that nurse and health care personnel should promote hope in clients with HIV infection. i.e., counseling, group supporting and giving information about supporting health by thinking about the way to give suitable knowledge for suitable education and capacity of each client, in order to support the suitable behavior for the client.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การติดเชื่อเอชไอวี	13
ความหวังของผู้ติดเชื่อเอชไอวี	23
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวี	34
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวี	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	59
การอภิปรายผล	79

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะ	88
 บรรณานุกรม	 91
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	100
ข. ค่าชี้แจงสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้าร่วมการวิจัย	103
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	105



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	60
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ	61
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การแสดงอาการของโรค	62
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่ามี การติดเชื้อ การบอกผลการติดเชื้อกับผู้อื่น ครั้งที่ของการมารับการตรวจรักษา	63
5. ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผล คะแนนความหวัง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	64
6. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความหวังรายข้อใน ด้านที่มุ่งเน้นอนาคต และสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น	65
7. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนรายข้อในด้านที่ สัมพันธ์กับทางเลือก และสัมพันธ์กับความปรารถนา	66
8. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความหวังรายข้อใน ด้านที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม และสัมพันธ์กับ ความกล้า	67
9. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	68
10. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายข้อในรายด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	69
11. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายข้อในรายด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ	70
12. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายข้อในรายด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน และรูปแบบการ นอนหลับ	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในรายด้านการจัดความเครียด และการตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง	72
14. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในรายด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	73
15. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในรายด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ	74
16. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)	75
17. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ ความหวัง เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบันมีความรุนแรง และมีการแพร่กระจายไปในบุคคลทุกกลุ่มชนชั้นทุกอาชีพ และมีแนวโน้มจะทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 9 - 11 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นประมาณ 1.5 ล้านคน และคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2543) จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคน (Schwartz et al. 1994 : 160) สำหรับในประเทศไทยนับตั้งแต่เชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยเริ่มมีผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้นในปี พ.ศ. 2527 เป็นรายแรกจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ในปีต่อๆมา จนกระทั่งถึงเดือนตุลาคม 2539 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 49,091 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ 20,584 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 13,339 ราย (กองระบาดวิทยา 2539 : 1) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของโรคเอดส์ดังกล่าวถือว่าเป็นวิกฤตการณ์หนึ่งของประเทศไทย และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่สำคัญที่ต้องแก้ปัญหาย่างเร่งด่วน

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นการติดเชื้อที่มีลักษณะแตกต่างจากการติดเชื้อชนิดอื่นๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นเวลายาวนาน (Persistent infection) และก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้ออวัยวะต่างๆได้ง่าย ทำให้เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายอย่างตามมา (กรองกาญจน์ สังกาศ 2537 : 24) อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังรับเชื้อจะมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏขึ้น ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการถ้าบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใดๆ นอกจากตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี ภายในร่างกาย แต่ถ้าบุคคลนั้นมิได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุล โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็วโดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ ทำให้รูปร่างหน้าตาผิดแปลกจากการบวมโตของลำคอ มีอาการไข้ ไม่สุขสบายเรื้อรัง เมื่อการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเห็นออยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย หายใจ

หอบเหนื่อย ยิ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานานวัน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ก็จะยิ่งลดลงไป โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ร่างกายผ่ายผอม ผิดรูปผิดร่าง ปรากฏอาการเมะเร็งของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่ออ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่ออ่อนของอวัยวะระบบทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อราทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อได้ง่าย โดยที่ยังไม่สามารถใช้ยาใดๆรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด (เปียร์ตัน นิลอัยยกา, 2537 : 214)

จากอาการและอาการแสดงที่เกิดกับผู้ป่วยเชื้อเอชไอวีที่กล่าวข้างต้นแล้ว สภาวะจิตใจอารมณ์ สังคมของบุคคลนั้นก็จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มจากความไม่สุขสบายทางร่างกายเนื่องจากสภาวะของโรคซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ในจิตใจ หดความสุข ตื่นกลัวไม่แน่ใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างจะรู้และรังเกียจตน โกรธตนเอง โกรธผู้ที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม หลบหนีสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น ปรากฏอาการให้ผู้อื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไป ก็จะมีกังวลกลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป บางรายยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือเมื่อต้องถูกออกจากงาน หรือเมื่อต้องขาดงานจากอาการเจ็บป่วยบ่อยๆ บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความคิดอยากตายบ่อยๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy 1991 : 717-719) จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดที่เกิดขึ้นมีส่วนส่งเสริมให้ความรุนแรงของโรคมีมากขึ้น (Beland & Passos 1981 : 1134) ดังนั้นสิ่งที่จะกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรักษาความสมดุลทางจิตใจได้ ก็คือความหวัง

ความหวัง เป็นพลังที่สำคัญในการดำเนินชีวิตมนุษย์ เป็นการคาดหมายถึงอนาคตว่าจะบรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาแม้จะมีความไม่มั่นใจปนอยู่ด้วย ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในตัวของบุคคล ที่จะก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ (Miller 1983 : 287) บุคคลที่มีความหวังจะเลือกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่จะทำให้สมหวังได้ เช่น การจัดระบบความคิด วางแผน ตัดสินใจ การคิดหาทางแก้ปัญหาและสร้างสรรค์แนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การรอโอกาสที่เหมาะสม และมีความพร้อมที่จะกระทำการใดๆ เช่น การที่บุคคลตัดสินใจที่จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การพักผ่อนหรือออกกำลังกาย เพราะหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้การรักษาโรคของตนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หรือการแสดงออกทางสังคม เช่น การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อตนเจ็บป่วย เพราะหวังว่าบุคคลดังกล่าวจะสามารถบำบัดรักษาตนได้ เป็นต้น (Dufault and

Martocchio 1985 : 382) ซึ่งเบค และคณะ (Beck, et al. 1984 : 100) กล่าวว่า ความหวังเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ (Sense of possible) บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า ถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมายในชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี หรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งความหวังตามแนวคิดของเบคและคณะ (Beck, et al. 1984) มีลักษณะเป็นความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม และความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า บุคคลที่มีความหวังจะมีพฤติกรรมที่กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะกระทำการใดๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตรงกันข้ามเมื่อบุคคลขาดความหวังความเฉื่อยชาก็จะเกิดขึ้น (Robert 1978 : 174-175) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮริสัน (Harrison, 1993) ที่ว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย ดังนั้นการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังก็คาดว่า จะทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังคำขวัญวันเอดส์โลก พ.ศ. 2539 ที่ว่า One World One Hope : โลกนี้ยังมีหวัง รวมพลังหยุดยั้งเอดส์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะยอมตามสิ่งที่จะนำประโยชน์มาให้ และปฏิเสธอันตรายที่คุกคามชีวิต บุคคลจึงตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น (Pender 1987 : 57) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่อร่างกาย งดเว้นและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ควรมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ ออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสม มีวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม ตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถควบคุมสภาวะแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะต้องให้สอดคล้องและผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิต และช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น นำไปสู่ความผาสุกของชีวิต (Well being) ในที่สุด (Pender 1987 : 57-59)

นอกจากนั้นเพนเดอร์ (Pender 1987:66) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยปรับเปลี่ยนอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อมคือ

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างด้านร่างกาย และค่านิยมต่างๆ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพในบางอย่าง จึงเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ที่สังคมยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศอาจแตกต่างกันไปด้วย พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดความระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายและจากการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) พบว่า เพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง

อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender 1982 : 162-163) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบว่ามีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค แผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตจึงละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2534 : 34) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 15-24 และ 50 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วยเพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความไว้วางใจมากที่สุด คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 41) บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยรักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและบริการต่างๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Orem 1985 : 91-120) จากการศึกษาของบราวน์ และแมคครัดดี (Brown & McCurdy cited in Duffy 1993 : 24) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2531 : 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จัดของเสียทางเยื่อช่องท้องที่มีคุณสมบัติดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรค หมาย หย่า หรือ แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร และสามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ข) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

อาชีพ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรม การทำงาน และการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบ และจำกัดเวลามากนัก ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานมีกำหนดเวลาแน่นอน เช่นอาชีพรับจ้างทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 37)

รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 179) จากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี และจากการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ และการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี

การแสดงอาการของโรค เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งเดนนิส (Denyes 1988 : 16) พบว่าภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความคิดเห็นว่า ภาวะสุขภาพของตนแข็งแรงก็จะมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับการเสาะแสวงหาความรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความบกพร่องในการดูแลตนเองจะน้อยลง แต่ทางตรงกันข้ามกับอีกบุคคลหนึ่งที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าตนเองอ่อนแอ หรือตนเองมีความเจ็บป่วยกำลังคุกคามต่อชีวิตสวัสดิภาพของตนอย่างหนัก ทำให้ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะตัดสินใจ

ปฏิบัติการที่กำหนดยุทธศาสตร์ที่เน้นการดูแลสุขภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Pender 1987 : 64) การศึกษาของพอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงของโรคจะไม่ระมัดระวังสุขภาพก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นเอดส์เร็วขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และความหวัง โดยได้ยึดแนวคิดความหวังของเบคและคณะ (Beck, et al., 1984 : 501-502) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้านของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 138-143) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป



แผนภูมิที่ 1 : แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และความหวังที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานของการวิจัย

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และความหวัง สามารถรวมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวกที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปมารับการตรวจรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และคลินิกนิรนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมความหวัง ที่จะพลังในการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามตัวแปร

1. **ความหวัง** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าจะได้สิ่งที่ตั้งตามที่ตั้งใจตามคำทำนาย หรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งวัดได้ด้วยแบบสอบถามความหวังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของเบคและคณะ (Beck et al., 1984) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนให้ดีขึ้น โดยเชื่อว่าอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และมีการค้นหาความสุข ความรื่นรมย์ในชีวิตปัจจุบัน หรือกระทำการต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้ออนาคตที่ดี

1.2 ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวัง จะมีความคาดหวังว่าตนจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ญาติ และเพื่อนในระยะที่ปัจจัยในตนเองลดลงหรือไม่เพียงพอ

1.3 ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนยังมีทางเลือกอื่นๆให้ปฏิบัติ แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

1.4 ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวัง จะเป็นผู้ที่มีความปรารถนาซึ่งเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับความหวังในสิ่งอัศจรรย์ (Magic Hope) โดยหวังว่าสิ่งอัศจรรย์หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ จะช่วยให้ตนสมหวังในสิ่งที่ปรารถนา

1.5 ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเชื่อมั่นว่าบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น เป็นผู้มีความสามารถและจะให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมุ่งมั่นในการแก้ไข เจริญปัญหาอย่างไม่ย่อท้อ

1.6 ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า หมายถึง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะคงยืนกรานต่อเป้าหมายของตน และกล้าที่จะกระทำการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน ถึงแม้ว่าเป้าหมายนั้นจะมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่

2. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื่อเอชไอวี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวีของ จันทนา พงษ์สมบูรณ์

(2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138-143) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้านคือ

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

2.3 การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational activity) เป็นการประเมินลักษณะนิสัย ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ วิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของบุคคล

2.4 รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน สภาพการนอนหลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีบริหารจัดการที่ทำให้ให้นอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคผ่อนคลาย และวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำมาใช้เมื่อนอนไม่หลับ

2.5 การบริหารจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

2.6 การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเอง

2.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relation with others) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่างๆ

2.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

2.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆของร่างกาย เป็นต้น

3. **ปัจจัยพื้นฐาน** หมายถึง คุณลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค

3.1 เพศ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงหรือเพศชาย

3.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

3.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบ่งตามการสมรส โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

3.4 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการศึกษา

3.5 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำอยู่ แบ่งเป็น อาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน เช่น รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น ค้าขาย เกษตรกรรม หรือไม่ได้ทำงาน

3.6 รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือหมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังเป็นผู้อยู่ในความดูแล หรือหมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ / หรือคู่สมรสเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีสถานภาพสมรสคู่

3.7 การแสดงอาการของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ตามลักษณะคลินิก แบ่งเป็น (ตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536)

3.7.1 ระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ หมายถึง ระยะติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีอาการ คือ ผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลย ระหว่างนี้ สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นปกติทั่ว ๆ ไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน

3.7.2 ระยะเวลาที่มีอาการ หมายถึง ระยะเวลาที่ผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นผลบวก และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างของการติดเชื้อเอชไอวี ปรากฏให้เห็น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตที่จะศึกษาดังนี้

การติดเชื้อเอชไอวี

ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความหวังและปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) หรือ Human Immunodeficiency Virus เป็นเชื้อไวรัสทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยมีได้เป็นมาแต่กำเนิดเรียกว่าเอดส์ (AIDS) หรือ Acquired Immuno Deficiency Syndrome

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นการติดเชื้อที่มีลักษณะแตกต่างจากการติดเชื้อชนิดอื่นๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นเวลายาวนาน (Persistent infection และก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย ทำให้เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายอย่างตามมา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับการติดเชื้อฉวยโอกาสตามระบบต่างๆ ของร่างกาย เพราะเชื้อเอชไอวีมีความจำเพาะที่จะติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน T-helper cells จะเป็นตัวที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการตอบโต้ทางภูมิคุ้มกันทั้งแบบพึ่งเซลล์ (Cell mediated immune response) และแบบไม่พึ่งเซลล์ (Humoral immune response) ความผิดปกติเกิดขึ้นจากการที่ T-helper cells ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี กลายเป็นแหล่งผลิตเชื้อด้วยการแตกหน่อออกไป ทำให้มีเชื้อเอชไอวีไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิตแล้วไปจับกับ T-helper cells ตัวใหม่ทำให้ T-helper cells ถูกทำลายไปเรื่อยๆ จนมีจำนวนลดลง

ทำให้สัดส่วนของ T-helper cells (T4) ต่ำ T-suppressor cells (T8) ลดลงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเชล เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย และระยะการดำเนินโรคแบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (CDC) ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536 โดยใช้ลักษณะทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มเอ
- กลุ่มบี
- กลุ่มซี

กลุ่มเอ คือ ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะหรือแสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. มีการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ
2. มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตอย่างเรื้อรัง (Persistent generalized lymphadenopathy)
3. มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (Acute หรือ Primary HIV infection) หรือมี

ประวัติว่าเคยมีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน ซึ่งอาการจะเป็นแบบ Acute retroviral syndrome หรือ Acute mononucleosis - like syndrome กล่าวคือ ร้อยละ 50-70 จะมี ระยะฟักตัวประมาณ 3-6 สัปดาห์ หลังถูกเข็มตำหรือมีเพศสัมพันธ์ แล้วมีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อujanระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น

กลุ่มบี คือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี และมีภาวะหรือโรคอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือ

ต้องการการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าวได้แก่

- 2.1 เนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยหลอดเลือด หรือหลอดเลือดน้ำเหลืองมากมายตาม

ร่างกาย (Bacillary angiomatosis)

- 2.2 ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

- 2.3 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ

หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

- 2.4 มะเร็งปากมดลูกระยะ insitu หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical

dysplasia)

- 2.5 ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออujanระร่วงนานกว่า 1 เดือน

2.6 ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia)

2.7 งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือเป็นมากกว่าหนึ่ง dermatome

2.8 Idiopathic thrombocytopenic purpura

2.9 Listeriosis

2.10 อู้งเชิงกรานอักเสบโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อนำไข่หรือรังไข่

2.11 เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (peripheral neuropathy)

ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มเอ หรือกลุ่มบี ก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่มบี

กลุ่มซี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ดังจะกล่าวต่อไป ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซีแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

1. โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลมหรือที่เนื้องอก หรือที่หลอดอาหาร

2. โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่น ที่ระบบสมองและไขสันหลัง หรือแพร่

กระจายทั่วตัว

3. โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

4. โรคติดเชื้อรา Coccidioidomycosis นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย (ไม่พบในคนไทยหรือติดตามจากต่างประเทศ)

5. Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ยาวนานกว่า 1 เดือน

6. Isosporiosis เรื้อรังของลำไส้ยาวนานกว่า 1 เดือน

7. ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneucystis carinii

8. โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง

9. ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)

10. กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อเอชไอวี (HIV wasting syndrome)

11. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดที่อวัยวะต่างๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด

ยกเว้นการติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง

12. โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หลอดลม

อักเสบ ปอดอักเสบหรือหลอดลมอักเสบ

13. ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ

14. เสพติดเชื้อเมียมจากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ

15. Progressive multifocal leukoencephalopathy

16. วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด

17. โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. Kansasii หรือ Mycobacterium spp. ที่เกิดนอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย
18. มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi 's sacroma)
19. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)
 - 19.1 Burkitt's
 - 19.2 Immunoblastic
 - 19.3 หรือเกิดเป็นปฐมภูมิที่สมอง
20. มะเร็งปากมดลูกชนิด invasive
21. ตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 ต่ำกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536 : 61)

ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มสูงขึ้นและแพร่กระจายไปในทุกกลุ่มบุคคล รวมทั้งครอบครัวและเกือบทุกชุมชนทั่วประเทศ สิ่งที่น่าหวั่นใจไม่ได้ก็คือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาการปรับตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัย

ภาวะวิกฤตประการหนึ่งของมนุษย์ก็คือการที่มนุษย์จะต้องรับรู้สิ่งที่ไม่ประสงค์จะรู้ โดยเฉพาะเรื่องที่จะต้องรับรู้นั้นเป็นเรื่องของผลการวินิจฉัยโรคที่น่ากลัวและเป็นอันตราย สังคมหรือตนเองก็ยอมรับได้ยาก ดังนั้นไม่ว่าใครก็ตามที่ทราบผลการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์มักจะมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวดังนี้

1.1 พฤติกรรมการต่อต้านสังคม (Antisocial) พฤติกรรมดังกล่าวอาจแสดงออกโดยโกรธคนรอบข้าง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำตัวเป็นแหล่งแพร่เชื้อ

1.2 เกิดความไม่มั่นใจ (Insecurity) พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความโดดเดี่ยวและความเหงา กลัวความไม่แน่นอนของชีวิต บางรายอาจพยายามพึ่งพาศาสนา หมอคุณ เรียกร้องให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไร อาจรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคประสาท โรคจิต จนต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

1.3 เกิดอาการซึมเศร้าท้อแท้ (Depression) พฤติกรรมที่ปรากฏ เช่น ไม่อยากทำอะไร เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง บางรายอาจถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีผิดปกติทั้ง 3 อย่างข้างต้นนี้ อาจเรียกรวมสั้นๆ ได้ว่า AIDS ซึ่ย่อมาจาก Antisocial Insecurity Depression Syndrome

2. ปัญหาการปรับตัวกับการเจ็บป่วยโดยทั่วไป

ปัญหาที่มักเกิดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

2.1 ปัญหาต้องปรับตัวกับอาการไม่สบายต่างๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อาการไม่สบายต่างๆ ได้แก่ มีไข้ตลอดเวลา และอ่อนเพลียมาก ท้องเสียบ่อย นอนไม่หลับ ทำให้เป็นภาระ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น แต่โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมกลัวว่ารังเกียจ ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือ

2.2 ปัญหาต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งการรักษาพิเศษซึ่งบั่นทอนสภาพความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย เช่น ต้องปรับตัวต่อกฎระเบียบของหอผู้ป่วย การอยู่ร่วมกันหลายคนทำให้ลดความเป็นตัวของตัวเอง สภาพของวิธีการรักษาพิเศษที่ตึงอ้าค้าย ผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ทำเองไม่ได้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

2.3 ปัญหาต้องพัฒนาความสัมพันธ์อันดีกับบุคลากรหรือผู้ช่วยเหลือ ซึ่งไม่คุ้นเคยกันมาก่อนแต่จำเป็นต้องพึ่งพา ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงออก ซึ่งความรู้สึกต่างๆ โดยเฉพาะความไม่พึงพอใจ ไม่กล้าเรียกร้อง หรือต้องการอะไรมากนัก เพราะอาจทำให้ถูกทอดทิ้งจากบุคคลเหล่านั้นได้หรือไม่ก็เป็นการสร้างความรำคาญให้เจ้าหน้าที่ บางครั้งอาจถูกมองว่า จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น เรื่องมาก หรือจากความรังเกียจต่อโรคเอดส์

2.4 ปัญหาต้องพยายามรักษาความรู้สึก และอารมณ์ให้อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมให้ได้ให้มากที่สุด ความเจ็บป่วยและการไม่เป็นตัวของตัวเองในด้านต่างๆทำให้เกิดอารมณ์โกรธ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย อารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ควบคุมได้ยากยิ่ง และถ้าไม่ควบคุมก็อาจแสดงออกมามากเกินไปจนเกิดผลกระทบในทางเสียหายได้

2.5 ปัญหาต้องรักษาภาพลักษณ์ (Self-image) ให้อยู่ในสภาพน่าพอใจโดยปกติแล้ว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่นๆ จะมีการรักษาพิเศษต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ได้มากอยู่แล้ว อาทิเช่น สภาพอ้วน ผอม บวม ความทรุดโทรมของร่างกาย ยิ่งถ้ามีการผ่าตัดหรือมีความพิการร่วมด้วย ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จะยิ่งมีมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้น กล่าวคือเมื่อเริ่มรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื่อนั้นจะต้องอดทนต่อความพยายามปรับตัวในการรักษาภาพลักษณ์ของตนให้อยู่ในสภาพน่าพอใจอย่างมาก

2.6 ปัญหาต้องเตรียมตัวเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความไม่แน่นอนอันเกิดความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยว่าจะถูกต้องหรือไม่ การที่ยังไม่มียาที่รักษาให้หายหรือยังไม่มียาวัคซีนที่ป้องกันได้ ความรวดเร็วในการรักษา ระยะเวลาในการรักษาตลอดจนภาวะ

แทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมาก (ปิยรัตน์ นิลอัยกา 2537 : 222-223)

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะปรากฏอาการที่แตกต่างกันซึ่งอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เกิดจากผลโดยตรงของเชื้อเอชไอวีที่มีต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย หรือเป็นผลร่วมของการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม และการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลใดก็ตามได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดการขาดความสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังรับเชื้อจะมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ในระยะที่ยังไม่มีอาการหากบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใดๆ นอกจากตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีภายในร่างกาย หากบุคคลนั้นไม่ได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุลหรือไม่พยายามลดปัจจัยเสริม เช่น ยังไม่เลิก อด ละ พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ ทำให้หน้าตาผิดแปลกจากการบวมโตของลำคอ มีอาการไข้ ไม่สุขสบายเรื้อรัง ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเริ่มไปพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษา เมื่อปรากฏผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงขั้นแสดงอาการแล้ว บางรายรับได้ก็พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำหรือยินดีรับคำปรึกษา แต่ก็มักเป็นช่วงที่สายเกินแก้ไขเพราะแทนที่ผลการรักษาจะดีขึ้นอาการกลับทรุดลงเนื่องจากภาวะการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเห็นน้อยหอบเนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย หายใจหอบเหนื่อย ยิ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานานวันความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ก็จะยิ่งลดลงไป โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ร่างกายฝ่ายผอม ผิดรูปผิดร่าง ปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อบุอ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่อบุอ่อนของอวัยวะระบบทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อได้ง่าย โดยที่ยังไม่สามารถใช้ยาใดๆ รักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด บางรายที่มีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปเพิ่มจำนวนในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex หรือ ADC) มีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางรายมีแขนขาชา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมองอื่นๆ

จากสภาวะความเจ็บป่วยหรือขาดความสมดุลของร่างกายดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ในรายที่มีอาการหนักก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นโดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิด ญาติพี่น้อง รวมทั้งแพทย์พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้ แต่กลับเป็นภาระที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ ไม่ว่าจะผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นใครก็ตาม บุคคลนั้นๆจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ ทั้งยังมีอายุไม่ยืนยาว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการมะเร็งของผิวหนังแล้ว เวลาการมีชีวิตรอดเฉลี่ยเพียง 17 เดือน แต่ถ้ามีการติดเชื้อที่ปอดโดยเฉพาะเชื้อ *Pneumocystic carinii* พบว่าอายุเฉลี่ยของการอยู่รอดมีเพียงประมาณ 9 เดือน หากติดเชื้อและมีอาการมะเร็งร่วมด้วยการอยู่รอดยิ่งสั้นลงประมาณ 6 เดือนเท่านั้น (ปิยรัตน์ นิลชัยกา 2537 : 214-215)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

นอกจากผลกระทบที่เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กล่าวข้างต้นแล้ว สภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคลนั้นก็จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผลกระทบนั้นได้แก่

2.1 ความหวั่นไหว

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวจะเป็นกลุ่มที่หวาดหวั่น ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต ผู้ป่วยจะขาดความมั่นคงเกี่ยวกับชีวิตที่ต้องซ่อนเร้นตนเองไม่แน่ใจว่าครอบครัว เพื่อนฝูง นายจ้างจะยังยอมรับตนหรือไม่ หรือมีความคิดเห็นอย่างไร ตนกำลังจะตายใช่หรือไม่ หรือจะมีชีวิตต่อไปอีกนานเท่าใด สภาพชีวิตในอนาคตจะเป็นอย่างไร และจะหวังอะไรได้บ้างในด้านสุขภาพของตนเอง

2.2 กลัวตาย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะกลัวตายเช่นเดียวกับผู้ที่เจ็บป่วยในขั้นรุนแรงอื่นๆ โดยเฉพาะกลัวการตายอย่างโดดเดี่ยวหรือตายอย่างทรมาน แต่ก็จะมีบางรายที่ปฏิเสธ ไม่สนใจไม่รับรู้เกี่ยวกับความตาย ลักษณะเช่นนี้จะนำไปสู่ปัญหาที่เลวร้ายมากขึ้น และสถานการณ์จะเลวลงหากผู้ป่วยถูกทอดทิ้งหรือขาดคนดูแลเอาใจใส่

2.3 การสูญเสีย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียหลายสิ่งหลายอย่างจากการเจ็บป่วย เช่น สูญเสียความแข็งแรง ความสวยงาม โอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิตบทบาทในสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจตลอดจนความสามารถที่จะยืนอยู่บนขาของตนเอง ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าใด ความรู้สึกในการสูญเสียก็จะยิ่งมีมากขึ้นและจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าในทางสังคม

2.4 ความเศร้าโศก

บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ตนต้องสูญเสียความสามารถที่เคยมี หรือสูญเสียในสิ่งที่ตนคาดหวังเอาไว้ รู้สึกขุ่นเคืองที่ตนไม่ประสบความสำเร็จเช่นคนอื่น ๆ นอกจากนี้ก็จะรู้สึกว่าผู้ที่ดูแลตนหรือใกล้ชิดตนนั้นก็จะมี ความเศร้าโศกเช่นกัน

2.5 ความรู้สึกผิด

ขณะที่ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและรู้ว่าความตายใกล้เข้ามาความรู้สึกผิดก็จะมีมากขึ้นทั้งเกิดขึ้นทั้งเกิดกับตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ความรู้สึกดังกล่าวเป็นผลจากพฤติกรรมในอดีตที่ทำให้ติดเชื้อหรือพฤติกรรมที่นำโรคไปสู่ผู้อื่น หรือผลจากพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวและผู้เป็นที่รักต้องเดือดร้อน

2.6 เสียความภูมิใจ

เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองจะถูกทำลายไปด้วย ปฏิกริยาจากบุคคลที่คุ้นเคยและคนทั่วไปรวมทั้งสังคม ที่มีต่อสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงของตนก็ยิ่งจะซ้ำเติมความรู้สึกดังกล่าวให้เพิ่มพูนมากขึ้น

2.7 ความวิตกกังวล

เป็นลักษณะเด่นที่จะพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อ อาจเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ เป็นช่วงๆ หรืออาจเกิดต่อเนื่องเป็นระยะยาวก็ได้ เป็นปฏิกริยาที่สืบเนื่องมาจากความกลัวว่าจะถูกตัดขาดจากสังคม จากครอบครัว หรือจากคนที่เคยรักใคร่ นอกจากนั้นยังกังวลเพราะการแสวงหาวิธีการรักษา หรือแม้แต่กังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง

2.8 ความกลัดกลุ้ม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายจะมีความกลัดกลุ้มมากผิดปกติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ชีวิตของตนเองที่ต้องแยกจากสังคม

2.9 ความโกรธ

พบได้บ่อยในรายที่มีความรุนแรงว่า ตนเองตกอยู่ในสภาพที่โชคร้ายที่ต้องมาติดโรคนี้ โกรธตนเอง หรือโกรธผู้อื่นที่ทำให้ตนต้องติดโรค ความโกรธจะเป็นเครื่องกีดขวางการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือกับผู้ป่วยอื่นแปรปรวนในทางที่ไม่ดี

2.10 แนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

แม้ว่าการฆ่าตัวตายจะไม่ใช่อะไรที่เกิดขึ้นบ่อยนักในคนที่ต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่มีทางรักษาได้ หรือเป็นโรคที่รื้อวันตาย เช่น การติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็พบได้ในรายที่ต้องการหนีจากความเจ็บปวดไม่สบายหรือเพื่อเป็นการขจัดความอับอาย ความเศร้าเสียใจของผู้เป็นที่รักหรือเป็นไปในลักษณะของการลงโทษตัวเอง การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งแสดงถึงจุดจบในชีวิต อาจกระทำเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำทั้งนี้เพื่อให้ใครๆ ต้องมารับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป (เปียร์ตัน นิลธัยกา 2537 : 223-224)

3. ผลกระทบด้านสังคม

3.1 การขาดรายได้

การมีสุขภาพไม่ดี และเสื่อมลงเรื่อยๆ ย่อมเป็นสาเหตุของการขาดงาน การว่างงานการถูกออกจากงาน ผลที่ตามมาคือ การขาดรายได้ ซึ่งหมายถึง การที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้อีกต่อไป รวมไปถึงสมรรถภาพในการหาเลี้ยงผู้ที่อยู่ในความดูแลของตน นอกจากนี้ยังจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาเป็นจำนวนมากอีกด้วย

3.2 ข้อจำกัดทางสังคม

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว มิตรสหายรวมทั้งชุมชนและสังคม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่างๆ ในการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ขาดหลักประกันต่างๆ วิธีการดูแล ตลอดจนกิจกรรมในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา

3.3 การช่วยเหลือทางสังคม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะต้องการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นอย่างมาก ในขณะเดียวกันก็จะพบว่า เป็นการยากลำบากที่จะได้มา ดังนั้นจึงมักพบปัญหาว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัวออกไปและเลิกสัมผัสความปรารถนาที่จะรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการที่ผู้ป่วยควรจะได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

3.4 ความสัมพันธ์ทางเพศ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มักจะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์เพราะยังมีความต้องการทางเพศอยู่ บุคคลเหล่านั้นนอกจากจะกลัวว่าตนเองจะเป็นผู้นำโรคไปแพร่ให้กับผู้อื่นที่ตนมีเพศสัมพันธ์ด้วยแล้ว ยังกลัวการถูกปฏิเสธความสัมพันธ์รวมทั้งการแสดงความรักสนทนตามมารยาททางสังคมอีกด้วย

3.5 สัมพันธภาพทั่วไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีย่อมมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่ เกิดความยุ่งยากใจในการที่จะพูดคุยกับผู้อื่นถึงสภาพของตนเอง จึงมักแยกตนเอง ในทางตรงกันข้าม ครอบครัว มิตรสหาย บุคคลที่เคยรักใคร่ก็จะมีความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่จะต้องคอยดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านจิตใจและด้านการรักษาพยาบาลซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงต้องคอยชักจูงมิให้ผู้ติดเชื้อต้องแยกตัวเองออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับผู้ที่เป็นบิดามารดาซึ่งจะรู้สึกว่าเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเกิดกับมารดาที่มีบุตรผู้เป็นบิดามารดาก็จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในอนาคตอีกด้วย

3.6 トラバアทางสังคม

เกี่ยวกับเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละสังคมซึ่งมีประเพณี ค่านิยมที่แตกต่างกันออกไป โรคเอดส์อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดข้อจำกัดทางสังคมมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ถูกรังเกียจ บางสังคมอาจมีทัศนะเกี่ยวกับโรคเอดส์ในแง่ของศีลธรรมจริยธรรมมากกว่าที่จะมองในแง่ปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็อาจถูกมองอย่างลงโทษหรือซ้ำเติมว่าเป็นคนไม่ดี เป็นผู้มั่วพฤติกรรมทางเพศเสื่อมทราม มักมากในกามารมณ์หรือกามวิปริตจึงทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นตราบาปทางสังคมที่ยากจะลบเลือน

3.7 ความเชื่อทางศาสนา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รู้ตัวว่าตนเองจะไม่สามารถรอดพ้นความตายและใกล้ตาย มักจะมีความหว้าเหว่ ไม่มั่นใจ และจะเกิดความสนใจแสวงหาที่พึ่งทางใจจากศาสนามากกว่าเดิมโดยเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบได้ (ปิยรัตน์ นิลธัญญา 2537 : 226-227)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามปัญหาต่างๆ เหล่านี้ สามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้น หรือบรรเทาความรุนแรงลงได้ด้วยการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

ความหวังของผู้ติดเชื่อเอชไอวี

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

อุบล นิวัติชัย (2528 : 1091) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นคำอธิบายให้เห็นชัดเจนได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลที่อยู่ลึกๆเป็นศูนย์กลางของความเชื่อ ความศรัทธา ว่ามีหนทางทำให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตได้รับการสนองตอบ ความหวังเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อน การหวังเป็นหนทางทำให้บุคคลใกล้ชิดกับความต้องการที่จำเป็น ในภาวะที่ปัจจุบันและอนาคตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน เมื่อคนมีความหวัง ความอดทนจะเพิ่มขึ้นเหมือนมองเห็นชัยชนะอยู่ข้างหน้า การหวังมีพลังกระตุ้นอยู่ในตัว จัดเป็นการป้องกันการหมดหวังหรือป้องกันการเสียสมดุลของจิตใจและร่างกาย

จารุวรรณ ต.สกุล (2532 : 41) กล่าวว่า ความหวังเป็นหนทางให้บุคคลได้ประสบหรือใกล้ชิดกับความต้องการจำเป็นของชีวิต เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความมานะอดทน เมื่อมองเห็นชัยชนะอยู่เบื้องหน้า เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อนอธิบายได้ยากเพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของบุคคลที่มั่นใจว่าความต้องการจะได้รับการตอบสนอง

รอว์ลินส์ (Rawlins 1984:501) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นสถานะทางจิตใจที่มีความปรารถนาจะประสบความสำเร็จในมันปลายตามเป้าหมาย ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าเขาจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนา ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี เช่น ชีวิตสะดวกสบายขึ้น มีความหมายและมีความสุขมากขึ้น

ลินช์ (Lynch 1965 cited in Raleigh 1980:1313B) ให้ความหมายซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของเบค และคณะ และรอว์ลินส์ ว่าความหวังเป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าจะประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ต้องการ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ว่า การแก้ปัญหาความยุ่งยากต่างๆไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางกายหรือใจเป็นสิ่งที่ทำได้ ความหวังจึงทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมีความแข็งแกร่งในการปรับตัว เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเครียด และสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นบุคคลที่มีความหวังจะมีพฤติกรรมที่กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะกระทำการใดๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตรงกันข้าม เมื่อบุคคลขาดความหวังความเฉื่อยชาก็จะเกิดขึ้น

แลนด (Lange 1978:171) เปรียบความหวังว่าเป็นเสมือนแสงสว่างที่อยู่ปลายสุดของถ้ำมืด เพราะความหวังนั้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการใดๆ หรือก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ย่างยาก ความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อความ

เศร้าโศก การพลัดพราก ความเบื่อหน่าย ความล้มเหลว ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้

มิลเลอร์ (Miller 1983:287) กล่าวว่า ความหวังเป็นพลังที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นการคาดหมายถึงอนาคตว่าจะบรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา แม้จะมีความไม่มั่นใจปะปนอยู่ด้วย ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในตัวของบุคคลที่จะก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ

เบค และคณะ (Beck, et al. 1984:10) กล่าวว่า ความหวังเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ (Sense of possible) บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมาย ชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะเป็นการคาดหมายถึงการประสบกับความสำเร็จในสิ่งที่ตั้งมานั้น เป็นมิติสำคัญของการมีชีวิตอันเป็นเรื่องเฉพาะตัวของบุคคล ความหวังเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการแทบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความรู้สึกอิมเมมในชีวิตของบุคคล เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี และก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต (Overall sense of well-being)

ระดับของความหวัง

มิลเลอร์ (Miller 1983:287-288) ได้แบ่งระดับของความหวังที่พบในบุคคลทั่วไปออกเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1

ความหวังในระดับนี้จะพบบ่อยเป็นความปรารถนาที่วู่วามในลักษณะผิวเผินไม่จริงจังเท่าใดนัก (Superficial wish) ได้แก่ ความปรารถนาที่จะได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันจากอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เป็นความปรารถนาที่จะให้การดำรงชีวิตประจำวันนั้นราบรื่น ถ้าไม่สมหวังบุคคลจะรู้สึกไม่พอใจในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องใช้พลังทางจิต (Psychic energy) ในการปรับตัว

ระดับที่ 2

เป็นความหวังของบุคคลเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังที่จะพัฒนาตนเองไปในทางที่เหมาะสม และหวังที่จะประสบความสำเร็จเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งหากไม่สมหวังบุคคลจะวิตกกังวล

ซึ่งต้องใช้พลังทางจิตในการปรับตัวมากกว่าระดับแรก และความวิตกกังวลนี้จะบรรเทาหรือหมดไปเมื่อบุคคลตั้งความหวังใหม่

ระดับที่ 3

เป็นความหวังระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่งบุคคลหวังที่จะหลุดพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความลำบาก การถูกกักขัง หรือขาดอิสรภาพ ความหวังในระดับนี้เป็นแหล่งพลังที่สำคัญของบุคคลในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตซึ่งหากบุคคลไม่สมหวังจะทำให้ท้อแท้ เหนื่อยหน่ายและสิ้นหวัง และจะต้องใช้พลังทางจิตมากมาย ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลเพื่อช่วยในการปรับตัว

โครงสร้างของความหวัง

โครงสร้างของความหวังตามแนวคิดของแลนจ์ (Lange) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (Lange, in Carlson, ed. 1978 : 179)

1. อารมณ์ (Affective component) อารมณ์หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเช่นใดขึ้นอยู่กับความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในตัวเองและโชคชะตา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลิกภาพ และองค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้น ชี้นำและหนุนเนื่อง และสนับสนุนบุคคลให้มีความหวังในระดับต่างๆกัน
2. การรู้คิด (Cognitive function) หมายถึงกระบวนการใช้เหตุผลด้วยปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรอง ประเมินสภาพที่เกิดขึ้นและทำหน้าที่ประสานหรือควบคุมอารมณ์ด้วย จึงนับเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่มีผลต่อความหวังหรือสิ้นหวัง การที่บุคคลเลือกรับรู้ข้อมูลหรือเหตุการณ์ในทางบวกและปรับการรู้คิด จะส่งเสริมความหวังทำให้เกิดพลังกำลัง มีความอดทนที่จะปรับสภาพต่างๆของร่างกายและจิตใจ มุ่งสู่ความมีสุขภาพดี ในทางตรงข้ามหากบุคคลนั้นเลือกรับเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มไปในทางลบ บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามจนไม่อาจรับได้ต่อไป กลไกทางจิตเพื่อป้องกันตัวเองจะถูกดึงมาใช้ทันที เช่น ในกรณีของผู้ป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีหวังว่าอาการจะดีขึ้นหรือทุเลาหนักสลับกันตลอดเวลา ซึ่งหากเขาคิดได้ว่าตนเองสำคัญมีความหมายต่อครอบครัว ผู้ป่วยก็จะมี การปรับการรู้คิด เพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถภาพของร่างกายและมองโลกในแง่ดี ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี เนื่องจากมีความหวังจรใจอยู่ในตนเอง นอกจากนี้ระดับของการปรับตัวในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปเช่นเดียวกับระดับของความหวัง

สตอทแลนด์ (Stotland 1969 cited in McGee 1984 : 38) อธิบายว่าความหวังเป็นความคาดหวังของบุคคล ที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ตนต้องการ ดังนั้นโครงสร้างของความหวังจึงมี 2 องค์ประกอบคือ การรับรู้ถึงความเป็นไปได้

ในการบรรลุเป้าหมาย และการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมายดังกล่าว ผู้ที่มีความหวังอย่างเต็มเปี่ยม (Hopefulness) จะมีการรับรู้ความสำคัญและความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายในระดับสูง และบุคคลจะกระตือรือร้นที่จะทำการใดๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย รู้สึกสนุกและพึงพอใจเมื่อใกล้ประสบผลสำเร็จ แต่สำหรับผู้ที่มีความสำคัญของเป้าหมายที่ต้องการในระดับสูงและรับรู้ถึงความความเป็นไปได้ในระดับต่ำนั้น จะเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำในการบรรลุเป้าหมายนั้นๆ ความขัดแย้งดังกล่าวจะทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจและวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม แลงจ์ (Lange 1978 : 174) ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวแล้ว ความหวังยังมีลักษณะต่อเนื่องกับความสิ้นหวังอีกด้วย กล่าวคือความรู้สึกของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากสถานะที่มีความหวังอย่างเต็มเปี่ยมไปสู่ความหวังในระดับที่ต่ำลงจนถึงระดับความสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และช่วงเวลา

ดูฟอลท์และมาท็อกซิโอ (Dufault & Martocchio 1985 : 379-391) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อรวบรวมข้อมูลในการอธิบายมโนทัศน์ของความหวัง และสรุปว่าความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัตและมีหลายมิติ (Multidimensional dynamic life) มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต ความหวังมีลักษณะเป็นกระบวนการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ และได้จัดแบ่งขอบเขตของความหวังไว้เป็น 2 ส่วนคือ

1. ความหวังเฉพาะ (Particularized hope)

เป็นความหวังเกี่ยวกับเป้าหมายที่ดี มีคุณค่า และมีลักษณะเป็นนามธรรมสูง ได้แก่ ความหวังในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะทำให้สถานการณ์ในปัจจุบันดีขึ้น หรือหวังในสิ่งที่ตนยังไม่ได้รับแต่คาดว่าในอนาคตจะได้รับในสิ่งที่มีคุณค่ากับตนเองในปัจจุบันนี้ก็อยากจะได้รับ ต่อไปในอนาคตด้วย ตลอดจนไม่อยากพบเหตุการณ์ที่ตนไม่ชอบ ความหวังเหล่านี้บุคคลสามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังได้ และบอกได้ว่าความหวังด้านใดเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต ความหวังนี้จะถูกเก็บสะสมไว้ เพื่อใช้เป็นสิ่งกระตุ้นและจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการเผชิญกับอุปสรรค หรือดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายตามที่หวังไว้ อย่างไรก็ตามในขณะที่มีความหวังเฉพาะก็สามารถมีความหวังทั่วไปร่วมด้วย ซึ่งจะมีประโยชน์ในการเบี่ยงเบนความสนใจและค่อยๆ ลดระดับความหวังเฉพาะลง เมื่อความหวังเฉพาะนั้นมีแนวโน้มจะไม่เป็นความจริง จึงพบว่าบางครั้งความหวังทั่วไปจะมีความชัดเจนมากกว่า ซึ่งจะพบได้ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้ คือ

- ความหวังเฉพาะถูกคุกคามอย่างรุนแรง

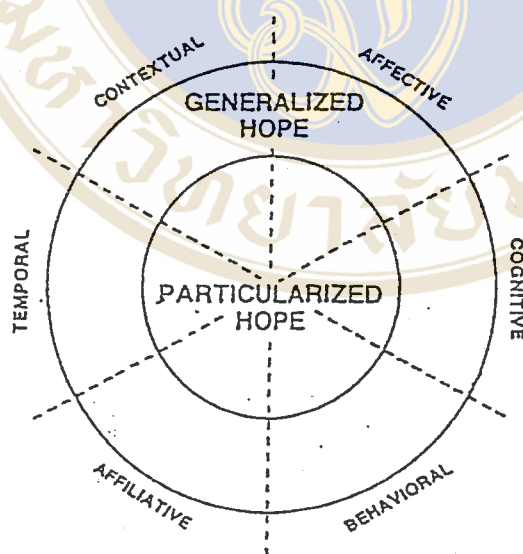
- ความหวังเฉพาะได้รับความสนใจน้อย เนื่องจากมีความไม่แน่นอนสูงและเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายมาก

- ความหวังเฉพาะมีความเป็นนามธรรมมากกว่าความหวังทั่วไป

2. ความหวังทั่วไป หรือความหวังอย่างกว้างๆ (Generalized hope)

เป็นความรู้สึกถึงผลดีในอนาคต มีความสัมพันธ์และคล้ายคลึงกันมากกับความหวังเฉพาะ แต่แตกต่างกันที่ระดับความเป็นนามธรรม กล่าวคือ ความหวังทั่วไปจะมีลักษณะของความเป็นนามธรรมน้อยกว่าความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่ยังไม่พัฒนาไปจนถึงที่สุด แต่จะเป็นตัวป้องกันการเกิดความสิ้นหวังเมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะ ทั้งยังเป็นตัวช่วยให้เกิดแรงจูงใจในชีวิตเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ความหวังทั่วไปจึงเปรียบเสมือนร่มที่สัมผัสไม่ได้ แต่ใช้ป้องกันบุคคลที่มีความหวังให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความหวังทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน แต่ก็มี ความแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน และภายในขอบเขตของความหวังทั้งสองยังประกอบไปด้วย 6 มิติ คือ มิติด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม ความผูกพัน เวลาและสถานการณ์รอบตัวบุคคล ซึ่งแสดงเป็นแผนภูมิประกอบคำอธิบายได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ที่มา : Dufault, K. and Martocchio, B.C. "Hope Its Spheres and Dimensions".
Nursing Clinics of North American, 20(June 1985) : 382

สำหรับลักษณะของมิติต่างๆ ของความหวังมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติด้านจิตใจ (Affective dimension)

ประเด็นสำคัญของมิตินี้คือ อารมณ์และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการความหวัง องค์ประกอบของความหวังในมิตินี้ได้แก่

- ความรู้สึกดึงดูดใจต่อสิ่งที่คุณต้องการให้เกิดขึ้น
- ความรู้สึกของคุณที่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ต้องการ
- ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้ในสิ่งที่ต้องการ
- ความรู้สึกไม่แน่ใจเป็นบางครั้งว่าจะได้ในสิ่งที่ตนต้องการหรือไม่
- ความรู้สึกหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นขณะที่มีความหวัง

บุคคลจะแสดงออกแตกต่างกัน ในองค์ประกอบเหล่านี้ และส่วนใหญ่ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกในทางที่ดี และเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มองเห็นแนวของความสำเร็จสมหวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ใจกว้างใจ มีความสุขและอึดใจแม้ว่าบางครั้งบุคคลจะมีความไม่แน่ใจอยู่บ้างในความหวังของตนก็ตาม แต่อย่างไรก็ดีความไม่แน่ใจเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความหวั่นไหว ความสงสัย ความเครียด และความเศร้าใจได้ ซึ่งถ้าบุคคลได้รับการปรับระดับประคองทดแทนให้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวังก็จะทำให้บุคคลรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา รู้สึกว่าได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า มีความสุขและอบอุ่น รู้สึกว่าตนเข้มแข็งมากขึ้น มีความใจกว้างในสิ่งอื่นๆ รอบตัวมากขึ้น ซึ่งระดับของความรู้สึกเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับว่าขณะนั้นบุคคลมีความเชื่อมั่นหรือไม่แน่ใจในความหวังของตนมากน้อยเพียงใด

2. มิติด้านสติปัญญา (Cognitive dimension)

เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความปรารถนา จินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การประมวลผลความ การแปลความหมายและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับความหวัง องค์ประกอบในมิตินี้ได้แก่

- ความชัดเจนของเป้าหมายของความหวัง เช่น ความต้องการในสิ่งที่ดี เป้าหมายในฐานะของคุณ หรือผลลัพธ์อื่นๆ
- การตรวจสอบและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงกับความหวัง
- การจำแนกปัจจัยที่มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ต่อการส่งเสริมหรือต่อต้านความหวังของตน ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวนั้นเป็นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง
- การที่บุคคลรับรู้ถึงผลที่ตนต้องการตามความเป็นจริง และเป็นไปได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจในบางครั้ง

- การจินตนาการถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต โดยการใช้ประสบการณ์ในอดีตและ สถานการณ์แวดล้อมในปัจจุบัน ช่วยสร้างกรอบความเชื่อในสิ่งที่ต้องการและมีทางเป็นไปได้ในขอบเขตกว้างๆ และคิดถึงสิ่งที่ไม่ต้องการที่อาจเกิดขึ้นในขอบเขตที่แคบกว่า

ในมิตินี้เชื่อว่าความหวังจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัว เวลาที่ใช้ในการพิจารณาเรื่องที่หวังรวมถึงขอบเขตและลักษณะของสิ่งที่หวัง และการประเมินความเป็นไปได้ในเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในการประเมินความเป็นไปได้ในเป้าหมายที่ต้องการนั้น จะเป็นการประเมินตนเองของบุคคลถึงข้อจำกัดของความหวังตามความเป็นจริงว่าจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกตนเองว่าจะมีสวนส่งเสริมให้ตนบรรลุเป้าหมายตามความหวังได้มากน้อยเพียงใด

ดังนั้นลักษณะของบุคคลที่มีความหวังตามมโนทัศน์ในมิติด้านสติปัญญา นี้ คือ เป็นการหวังของบุคคลที่เกิดการไตร่ตรองแล้ว คือบุคคลจะหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง และจะละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่า เป็นไปไม่ได้และบุคคลเหล่านี้จะสร้างความหวังใหม่ได้อยู่เสมอๆ ตามความปรารถนาที่เขามีอยู่

3. มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension)

เป็นการแสดงออกของบุคคลที่สัมพันธ์กับความหวัง กล่าวคือ บุคคลจะแสดงออกถึงความปรารถนาที่จะได้รับในสิ่งที่ตนคาดหวัง ซึ่งการแสดงออกดังกล่าวอาจจะแสดงออกทั้งทางจิตใจ ทางกาย ทางสังคม และทางความเชื่อ บุคคลที่มีความหวังจะเลือกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่จะทำให้สมหวังได้ เช่น การจัดระบบความคิด วางแผน ตัดสินใจ การคิดหาทางแก้ปัญหาและสร้างสรรแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การรอโอกาสที่เหมาะสม และมีความพร้อมที่จะกระทำการใดๆ เช่น การที่บุคคลตัดสินใจที่จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การพักผ่อนหรือออกกำลังกาย เพราะหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้การรักษาโรคของตนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หรือการแสดงออกทางสังคม เช่น การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อตนเจ็บป่วย เพราะหวังว่าบุคคลดังกล่าวจะสามารถบำบัดรักษาตนได้ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลนั้นจะเป็นผลจากความตั้งใจและความต้องการของบุคคลในแต่ละวันเกี่ยวกับการดำรงชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการคิดถึงอนาคตด้วย

อาจสรุปได้ว่า มิติด้านพฤติกรรมนี้มีความคาบเกี่ยวกับมิติด้านจิตใจและสติปัญญา และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกไม่ว่าจะเป็นทางสังคม หรือความเชื่อก็ยังคงมีความเกี่ยวพันกับมิติด้านความผูกพันที่จะกล่าวต่อไปนี้อีกด้วย

4. มิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension)

เป็นมิติที่มุ่งเน้นถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสิ่งอื่น ซึ่งเป็นบ่อเกิดของความหวัง องค์ประกอบในมิตินี้ได้แก่

- การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม
- ความผูกพันใกล้ชิดกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่นนอกเหนือจากตนเอง ซึ่งไม่จำกัดเพียง

ความผูกพันระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่รวมถึงความผูกพันของบุคคลที่มีต่อสิ่งมีชีวิตอื่น บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว และพระเจ้า อีกด้วย

การแสดงออกในมิตินี้ จะมีเป้าหมายของความหวังที่แสดงถึงความห่วงกังวล หรือความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น หรือเป็นความหวังในลักษณะของความคาดหวังที่จะได้รับการตอบสนองในบางสิ่งบางอย่างจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด เช่น ผู้ป่วยหวังว่าแพทย์จะให้ยาหรือการรักษาบางอย่างที่สามารถควบคุมอาการของตนได้ หรือหวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะสามารถให้การดูแลตนที่บ้านได้ หวังว่าบุคคลอื่นๆจะปฏิบัติต่อตนโดยคำนึงถึงควมมีคุณค่า มีสติปัญญา และมีความรู้สึกเช่นเดียวกับคนอื่นๆ

สรุปได้ว่าในมิติของความผูกพันนี้ ความหวังจะมีลักษณะคล้ายกับเป็นผลลัพธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเป็นผลจากความผูกพันของบุคคลกับสิ่งอื่นๆ นอกจากตัวเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นรักหรือศรัทธา ความหวังนี้เกิดขึ้นจากความเห็นใจ ความช่วยเหลือและร่วมรับความรู้สึกของกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัว ในชุมชน รวมถึงในขอบข่ายของศาสนาด้วย

5. มิติด้านเวลา (Temporal dimension)

ในมิตินี้กล่าวว่าความหวังนั้นสัมพันธ์กับเวลา นั่นคือ ความหวังเป็นเรื่องที่บุคคลคาดหวังถึงอนาคต ซึ่งในกระบวนการของความหวังนั้นบุคคลจะต้องประมวลเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันเข้ามาประกอบการคิดด้วย เกี่ยวกับอนาคต ความหวังของบุคคลมีความสัมพันธ์กับอนาคตแตกต่างกันไป ซึ่งอาจจะเป็นความหวังในอนาคตที่ใกล้จะถึง และอาจเป็นความหวังที่กำหนดช่วงเวลาเฉพาะหรือไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่หวังว่าอีก 2-3 วัน อาการของตนจะดีขึ้น หรือผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์คาดหมายจะอยู่ได้อีก 5 ปี อาจมีความหวังว่าอายุจะยืนยาวมากขึ้น เป็นต้น สำหรับความหวังที่ไม่กำหนดช่วงเวลานั้นจะเป็นความหวังในสิ่งที่มีโอกาสประสบความสำเร็จตามที่ตั้งความหวังไว้ ซึ่งความหวังประเภทนี้จะช่วยป้องกันบุคคลจากความผิดหวังได้

เกี่ยวกับอดีต มีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลายๆ ด้านกล่าวคือ บุคคลที่เคยสมหวังในอดีตมักจะมีความหวังว่าตนจะประสบผลสำเร็จอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีต อาจเป็นบทเรียนให้บุคคลในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังดังเช่นในอดีตจะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต นั่นคือ ความผิดหวังในอดีต เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรอบคอบมากขึ้น

เกี่ยวกับปัจจุบันมีผลต่ออนาคตโดยบุคคลมักจะสานต่อสถานการณ์ปัจจุบันไปสู่อนาคต บุคคลหวังว่าในปัจจุบันจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต หรือหวังว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าในอนาคต

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (Contextual dimension)

สำหรับมิตินี้กล่าวถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความหวัง ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ สภาพวะที่บุคคลต้องพบกับความสูญเสียในสิ่งต่อไปนี้คือ

- การสูญเสียชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี
- การสูญเสียหน้าที่และความเป็นอิสระ
- การสูญเสียความมีส่วนร่วมในการกระทำเพื่อความบันเทิงและความงาม
- การสูญเสียความสามารถที่จะทำให้ชีวิตมีความสุข
- การสูญเสียสัมพันธภาพที่ดี
- การสูญเสียความปลอดภัยในทรัพย์สิน
- การสูญเสียความเป็นผู้มีคุณค่า

เบคและคณะ (Beck, et al. 1984 : 501-502) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นสถานะทางจิตใจ ซึ่งมีลักษณะที่มีความปรารถนา และสามารถบรรลุความปรารถนานั้นได้ ความหวังจึงเป็นความรู้สึกว่าเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจึงเชื่อว่าสิ่งที่มีตนปรารถนานั้นจะต้องได้มา และชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น จะสุขสบายขึ้น มีความหมายมากขึ้น บุคคลที่ขาดความหวังจะมองไม่เห็นหนทางว่าชีวิตข้างหน้าจะเปลี่ยนแปลงไปได้หรือดีขึ้นได้อย่างไร ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา หรือแม้แต่จะหาทางออกจากความลำบากที่กำลังเผชิญอยู่ทั้งสิ้น ความหวังตามแนวคิดของเบคและคณะจึงมีลักษณะดังนี้

1. ความหวังในแง่มุ่งเน้นอนาคต บุคคลที่มีความหวังจึงมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจจะพอใจ หรือค้นหาความสุขเล็กๆ น้อยๆ หรือความรื่นรมย์ในชีวิตปัจจุบัน การกระทำของบุคคลนั้นจึงเป็นการใช้ปัจจุบันให้เป็นวิถีทางที่จะสร้างอนาคต เขาจึงพยายามทำให้ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยไม่ทอดทิ้งถึงความเป็นไปไม่ได้
2. ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่นที่มีความคาดหวังในความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระยะที่ปัจเจกภายในตัวบุคคลมีไม่เพียงพอหรือลดลงไป
3. ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนยังมีทางเลือกอยู่ การที่คนเรายังพอมีทางเลือกอยู่บ้างในสถานการณ์ที่ลำบาก เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เป็นอิสระในตนเอง ถึงแม้ว่าทางเลือกนั้นจะไม่ใช่นทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้โดยตรงก็ตาม แต่บุคคลนั้นก็ยังใช้ความเป็นอิสระในการเลือกและตัดสินใจเพื่อตนเอง ด้วยความเป็นจริงดังกล่าว ทำให้บุคคลมีความรู้สึกในความเป็นตัวตนในการควบคุมชีวิตของตนเอง
4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา ความปรารถนาแตกต่างจากความหวังในเรื่องของพื้นฐานความเป็นไปได้ที่จะบรรลุในสิ่งที่ตนปรารถนา ความปรารถนามีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับความหวังในสิ่งอัศจรรย์ (Magic Hope) บุคคลที่มีความหวังในสิ่งอัศจรรย์จะตระหนักว่าสิ่งที่ตนปรารถนามักจะไม่บรรลุผลสำเร็จ แต่การได้นึกฝันถึงสิ่งที่ปรารถนาก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจ ความหวังจะทำให้บุคคลมีการวางแผนที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม โดยคิดวิธีการหรือหนทางไปสู่เป้าหมาย แต่ความปรารถนาจะไม่ทำให้บุคคลมีการวางแผนไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม และความหวังจะมีความเป็นไปได้ในการบรรลุผลสำเร็จมากกว่าความปรารถนา
5. ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ และความเพียรพยายาม บุคคลที่มีความหวังจะมีความไว้วางใจว่าบุคคลอื่นๆ จะมีความสามารถและจะให้ความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ และมีความเพียรพยายามซึ่งเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างไม่ทอดทิ้งเพื่อมุ่งแก้ปัญหา โดยช่วยหยุดยั้งความทุกข์ที่ไม่สบายใจหรือเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ความเพียรพยายามทำให้บุคคลเผชิญปัญหาที่ยุงยากโดยไม่สูญเสียกำลังใจ ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลานานเพียงใด และจะไม่ยอมละทิ้งไปง่ายๆ ดังนั้นบุคคลที่มีความเพียรพยายามจึงต้องการการกระทำที่มีความตั้งใจจริง
6. ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า ความหวังทำให้บุคคลยืนกรานต่อเป้าหมายของตนเอง ถึงแม้ว่าเป้าหมายนั้นจะมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่ บุคคลที่มีความกล้าจะมีความกล้าอยู่บ้างแต่สามารถมองข้ามความกลัวไปเพื่อแสวงหาความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งในแต่ละคน



ขึ้นอยู่กับโอกาส และความพยายามในการที่จะควบคุมความกลัวให้ได้ แม้ว่าบุคคลจะไม่พบกับความสำเร็จแต่เขาก็จะรู้สึกพึงพอใจที่ตนไม่ได้ปฏิเสธหรือวิ่งหนีปัญหา โดยความกล้าทำให้เขาพยายามเผชิญกับปัญหา เพื่อที่จะหาหนทางจัดการกับปัญหาให้ได้ดีที่สุด ถ้าคนเราปราศจากความกล้า ความหวังก็เป็นเพียงความปรารถนาเท่านั้น

ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จากโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเพราะสาเหตุภูมิคุ้มกันบกพร่องแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาทำลายเชื้อเอชไอวีได้ และสังคมส่วนหนึ่งยังไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง จากความกลัวการติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่อยู่รอบข้างที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียิ่งสิ้นหวังมากขึ้น และคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมมักทำตัวเหินห่าง เพื่อนฝูงที่ไปมาหาสู่ก็จะเลิกคบหาสมาคมด้วย อาจตกงานเพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกโดดเดี่ยว หมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม นำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความคิดอยากตายบ่อยๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy 1991 : 717-719) แต่ในขณะเดียวกันการศึกษาทดลองเกี่ยวกับยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความหวังขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยกา 2537 : 228) ในขณะที่ระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ไม่แน่นอน อาจเป็นเดือนหรือเป็นปีซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน ถ้าสิ่งเหล่านี้รบกวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากและรุนแรง จะทำให้รู้สึกวาระระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ไม่แน่นอนมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีทั้งความหวังและสิ้นหวังสลับกันไป การมีความหวังจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดีขึ้น การดำเนินโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงช้าลง เนื่องจากความหวังเป็นสภาวะจิตใจที่ระบบลิมปิกในสมองรับรู้ และส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังไฮโปธาลามัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ โดยกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้มีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุล และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น (Simonton et. al., 1978) ความหวังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอดทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น กล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วย มีกำลังใจ รู้สึกว่าปัญหาที่มีอยู่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า และความหวังมีความสัมพันธ์กับอนาคต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความหวังจะมีความรู้สึกที่ดีต่ออนาคต ปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ เกิดแรงจูงใจที่จะรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ทำให้เข้าสู่ระยะการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2532 : 78) นอกจากนี้ความหวังยังสัมพันธ์กับทางเลือก ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนยังมีทางเลือกอื่นๆ ให้ปฏิบัติ แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก และความหวังสัมพันธ์กับความปรารถนา ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่มีความปรารถนาซึ่งเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับความหวังในสิ่งอัศจรรย์ (Magic Hope) โดยหวังว่าสิ่งอัศจรรย์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ จะช่วยให้ตนสมหวังในสิ่งที่ปรารถนา นอกจากนี้ ความหวังยังสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเชื่อมั่นว่าบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมุ่งมั่นในการแก้ไขและเผชิญปัญหาอย่างไม่ย่อท้อ ความหวังสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระยะที่ปัจจัยในตนเองลดลง ดังนั้นผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความหวังจะมีพฤติกรรมที่กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะกระทำการใดๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตรงกันข้ามเมื่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีขาดความหวังความเฉื่อยชาก็จะเกิดขึ้น (Robert 1978 : 174-175)

ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีความหวังจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีลดความวิตกกังวล ความกลัว และช่วยให้มีกำลังใจต่อสู้ และเผชิญสิ่งที่เกิดขึ้นได้ต่อไป อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรต้องคำนึงถึงในการสร้างความหวังให้แก่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีก็คือ ต้องสร้างความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริงสำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวีแต่ละราย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงหมายถึง ปฏิบัติต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981 : 11)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ เช่น รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับประมาณวันละ 7 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุรา

และ ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพก็คือ พฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Murray & Zentner 1989 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2532 : 43-44)

แฮริส และกุกเตน (Harris and Guten 1979 cited in Pender 1987 : 38) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

คาสิลและคอบบ์ (Kasi and Cobb 1966 : 248; cite in Gochamn 1988 : 4) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับมือกับโรค

พาลังค์ (Palang 1991: 818) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะ สุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender 1987 : 57) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมี เป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

โกชแมน (Gochman 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2532 : 44-45) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 4) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมและการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner 1993 : 659) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลได้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข หรือ ความผาสุก เกิดศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยที่พฤติกรรมหรือ การกระทำนั้นๆ มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1982 cited in Walker, Sechrist and Pender 1987 : 76) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health-Protecting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกัน หรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับของภาวะสุขภาพหรือ ความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอึดอัดใจนั้น สามารถ ประเมิน หรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles) เพนเดอร์ (Pender 1987 : 135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการ ดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habbits Assessment : LHHA) ประกอบไปด้วยคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกต ความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

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

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

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคน สภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีขจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในเมื่อนอนไม่หลับ

5. การบริหารจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
6. การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง
7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่างๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเอง ไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน
10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย จากบุคลากรที่มสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ตลอดชีวิต อีกทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี และคงความสามารถต่างๆ ไปได้ โดยไม่จำเป็นต้องกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น หรืออาจเป็นซ้าก็ได้ ถ้าดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี การขาดการระมัดระวังรักษาสุขภาพจะทำให้สุขภาพเลวลงซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเอดส์เต็มขั้นเร็วขึ้น ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง มีหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้านของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 138-143) ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักเสี่ยงต่อการขาดสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร การเกิดมะเร็งคาโปซิ (Kaposi's sarcoma) ในระบบทางเดินอาหาร จากผลข้างเคียงของยา ตลอดจนความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลและเชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร ท้องเสียเรื้อรัง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับน้ำทดแทนอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป (มณี เมื่อกวีไล และคณะ 2537 : 251)

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรดูแลความสะอาดของร่างกายโดยการอาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

1.2.2 รักษาความสะอาดของช่องปาก โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอน ก่อนเข้านอน และบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก และควรใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดการเกิดบาดแผล

1.2.3 ไม่ใช้แปรงสีฟัน มีดโกน ของมีคม หรือสิ่งของเครื่องใช้อื่นๆ ที่อาจปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้อื่น

1.2.4 ระวังระวังเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ ไม่ควรดูแลสัตว์อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการทำความสะอาดกรงสัตว์ ไม่ควรทำเอง แต่ถ้าจำเป็นต้องทำเองต้องใส่ถุงมือ และผูกผ้าปิดปากปิดจมูก เนื่องจากในอุจจาระแมวมีเชื้อทอกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ในอุจจาระนกมีเชื้อซิซตาโคซิส (Psittacosis) และในตู้ปลา มีเชื้อมัคโคแบคทีเรีย (Mycobacterium)

1.2.5 ควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อต่างๆ เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำอยู่แล้ว จึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย

1.2.6 ควรงดสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่น้อยลง เพราะการสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.2.7 ไม่บริโภคพลาสมา อสุจิ ไข่ยวระ หรือเนื้อมะเข็ชู้

1.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น เหงื่อออกตอนกลางคืน ปวดศีรษะเป็นเวลานาน กลืนลำบาก เกิดคราบสีขาวในช่องปากหรือมีแผลในปาก เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง มีอาการคันหรือปวด อ่อนเพลียง่าย หรือน้ำหนักลด เป็นต้น (มณี เผือกვიไล และคณะ 2537 : 267)

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy leukoplakia) เจ็บปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระร่วง ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ภาวะทุพโภชนาการขาดทั้งโปรตีนและแคลอรี (Protein - Calorie malnutrition) จะลดจำนวนของ T-lymphocyte, Helper T cell และ Suppressor T cell เกิดการพร่องภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (Cell-mediated immunity) ลดการหลังคอมพลีเมนต์ (Complement) ลดประสิทธิภาพในการจับกินและฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการยังมีผลทำให้ขาดเกลือแร่ที่สำคัญ สารที่จำเป็นต่อร่างกายและวิตามิน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารครบทุกหมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค เช่น นมสดที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารทะเลที่ไม่สุก ไข่ และ เนื้อที่สุกๆดิบๆ เพราะเนื้อสดมีเชื้อทอกซิพลาสมาโกนดิโอ (*Toxoplasma gondii*) ซึ่งจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้ (อรัญญา เชาวลิต และคณะ 2537: 183) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง ย่อย หรือเคี้ยวลำบาก อาหารที่มีรสจัด เพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมาก หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรหมั่นดูแลความสะอาดของช่องปากอยู่เสมอ โดยแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังตื่นนอน ก่อนเข้านอน และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อลดและป้องกันการ ติดเชื้อในช่องปากนอกจากนั้นควรประเมินภาวะทุพโภชนาการของตนว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ โดยการชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์ (มณี เผือกვიไล และคณะ 2537 : 249)

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย รวมทั้งผลการทางด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith

1985 : 244-245) เพื่อให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์อย่างเต็มที่และปราศจากอันตราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้เต็มที่ (Range of Motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติด (Phipps et al., 1991 : 2233) การเดินแอโรบิคจะช่วยให้การแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอดดีขึ้น และอาจเพิ่มการต้านทานต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่นๆ และการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ก่อนออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดผลกระทบจากการเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อในระหว่างการเจ็บป่วย และช่วยชดเชยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นภายหลัง (Lang, 1993 : 55) สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ต้องเป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้การหายใจ และการไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งความเหมาะสมของการออกกำลังกายอาศัยการนับชีพจรขณะออกกำลังกาย หรือทันทีที่หยุดออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ยังช่วยคลายความเครียด และช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น (Flaskerud, 1995 : 37)

ส่วนกิจกรรมการพักผ่อนนั้นเป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่างๆ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น

4. รูปแบบการนอนหลับ

จากความเครียดที่เกิดขึ้น ตลอดจนการหายใจเหนื่อยหอบเนื่องจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ อาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอนหลับได้น้อยลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และควรนำเทคนิคในการผ่อนคลายความตึงเครียดมาใช้หากนอนไม่หลับ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพราะในขณะนอนหลับการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่างๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม โดยทั่วไปบุคคลจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง

5. การจัดการความเครียด

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมักมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บางรายถูกปฏิบัติเสียดจากครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก ซึ่งความเครียดมีผลกดภูมิคุ้มกันทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอ่อนแอลง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

การมองโลกในแง่ดี การสร้างอารมณ์ขัน เช่น การพูดคุยเรื่องตลกเพื่อให้อารมณ์ดี การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง เป็นต้น (Flaskerud, 1995 : 38)

6. การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน

ผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวและในหน้าที่การงาน รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ติดเชื่อต้องเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื่อ และการที่ต้องมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้ผู้ติดเชื่อไม่สามารถทำนายนหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ติดเชื่อจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องพึ่งพาบุคคล เหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียควมมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื่อจะต้องพยายามสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้มากที่สุด โดยการปรับตัวใหม่ให้เข้ากับงานอาชีพที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ปรับสัมพันธ์ภาพและบทบาทในสังคม และครอบครัวใหม่ ผู้ติดเชื่อควรพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด เช่น การแต่งตัว การเคลื่อนไหว และควรมีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตัวเองในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง เพราะการที่ผู้ติดเชื่อมีโอกาสได้ควบคุมชีวิตและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความเชื่อของผู้ติดเชื่อในความสามารถของตนเอง (Whall 1982 cited in Beare & Myers 1990 : 410) และจากการศึกษาของเบอร์กฮาดท์ (Burckhardt 1985 : 11-16) พาติลล่า และแกรนท์ (Padilla & Grant) ยืนยันถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองว่ามีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง อันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขใจและทำนองเดียวกัน ความสุขใจจากการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองได้ดี อันแสดงถึงบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีด้วย

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

การติดเชื่อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ดังนั้น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัวด้านสังคมและหน้าที่การงานไปจากเดิมอีกด้วย (Lambert & Lambert 1987 : 527) ผู้ติดเชื่อ

เชอโฮวีควรตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง ให้ผู้ติดเชื้อเชอโฮวีตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และพึงพอใจต่อประสบการณ์ที่ได้รับ การให้ความหวังไม่ใช่หมายถึงความต้องการหายจากโรค (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 80) อาจเป็นความหวังในระยะสั้นที่มีเป้าหมายชัดเจนและเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง และอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ไม่เปรียบเทียบตนเองกับเหตุการณ์ในอดีตที่ดีกว่าปัจจุบัน หรือ เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่ดีกว่าตน ไม่สร้างความหวังที่เป็นไปไม่ได้สำหรับอนาคต แต่สนใจความก้าวหน้าในการปรับตัวของคนที่ใช้ความสามารถที่ดีที่สุดแล้ว ในชีวิตปัจจุบัน และมีความสุขในส่วนที่ตนมีความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะเพิ่มความนับถือตนเอง และเห็นตนเองมีคุณค่า (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 80)

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ผู้ติดเชื้อเชอโฮวีมักจะมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy 1991 : 717-719) เพราะการติดเชื้อเชอโฮวีเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเชอโฮวีมีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งในที่สุดจะทำให้ผู้ติดเชื้อขาดการติดต่อกับสังคม กลายมาเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตัวเองลดลงหรือเสื่อมลง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซึ่งภาวะเช่นนี้เป็นผลลบต่อภาวะสุขภาพ เพราะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุข (Beare & Myers 1990 : 409) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเชอโฮวีจึงควรเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกซึ่งกันและกัน ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเชอโฮวีสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่อง และการยอมรับในสังคมทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และเพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเชอโฮวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม

การควบคุมสภาวะแวดล้อมเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเชอโฮวีควรปฏิบัติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเชอโฮวีมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเชอโฮวี ดังนั้นผู้ติดเชื้อเชอโฮวีจึงควรควบคุมสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่น ควัน อากาศที่เป็นพิษ สัตว์เป็นพาหะของโรค เช่น ยุง หนู ควรจัดสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย และเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ให้สะอาดอยู่เสมอ มีอากาศถ่ายเท

สะดวกเย็นสบาย และ เจียบสงบ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย จากอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในที่อยู่อาศัย เช่น หกล้ม ตกบันได เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยง การมีร่องรอยบาดเจ็บที่ผิวหนัง ซึ่งจะเป็นผลทำให้มีการ ติดเชื้ออื่นๆ เพิ่มมากขึ้น

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

10.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมาพบแพทย์ตามนัด การมาพบแพทย์ตามนัดจะเป็น ผลดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะแพทย์จะได้ติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามแผนการ รักษาได้ถูกต้อง

10.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานยา หรือรับการบำบัดอื่นๆ ตามที่แพทย์ กำหนดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอันตราย ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาจะต้องดูจำนวนและชนิดให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ทุกครั้งและสังเกตการผิดปกติที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือการรักษาอื่นๆร่วมด้วย ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบไปแพทย์เพื่อการแก้ไขได้ทันเวลาที่

10.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เพราะการรับประทานยา บางชนิดที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้น อาจไปกดหรือทำลายภูมิคุ้มกันร่างกายของตนเอง เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาเสพติด หรืออาจไปมีผลต่อโภชนาการ และระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้การดูดซึม ไม่ดี ตับถูกทำลายจากพิษยา ทำให้มีผลต่อการดูดซึมวิตามินและกรดอะมิโน นำไปสู่ภาวะขาด อาหาร ซึ่งได้แก่ ยาที่มีผลต่ออารมณ์ ยาเสพติด ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือ คาเฟอีน (บรรจง คำหอมกุล 2535 : 40, 96)

ความหวังและปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัย หลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย พื้นฐานส่วนบุคคลบางตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของ ครอบครัว การแสดงอาการของโรค มาทำการศึกษา นอกจากนี้ความหวังก็จัดว่าเป็นปัจจัยที่

สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. ความหวัง

ความหวังนับได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ที่จะเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆของสถานการณ์แวดล้อม และเป็นพื้นฐานการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพของบุคคล (Stoner & Keampfer 1985 : 269) ความหวังเป็นความรู้สึกที่จะสามารถช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความยากลำบาก บังคับไปถึงการแก้ปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ อันเป็นทางหลุดพ้นจากความเจ็บป่วย ความหวังให้ความรู้สึกที่ปลอดภัยแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแม้ว่าปัญหานั้นจะเรื้อรัง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความหวังจะรู้สึกกว่าปัญหานั้นแก้ไขได้ (Robert 1978 : 1744) และความหวังเป็นแรงจูงใจซึ่งมีพลังอยู่ในตัว ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Robert 1978 : 183 ; Mcgee 1984 : 37) ความหวังทำให้มีความสุขเหมือนมีชีวิตใหม่ทำให้ค้นหาเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ต่อ พยายามหาวิธีการรักษา และเชื่อว่าจะสามารถอยู่ต่อไปได้ (Hall, 1990 ; Coward, 1994) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย การมีหวังทำให้พวกเขาพยายามหาหนทางที่จะมีชีวิตอยู่ยืนนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และหาเหตุผลเพื่อที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ส่วนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความหวังในเรื่องการดูแลบุตร รวมทั้งป้องกันตัวเองไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น พวกเขามีหวังที่จะมีชีวิตอยู่กับคนที่เขารักและรักเขา (Coward, 1994) ความหวังจะช่วยสร้างพลังใจ เพิ่มความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เพิ่มพลังที่จะต่อสู้กับเชื้อเอชไอวี และยังช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและยาวนานขึ้น (ดวงสมร พันธุเสน, 2538) จากการศึกษาของแฮริสัน (Harrison, 1993) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย และจากการศึกษาของสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534 : 74) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ซูวรรณะปกรณ์ (2531 : 63) ที่ว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต จะเห็นได้ว่าเมื่อมีความหวังก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีพลังที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป ตรงกันข้ามเมื่อเกิดความสิ้นหวังก็จะนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ท้อแท้ ไม่สนใจตนเองทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงได้

2. เพศ

เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็นนั้น จึงเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender difference) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ที่สังคมยอมรับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศแตกต่างกันด้วยจากการศึกษาของบรันดิง (Buenting 1990 : 135) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของเพศกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในคนปกติ เพศชายและหญิงจำนวน 180 คน พบว่าเพศที่ต่างกันจะบอกถึง (ทำนาย) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่างกัน จากการศึกษาของมูห์เลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย แต่จากการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือเพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง

3. อายุ

อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นวัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลเทียบเท่ากับผู้ใหญ่ ซึ่งมีคุณภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพราะเมื่อบุคคลมีคุณภาพมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก ส่วนผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง(สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : ข) การศึกษาของแบลคเวลล์ (Black-well 1973 : 249) พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดี และผู้ป่วยอายุมากมักจะหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง และจากการศึกษาของนวลชนินะฐ์ ลิมปณสวัสดิ์ (2531 : 78-79) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 25-47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 15-24 และ 50 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ เสมอจันทร์ อณะเทพ (2534 : 34) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ แต่จากการศึกษาของ มุห์เลนแคมป์ และ โบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 543) พบว่าอายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

4. สถานภาพสมรส

คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วยเพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความไว้วางใจมากที่สุด คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 41) บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและบริการต่างๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Orem 1985 : 91-120) จากการศึกษาของบราวน์ และแมคครัดดี (Brown & McCurdy cited in Duffy 1993 : 24) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสุขภาพรณม์ ด้วงแพง (2531 : 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขาดของเสียทางเยื่อหุ้มของห้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮวลี โมเซิตทากิวซ์ (2534 : 57) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (2534 : 43)

5. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) ระดับการศึกษาทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาสถานการณ์ของตนเองดีขึ้น ทำให้รับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจ และทำให้สนใจศึกษาค้นคว้า หาข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Pender 1987 : 65) โดยเฉพาะการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างดี จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งอยู่กับผู้อื่นได้อย่างเป็นสุขโดยไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น และไม่รับเชื้อเพิ่มเข้าสู่ร่างกาย (Beare & Myer,

1994) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ประกอบกับไม่เข้าใจถึงผลประโยชน์หรือความจำเป็น ของสิ่งที่ปฏิบัติเมื่อเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตจึงละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย (Ruth 1973 : 136-156) จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอห์นสัน (Johnson 1991 : 15-19) ที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด (2532) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ และมลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพและการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรม การทำงาน และการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบ และจำกัดเวลามากนัก ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานมีกำหนดเวลาแน่นอน เช่นอาชีพรับจ้างทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 37)

7. รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 179) จากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี และจากการศึกษาของ มลลิกา ตั้งเจริญ

(2534) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ และการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

8. การแสดงอาการของโรค

การแสดงอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้าบุคคลมีความคิดเห็นว่า ภาวะสุขภาพของตนแข็งแรงก็จะมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับการเสาะแสวงหาความรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ตัดสินใจดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความบกพร่องในการดูแลตนเองจะน้อยลง (Denyes 1988 : 16) แต่ทางตรงกันข้ามกับอีกบุคคลหนึ่งที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าตนอ่อนแอ หรือตนเองมีความเจ็บป่วยกำลังคุกคามต่อชีวิตสวัสดิภาพของตนอย่างหนัก ทำให้ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เอื้ออำนวยต่อสวัสดิภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Pender 1987 : 64) นอกจากนี้อาการของโรคที่ไม่คงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำนายอาการของโรค หรือทำนายการมีชีวิตได้ เมื่อความรุนแรงของโรคสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden 1988 : 99) ซึ่งอาจมีผลต่อแรงจูงใจและทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์ และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงของโรคจะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพก่อนได้รับวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นเอดส์เร็วขึ้น

ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกคน โดยในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น พยาบาลต้องคำนึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การแสดงอาการของโรค และความหวัง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มี

อิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องตลอดไป



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มารับการตรวจรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คลินิกรับปรึกษาสุขภาพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และคลินิคนิรนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 110 คน (Biddle & Malin, 1987) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 60 คน คลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 36 คน และคลินิคนิรนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน 14 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เคยได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเองจากผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) อย่างน้อย 2 ครั้ง
2. ถ้ามีอาการเคยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ ไม่มีแนวโน้มของการทำร้ายตัวเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการแสดงอาการของโรค
2. แบบสอบถามความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของเบคและคณะ (Beck, et al. 1984) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับความหวัง 6 ด้านคือ

2.1 ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 1-5
2.2 ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 6-10
2.3 ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 11-15
2.4 ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา	3 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 16-18
2.5 ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 19-23
2.6 ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 24-27

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------|---------|--|
| ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองทุกประการ |
| ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนมาก | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นส่วนมาก |
| ตรงกับความรู้สึกพอควร | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงครั้งหนึ่ง |
| ตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองบ้างเล็กน้อย |

ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดกับตนเองเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 และ 27

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 14, 15, 20, 26

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนมาก	ให้	4	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกพอควร	ให้	3	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ

ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนมาก	ให้	2	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกพอควร	ให้	3	คะแนน
ตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย	ให้	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ติดเชื่อเซอไอวีมีความหวังสูง

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ติดเชื่อเซอไอวีมีความหวังต่ำ

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 หมายถึง ผู้ติดเชื่อเซอไอวีมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.6-3.5 หมายถึง ผู้ติดเชื่อเซอไอวีมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.6-5.0 หมายถึง ผู้ติดเชื่อเซอไอวีมีความหวังอยู่ในระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดแบบแผน การดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) 10 ด้าน คือ

- | | |
|--|------------------|
| 3.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป | ได้แก่ ข้อ 1-8 |
| 3.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ | ได้แก่ ข้อ 9-16 |
| 3.3 การออกกำลังกาย และ กิจกรรมการพักผ่อน | ได้แก่ ข้อ 17-20 |
| 3.4 รูปแบบการนอนหลับ | ได้แก่ ข้อ 21-23 |
| 3.5 การจัดการความเครียด | ได้แก่ ข้อ 24-27 |
| 3.6 การตระหนักและการยอมรับในคุณค่าแห่งตน | ได้แก่ ข้อ 28-31 |
| 3.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต | ได้แก่ ข้อ 32-33 |
| 3.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น | ได้แก่ ข้อ 34-35 |
| 3.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม | ได้แก่ ข้อ 36-39 |
| 3.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ | ได้แก่ ข้อ 40-42 |

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ และเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำ
ทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกครั้ง

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลยแม้จะมี
เหตุการณ์หรือไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.5 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.6-2.5 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.6-3.5 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ดี

คะแนนเฉลี่ย 3.6-4.0 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

การหาความเที่ยงตรง

1. นำแบบสอบถามความหวังไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
4 คน คือ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อเอชไอวี 1 คน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 2 คน

อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา 1 คน

2. นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปหาความ
เที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อเอชไอวี 1 คน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้าน
ภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความหวัง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient alpha or Cronbach coefficient) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้ (ยุวดี ฤาชา และคณะ 2537 : 127)

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

เมื่อ	α	=	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	=	จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม
	S_i^2	=	ผลรวมของความแปรปรวนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ
	S_t^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งฉบับ

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความหวัง = 0.80

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ = 0.8147

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุรินทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุรินทร์ หัวหน้าคลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และคลินิกนิรนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์โรงพยาบาล

ตากสิน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	วันจันทร์	เวลา	08.00-12.00 น.
	วันอังคาร	เวลา	08.00-16.00 น.
	วันพุธ	เวลา	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลชิรพยาบาล	วันจันทร์	เวลา	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลตากสิน	วันพฤหัสบดี	เวลา	08.00-16.00 น.
	วันศุกร์	เวลา	08.00-16.00 น.

3. ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาของแต่ละโรงพยาบาล ในการช่วยคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจ หรือภายหลังได้รับการตรวจแล้ว ภายหลังจากกระบวนการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความคุ้นเคยและไว้ใจกับผู้วิจัยแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายถึงจุดประสงค์ในการทำวิจัยตลอดจนชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือการปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

5. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในห้องที่เป็นสัดส่วน โดยสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความหวัง ซึ่งในระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะทำการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อจนครบ (ระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่อยากตอบก็จะยุติการเก็บข้อมูล และไม่นำข้อมูลฉบับนั้นมาคิดคะแนน) เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบคำตอบข้อใดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

6. นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความหวังมาให้คะแนนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม
3. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
 - คะแนนความหวัง กับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (T-test)
5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Coefficient) ระหว่างความหวัง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการโดยการทดสอบค่าที (t-test) รวมทั้งการวิเคราะห์หาตัวทำนาย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

เนื่องจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ดังนี้ (สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และ สัตตาวลัย รอดมณี , 2528 : 7)

เพศแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชายโดยกำหนดให้

เพศหญิง = 1

เพศชาย = 0

สถานภาพสมรสแบ่งเป็นสถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/
หย่า/ แยกกันอยู่ โดยกำหนดให้

สถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ = 1

สถานภาพสมรสคู่ = 0

อาชีพแบ่งเป็นอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน และอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลา
แน่นอน โดยกำหนดให้

อาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน = 1

อาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน = 0

การแสดงผลการของโรคแบ่งเป็น ไม่มีอาการของโรค และมีอาการของโรค
โดยกำหนดให้

ไม่มีอาการของโรค = 1

มีอาการของโรค = 0

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจ การทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 110 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	58.2
หญิง	46	48.1
อายุ		
18-20 ปี	7	6.4
21-40 ปี	85	77.3
41-59 ปี	13	11.8
60-65 ปี	5	4.5
สถานภาพสมรส		
โสด	22	20.0
คู่	68	61.8
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	20	18.2

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.2 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 77.3 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n = 110 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	6.4
ประถมศึกษา	52	47.3
มัธยมศึกษา	29	26.4
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	14	12.7
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	8	7.3
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	21	19.1
ทำงาน	89	80.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	23.6
กรรมกร	13	14.6
ทำงานโรงงาน	13	14.4
งานบริษัท	12	13.5
ค้าขาย	11	12.4
รับจ้างทั่วไป	9	10.1
ขับรถรับจ้าง	3	3.4
ทำงานในครัว	3	3.4
งานบ้าน	2	2.2
ธุรกิจส่วนตัว	2	2.2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.3 และส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 80.9 โดยมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 23.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ การแสดงอาการของโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n = 110 คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ตั้งแต่ 3,000 บาทลงไป	10	9.1
3,001-6,000 บาท	30	27.3
6,001-9,000 บาท	28	25.5
9,001-12,000 บาท	16	14.5
12,001-15,000 บาท	12	10.9
ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป	14	12.7
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	85	77.3
ไม่พอใช้	25	22.7
การแสดงอาการของโรค		
ไม่มีอาการ	38	34.6
มีอาการ	72	65.4
กลุ่มเอ	13	18.1
กลุ่มบี	17	23.6
กลุ่มซี	42	58.3

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,001-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.3 และรายได้ส่วนใหญ่พอใช้คิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่มีอาการของโรคคิดเป็นร้อยละ 65.4 และมีอาการอยู่ในกลุ่มซีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่ามี การติดเชื้อ การบอกผลการติดเชื้อกับผู้อื่น ครั้งที่ของการมารับการตรวจรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n = 110 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่ามี การติดเชื้อ		
ตั้งแต่ 2 เดือนลงไป	45	40.9
มากกว่า 2 เดือน - 6 เดือน	27	24.6
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	12	10.9
มากกว่า 1 ปี - 5 ปี	26	23.6
บอกผลการติดเชื้อกับผู้อื่น		
ไม่บอก	32	29.1
บอก	78	70.9
สามี,ภรรยา	57	73.1
บิดา,มารดา	24	30.8
พี่น้อง,ญาติ	30	38.5
เพื่อน	6	7.7
ครั้งที่ของการมารับการตรวจรักษา		
ตั้งแต่ 5 ครั้งลงไป	84	76.4
6-10 ครั้ง	17	15.5
11-15 ครั้ง	3	2.7
16-20 ครั้ง	1	0.9
20 ครั้งขึ้นไป	5	4.5

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทราบว่ามี การติดเชื้อตั้งแต่ 2 เดือนลงไปคิดเป็นร้อยละ 40.9 และส่วนใหญ่บอกผลการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ คิดเป็นร้อยละ 70.9 โดยบอกกับสามี,ภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.1 และส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษา ตั้งแต่ 5 ครั้งลงไป คิดเป็นร้อยละ 76.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลคะแนนความหวัง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความหวัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความหวังเป็นรายด้าน			
ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม	4.4	0.50	สูง
ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า	4.2	0.70	สูง
ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก	4.1	0.65	สูง
ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา	4.1	1.00	สูง
ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น	3.8	1.08	สูง
ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต	3.6	0.86	สูง
ความหวังโดยรวม	4.0	0.44	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.0$) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าความหวังรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม ($\bar{X} = 4.4$) รองลงมาคือความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น และความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความหวังรายชื่อในด้านที่
มุ่งเน้นอนาคต และสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น

ความหวัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต			
1. หวังว่าอาการจะดีขึ้นเรื่อยๆ	4.3	1.01	สูง
2. ชีวิตข้างหน้าคงดีกว่านี้	3.5	1.30	ปานกลาง
3. เชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นในชีวิต	3.4	1.38	ปานกลาง
4. ชีวิตคงราบรื่น	3.4	1.53	ปานกลาง
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถวางแผนเป้าหมาย...	3.4	1.59	ปานกลาง
ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น			
6. เชื่อว่าแพทย์และพยาบาลจะช่วยเหลือให้สุขภาพดีขึ้น	4.5	0.90	สูง
7. ถ้ามีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหวังว่า...	3.8	1.48	สูง
8. หวังว่าคนในครอบครัวจะเข้าใจและยอมรับตลอดไป	3.7	1.52	สูง
9. เชื่อว่าทุกคนในครอบครัวจะให้กำลังใจ เข้าใจ...	3.7	1.54	สูง
10. หวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือ...	3.4	1.55	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังรายชื่อในด้านความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต โดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับสูงคือ หวังว่าอาการจะดีขึ้นเรื่อยๆ ($\bar{X} = 4.3$) ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น โดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางคือ หวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการตรวจรักษา ($\bar{X} = 3.4$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความหวังรายชื่อในด้านที่สัมพันธ์กับทางเลือก และสัมพันธ์กับความปรารถนา

ความหวัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก			
11. หวังว่ายังคงปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและ...	4.5	0.89	สูง
12. หวังว่าความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์จะช่วย...	4.4	1.04	สูง
13. เชื่อว่าสามารถเลือกวิธีการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข...	4.2	1.20	สูง
14. แน่ใจว่าจะรักษาต่อไปถ้าอาการทรุด...	3.8	1.49	สูง
15. การติดเชื้อเอชไอวีสามารถรักษาได้ด้วยยาสมุนไพร	3.4	1.49	ปานกลาง
ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา			
16. ปรารถนาที่จะให้ตนเองหายขาดจากโรคนี้	4.7	0.80	สูง
17. ทำบุญ ไหว้พระ หรือพิธีกรรมทางศาสนา...	3.9	1.35	สูง
18. หวังว่าการอธิษฐานหรือบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์...	3.6	1.49	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก โดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางคือ การรักษาด้วยยาสมุนไพรไม่ช่วยให้หายจากโรคนี้ได้ถ้าแพทย์หมดหนทางรักษาแล้ว ($\bar{X} = 3.4$) ส่วนความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนาอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนความหวังรายชื่อในด้านที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม และสัมพันธ์กับความกล้า

ความหวัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม			
19. จะพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์...	4.9	0.35	สูง
20. จะพยายามดูแลตนเองตลอดไป	4.9	0.43	สูง
21. มั่นใจว่าการพยายามทำตามคำแนะนำของแพทย์...	4.8	0.51	สูง
22. พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล...	4.2	1.36	สูง
23. รู้สึกว่าผู้อื่นสามารถช่วยให้แข็งแรง...	3.4	1.70	ปานกลาง
ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า			
24. พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้น	4.6	0.80	สูง
25. จะเฝ้ารอการพัฒนาวัคซีนและยารักษาโรคเอดส์ต่อไป	4.6	0.86	สูง
26. รู้สึกมีหวังในชีวิต	4.5	1.00	สูง
27. การพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ...	3.0	1.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังรายชื่อในด้านที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายามอยู่ในระดับปานกลางเพียงข้อเดียวคือ รู้สึกว่าผู้อื่นสามารถช่วยให้แข็งแรงขึ้นได้ ($\bar{X} = 3.4$) ส่วนข้ออื่นๆอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ส่วนความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางคือ การพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติที่พูดถึงการติดเชื้อ ($\bar{X} = 3.0$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน			
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.7	0.54	ดีมาก
ด้านรูปแบบการนอนหลับ	3.6	0.53	ดีมาก
ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป	3.5	0.35	ดี
ด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง	3.5	0.53	ดี
การปฏิบัติด้านโภชนาการ	3.4	0.43	ดี
ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม	3.3	0.59	ดี
ด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ	3.3	0.78	ดี
ด้านการจัดความเครียด	3.2	0.61	ดี
ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน	3.1	0.65	ดี
ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	2.8	0.77	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.4	0.31	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 3.4$) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก มี 2 ด้าน คือ ด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.6$) และด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.7$) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆอยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายข้อในด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. งดใช้ยาเสพติดทุกชนิด / หรือไม่เคยใช้...	4.0	0.29	ดีมาก
2. ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำหรือ...	3.9	0.50	ดีมาก
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.6	0.86	ดีมาก
4. บ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังตื่นนอน...	3.6	0.70	ดีมาก
5. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.6	0.91	ดีมาก
6. งดสูบบุหรี่ / หรือไม่เคยสูบบุหรี่เลย	3.5	1.10	ดี
7. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย	3.5	0.80	ดี
8. สนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและ...	2.7	1.18	ดี

ตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี 3 ข้อ คือ งดสูบบุหรี่ / หรือไม่เคยสูบบุหรี่เลย ($\bar{X} = 3.5$) หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย ($\bar{X} = 3.5$) สนใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อนำมาดูแลตนเอง เช่น การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ชักถามพูดคุยกับแพทย์ / พยาบาล ($\bar{X} = 2.7$) ส่วนข้ออื่นๆอยู่ในเกณฑ์ดีมากทั้งหมด

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
รายชื่อในด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การปฏิบัติด้านโภชนาการ			
9. รับประทานอาหารที่สะอาด	3.9	0.34	ดีมาก
10. รับประทานอาหารที่ผ่านการหุงต้มให้สุกแล้ว	3.7	0.69	ดีมาก
11. สังเกตการขับถ่ายอุจจาระเพื่อตรวจสอบ...	3.7	0.59	ดีมาก
12. จดเว้น / หรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม...	3.6	0.94	ดีมาก
13. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย...	3.5	0.81	ดี
14. จดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ	3.0	1.23	ดี
15. จดเว้น / หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร...	2.9	1.04	ดี
16. ชั่งน้ำหนักเป็นระยะเพื่อตรวจสอบอาการ...	2.6	1.22	ดี

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายชื่อด้านโภชนาการ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก 4 ข้อ คือ รับประทานอาหารที่สะอาด ($\bar{X} = 3.9$) รับประทานอาหารที่ผ่านการหุงต้มให้สุกแล้วเท่านั้น ($\bar{X} = 3.7$) จดเว้น / หรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาสูบ เป็นต้น ($\bar{X} = 3.6$) สังเกตการขับถ่ายอุจจาระเพื่อตรวจสอบอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง, ท้องผูก เป็นต้น ($\bar{X} = 3.7$) ส่วนข้ออื่นๆอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายข้อในด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน และรูปแบบการนอนหลับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การออกกำลังกายและการพักผ่อน			
17. พักผ่อนขณะที่ร่างกายอ่อนเพลียหรือมีการเจ็บป่วย	3.8	0.59	ดีมาก
18. ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น อ่านหนังสือ...	3.6	0.75	ดีมาก
19. ออกกำลังกายเช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬาที่ชอบ เป็นต้น	2.6	1.23	ดี
20. จัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกายและ...	2.3	1.28	ปานกลาง
รูปแบบการนอนหลับ			
21. ถ้านอนไม่หลับจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง...	3.8	0.51	ดีมาก
22. นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.6	0.83	ดีมาก
23. นอนหลับสนิท	3.4	0.80	ดี

ตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน อยู่ในเกณฑ์ดีมาก 2 ข้อคือ ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เป็นต้น ($\bar{X} = 3.6$) พักผ่อนขณะที่ร่างกายอ่อนเพลียหรือมีการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.8$) อยู่ในเกณฑ์ดี 1 ข้อคือ ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬาที่ชอบ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.6$) และอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 1 ข้อคือ จัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกายและการพักผ่อนในแต่ละวัน ($\bar{X} = 2.3$) ด้านรูปแบบการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 2 ข้อคือ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{X} = 3.6$) ถ้านอนไม่หลับ จะอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือนอนไปเรื่อยๆจนกว่าจะหลับไปเอง ($\bar{X} = 3.8$) ที่เหลืออีก 1 ข้ออยู่ในเกณฑ์ดีคือ นอนหลับสนิท ($\bar{X} = 3.4$)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในด้านการจัดความเครียด และการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การจัดความเครียด			
24. เมื่อมีปัญหาพยายามแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล	3.6	0.70	ดีมาก
25. ทำตัวให้สนุกสนาน อารมณ์ดี	3.4	0.79	ดี
26. คลายเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เป็นต้น	3.4	0.89	ดี
27. พูดระบายความทุกข์ใจและความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ	2.3	1.16	ปานกลาง
การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง			
28. เอาใจใส่ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี	3.8	0.54	ดีมาก
29. ปฏิบัติงานที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างเต็มความสามารถ	3.8	0.50	ดีมาก
30. ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว เช่น ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น	3.7	0.71	ดีมาก
31. ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น มีส่วนร่วมกับองค์กรต่างๆในการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น	2.7	1.14	ดี

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในด้านการจัดความเครียดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 1 ข้อคือ เมื่อมีปัญหาพยายามแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ($\bar{X} = 3.6$) และอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 1 ข้อคือ พูดระบายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ ($\bar{X} = 2.3$) ที่เหลืออีก 2 ข้ออยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง อยู่ในเกณฑ์ดีเพียง 1 ข้อ คือ ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น มีส่วนร่วมกับองค์กรต่างๆในการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น ($\bar{X} = 2.7$) ที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ดีมากทั้งหมด

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพรายชื่อในด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
จุดมุ่งหมายในชีวิต			
32. ตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดีที่สุด...	3.9	0.52	ดีมาก
33. ตั้งใจปรับเปลี่ยนนิสัยของตน เพื่อการอยู่ร่วมกับ...	3.6	0.77	ดีมาก
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น			
34. ไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อนๆ และ...	3.5	0.86	ดี
35. พุดคุยกับคนอื่นๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา	2.0	1.25	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายชื่อด้านจุดมุ่ง-
หมายในชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกข้อ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับ
ผู้อื่นอยู่ในเกณฑ์ดี 1 ข้อคือ ยังคงไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง ($\bar{X} = 3.5$)
และที่เหลืออีก 1 ข้ออยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือ พุดคุยกับคนอื่นๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา
($\bar{X} = 2.0$)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การควบคุมสภาวะแวดล้อม			
36. จัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้สะอาด...	3.6	0.70	ดีมาก
37. ใช้ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ ไม้แคะหู...	3.8	1.10	ดี
38. งดเว้น / หรือหลีกเลี่ยงการไปเที่ยวใน...	3.4	1.01	ดี
39. พยายามไม่รับรู้ข่าวสารที่ก่อให้เกิด...	2.7	1.36	ดี
การใช้ระบบบริการสุขภาพ			
40. รีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.5	0.90	ดี
41. งดเว้นการซื้อยามารับประทานเอง	3.3	1.06	ดี
42. สอบถามแพทย์ / พยาบาลเมื่อมีความสงสัย...	3.1	1.17	ดี

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อในด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 1 ข้อคือ จัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้สะอาด สดชื่น อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีฝุ่นละออง ควันไฟ ควันบุหรี่ ($\bar{X} = 3.6$) ส่วนข้ออื่นๆอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนายและตัวทำนายกับตัวเกณฑ์
โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. ความหวัง								
2. เพศ	-.0024							
3. อายุ	.1693	.2813**						
4. สถานภาพสมรส	-.0888	.0973	.1834					
5. การศึกษา	.0608	.2884**	.2122*	.0321				
6. อาชีพ	.0893	-.3309***	.0012	-.0548	-.1637			
7. รายได้ของครอบครัว	.0020	.1390	.1442	-.1499	.3003***	-.1258		
8. การแสดงอาการของโรค	.0692	-.5309***	-.2124*	-.0420	.0006	.0907	-.1219	
9. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.2046*	.0069	.0613	-.0726	.2909**	-.1570	.0488	.0477

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 17 พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .2046, P < .05$)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2909, P < .01$)

เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายด้วยตนเองดังต่อไปนี้

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r = .2813$) ระดับการศึกษา ($r = .2884$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาชีพ ($r = -.3309$) การแสดงอาการของโรค ($r = -.5309$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2122$, $P < .05$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงอาการของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.2124$, $P < .05$)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3003$, $P < .001$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ ความหวัง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple Regression	R ²	R change	F	b	Beta	t
1.	ระดับการศึกษา	.2909	.0846	.0846	9.9831**	.0895	.2909	3.160**
2.	ระดับการศึกษา					.0860	.2795	3.076**
	ความหวัง	.3460	.1197	.2263	7.2744**	.1333	.1876	2.065*

Constant (a) = 2.6014

Overall F = 7.2744**

t (a) = 9.722***

*P < .05

**P < .01

***P < .001

จากตารางที่ 17 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกคือระดับการศึกษา เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .0846 แสดงว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 8.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$) จากนั้นในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ ความหวัง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .1197 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงยุติลง ณ ขั้นที่ 2

จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับการศึกษา และความหวัง โดยตัวทำนายทั้งสองตัวนี้สามารถรวมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 3.4$) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า อยู่ในเกณฑ์ดีมาก 2 ด้านคือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.7$) และด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.6$) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ($\bar{X} = 3.5$) ด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง ($\bar{X} = 3.5$) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.4$) ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ($\bar{X} = 3.3$) ด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.3$) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{X} = 3.2$) ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ($\bar{X} = 3.1$) และด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 2.8$) ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีนั้นอธิบายได้ว่า

1.1 จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งช่วงอายุนี้ถือว่าเป็นช่วงที่มีวุฒิภาวะและพัฒนาการด้านการดูแลตนเองสูงสุดและคงที่ มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al., 1993 : 20) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 25 - 47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วงอายุ 15 - 24 และ 50 ปีขึ้นไป

1.2 กลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมที่กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะกระทำการใดๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของโคเวิร์ด (Coword, 1994) ที่พบว่าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย การมีหวังทำให้พวกเขาพยายามหาหนทางที่จะมีชีวิตอยู่ยืนนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และหาเหตุผลเพื่อที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของแฮริสัน (Harrison, 1993) ที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย

1.3 จากการศึกษาครั้งนี้เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาของแต่ละโรงพยาบาล เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระยะที่ยอมรับผลการติดเชื้อของตนเองแล้ว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างผ่านการได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและการ

ดูแลตนเอง ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นระยะ ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายข้อ พบว่ามี 3 ข้อ ที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือ การจัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกายและการพักผ่อนในแต่ละวัน ($\bar{X} = 2.3$) การพูดระบายความทุกข์ใจและความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ ($\bar{X} = 2.3$) การพูดคุยกับคนอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจรักษา ($\bar{X} = 2.0$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.4 มีอาการของโรคและจัดอยู่ในกลุ่มซึมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.3 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้มีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการนอนหลับพักผ่อน ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเท่าที่ควร

2. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.0$) โดยคะแนนความหวังรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนความหวังสูงที่สุดคือ ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม ($\bar{X} = 4.4$) รองลงมาคือ ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า ($\bar{X} = 4.2$) ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก ($\bar{X} = 4.1$) ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา ($\bar{X} = 4.1$) ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ($\bar{X} = 3.8$) ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต ($\bar{X} = 3.6$) ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงนั้น อธิบายได้ว่า

2.1 จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 61.8 และส่วนใหญ่ร้อยละ 70.9 บอกผลการติดเชื้อมกับผู้อื่น โดยบอกสามีภรรยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.1 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคเอดส์จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยปลอบโยน และให้กำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2533) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ใกล้ชิดมีความเข้าใจ เห็นใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความมั่นใจและมีความหวัง (Anderson, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทิศา โพธิ์เจริญ (2539 : 96) สถานภาพสมรสแต่งงานคู่อยู่ด้วยกัน มีผู้อื่นทราบข่าวติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

2.2 จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยมีคุณสมบัติคือต้องได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเองจากผู้ให้คำปรึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดจนมีระยะ

เวลาในการปรับตัวเมื่อทราบผลการติดเชื้อ และได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหวังอยู่ในระดับสูง

นอกจากการอธิบายรายละเอียดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้อธิบายผลตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรค และความหวังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้คือ ระดับการศึกษาและความหวัง ซึ่งตัวแปรทั้งสองนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยแรกที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มา การศึกษาจึงทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (Pender 1987 : 161-162) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruth (1973 : 136-156) ที่ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ประกอบกับไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตจึงละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2909, P < .01$) แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.4 นอกจากนี้มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร อุดมศึกษาหรือสูงกว่า และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 12.7, 7.3 และ 6.4 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ที่ว่า

การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้การศึกษาของ จอนมัจจ พิงจาด (2532) และ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534: 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ตามลำดับ

ความหวัง เป็นปัจจัยที่สองที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากการมีความหวังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอดทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น กล่าวที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วย มีกำลังใจ รู้สึกว่าปัญหาที่มีอยู่สามารถแก้ไขได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความหวังจะมีความรู้สึกที่ดีต่ออนาคต ปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ เกิดแรงจูงใจที่จะรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เข้าสู่ระยะการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2532 : 78) ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความหวังก็จะทำให้เกิดความเฉื่อยชา (Robert 1978 : 174-175) ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีได้ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2046, P < .05$) นั่นคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความหวังในระดับสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังในระดับต่ำก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4$) และความหวังรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม ($\bar{X} = 4.4$) และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 3.4$) โดยด้านที่อยู่ในเกณฑ์ดีมากมี 2 ด้านคือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.7$) และด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.6$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแฮริสัน (Harrison, 1993) ที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของโคเวิร์ด (Coword, 1994) ที่พบว่า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายการมีหวังทำให้พวกเขาพยายามหาหนทางที่จะมีชีวิตอยู่ยืนนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และหาเหตุผลเพื่อที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความหวังในเรื่องการดูแลบุตร รวมทั้งป้องกันตัวเองไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น และจากการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนาศูววรรณประภรณ์ (2531 : 63) และสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534 : 74) ที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต และผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามลำดับ

ส่วนปัจจัยที่เหลือ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการแสดงอาการของโรค ไม่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0069$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็ตามไม่มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันทั้งนี้อธิบายได้ว่าจากการศึกษาครั้งนักกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41.8 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกันเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เหมือนกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศชายและเพศหญิง ล้วนต้องปรับแบบแผนชีวิต เพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และจากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้บทบาทของเพศหญิงเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือเพศหญิงมีโอกาสศึกษาหาความรู้มากขึ้น และจากค่าครองชีพในปัจจุบันที่สูงมากขึ้น ทำให้เพศหญิงต้องมาประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชายมากขึ้น จึงทำให้เพศหญิงสามารถมีรายได้เป็นของตนเอง และการประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาลักษณะของความเป็นผู้นำมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีเหตุผลไม่ต้องพึ่งพาเพศชาย จากการศึกษาของ เดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536: 89) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยระยะเริ่มเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด และ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 95) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จันทนา พงษ์สมบุญ (2539 : 74) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี

ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0613$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามไม่มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันทั้งนี้อธิบายได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยมีอายุในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.3 และ 41-59 ปี 18-20 ปี และ 60-65 ปี ซึ่งช่วงอายุนี้นี้ถือว่าเป็นช่วงวัยทำงาน มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการ ดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการมี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532: 92) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยกับการป้องกันโรคเอดส์ และจากการศึกษาของ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 96) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการศึกษาของเดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 89) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด จันทนา พงษ์สมบุญ (2539 : 74) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0726$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่ ไม่มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.8 จึงทำให้ได้รับคำแนะนำในการในการแก้ปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุสิ่งของและบริการต่างๆ ไม่แตกต่างกันมากพอที่จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีจำนวนน้อย (คิดเป็นร้อยละ 20 และ 18.2 ตามลำดับ) จากการสัมภาษณ์ คนกลุ่มนี้อาศัยอยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อย่างไรก็ตามสภาพสังคมวัฒนธรรมไทย มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันได้ในยามมีความทุกข์ เดือดร้อน หรือเจ็บป่วย จึงยังรักษาสุขภาพอารมณ์และกำลังใจไว้ได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาด ซึ่งขณะนี้มีการเผยแพร่ให้ความรู้ และคำแนะนำตามสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวาง รวมทั้งการให้รู้สุขภาพจากเจ้าหน้าที่คลินิก ให้คำปรึกษา หรือคลินิกนิรนามต่างๆ ซึ่งให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคคลทั่วไปที่มาขอรับบริการ ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 92) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดอื่นทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 97) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จันทนา พงษ์สมบุญ (2539 : 74) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาล
ชลบุรี

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.1570$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำอาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน หรือไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน ก็ไม่มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุการของโรค คิดเป็นร้อยละ 65.4 และจัดอยู่ในกลุ่มที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 ซึ่งในกลุ่มนี้อยู่ในระยะของการพักรักษาตัว จึงมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองพอสมควร จึงทำให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาไม่แน่นอน (ไม่มีอาชีพ งานบ้าน ค้าขาย) หรือในกลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน (รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ งานบริษัท รับจ้าง) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0488$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีรายได้ของครอบครัวสูงหรือต่ำก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ตั้งแต่ 3,000 บาทลงไปคิดเป็นร้อยละ 9.1 รายได้ 3,001 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.3 รายได้ 6,001 - 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.5 รายได้ 9,001 - 12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.5 รายได้ 12,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.9 และรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.7 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำมีจำนวนพอๆ กัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะสามารถแสวงหาสิ่งที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม (Pender 1982 : 161-162) แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อย ก็จะได้รับ การช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการซื้อยา เป็นต้น จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสิขัย (2532 : 92) พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาหรือในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษ เดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536 : 90) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด จันทนา พงษ์สมบุญ (2539 : 74) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี

ปัจจัยด้านการแสดงอาการของโรค พบว่า การแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.0477$) นั่นคือไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการหรือไม่มีอาการแสดงของโรคก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อทราบผลการติดเชื้อ จะผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งจะได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ในเรื่องของความรู้ในการปฏิบัติตัว ตลอดจนการแก้ปัญหาในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ซึ่งทั้งในกลุ่มที่ไม่มีอาการ และมีอาการแสดงของโรคต่างก็ได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบุญ (2539 : 74) ที่พบว่าการแสดงอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นในการศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าระดับการศึกษาและความหวัง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมที่เหลืออีกร้อยละ 88.3 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษานี้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลศิริพยาบาล และคลินิคนิรนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรดังกล่าวจำนวน 110 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2540 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความหวัง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวัง คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การแสดงอาการของโรคความหวัง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ดีมากมี 2 ด้านคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านรูปแบบการนอนหลับ และด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆอยู่ในเกณฑ์ดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางข้อที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ การจัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกายและการพักผ่อนในแต่ละวัน การพูดระบายความทุกข์ใจและความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ การพูดคุยกับคนอื่นๆขณะรอรับการตรวจรักษา

2. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และมีความหวังบางข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ชีวิตข้างหน้าคงดีกว่านี้ เชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นในชีวิต ชีวิตคงราบรื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถวางแผนเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้ หวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการตรวจรักษา การติดเชื้อเอชไอวีสามารถรักษาได้ด้วยยาสมุนไพร รู้สึกว่าผู้อื่นสามารถช่วยตนให้แข็งแรงขึ้นได้ การพูดคุยเรื่องการติดเชือกับเพื่อนหรือญาติ

3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2046$)

4. ระดับการศึกษา และความหวัง สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาและความหวังสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษา และความหวังสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดย

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินระดับความรู้ ความสามารถ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และจัดการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาน้อย ในการให้ความรู้พยาบาลต้องคำนึงถึงวิธีการสื่อสาร และเทคนิคการสอนที่เหมาะสม โดยเฉพาะความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองนั้น อาจต้องทำการสอนในเรื่องเดียวกันซ้ำๆ จนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาได้รับการศึกษามาก จะมีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดี ดังนั้นการให้ความรู้ควรเน้นในเรื่องที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.2 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ควรหาแนวทางในการส่งเสริมความหวังในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดย

- จัดให้มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นการช่วยเหลือ และสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการให้คำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นระยะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และก่อให้เกิดความหวังตามมา

- ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวทราบถึงการติดเชื้อของผู้ป่วย พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลควรอธิบายให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญ ซึ่งสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลเอาใจใส่และความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความพึงพอใจในชีวิต อันจะเป็นพื้นฐานของการเกิดความหวัง

- ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อใช้ในการตรวจรักษาได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางการเงินอื่นๆ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางข้อที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตลอดไปโดย

2.1 พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบถึงการออกกำลังกายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอหรือในช่วงที่มีอาการแทรกซ้อน การออกกำลังกายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สามารถทำได้ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หักโหม หรือต้องออกแรงมากนัก เช่น การบริหารข้อต่อต่างๆ การฝึกการหายใจ เป็นต้น

2.2 พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจว่า การพูดระบายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ จะเป็นวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ ได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายทำงานดีขึ้น นอกจากนั้นการได้พูดระบายความรู้สึกต่างๆ ยังส่งผลให้ผู้ใกล้ชิด เข้าใจถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
2. ทำการวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้เกิดความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธี การทำกลุ่มแบบประคับประคอง (Group Support) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. “นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค”. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4. วารสารโรคเอดส์. ปีที่ 5 : ฉบับที่ 2, 2536 : 59-76.
- กรองกาญจน์ สังกาศ. “ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์”. ใน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (บรรณาธิการ). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. ปีที่ 27 : ฉบับที่ 115 : 6 พฤศจิกายน 2539.
- กฤษฎา ดงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จารุวรรณ ต. สกุล. “ภาวะไร้ความหวัง : มโนคติ การประเมินและการพยาบาล”. วารสารพยาบาล. 2532, 38(1) : 41-45.
- จันทนา พงษ์สมบุญ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- จินตนา ยูนิพันธ์. “การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการแพทย์”. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 11(พฤษภาคม-สิงหาคม 2532), 42-58.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- จอนณะจ พึ่งจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- จิระประภา ภาวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ชวลี โฆษิตทาภิวัชน. ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ช่อลดดา พันธุเสนา. "การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะหมดหวังและใกล้ตาย". การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2536.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว. ใน การเข้ายาในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคมะเร็ง. สุภาพกรณ์ พงศกร และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2531.
- ดวงสมร พันธุเสน และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภา จำกัด, 2539.
- เดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณวัธส์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นารี ช่างสว่าง. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- บรรจง คำหอมกุล และคณะ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2535.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิระพัฒนา, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ปิยรัตน์ นิลชัยกา. “ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน”. ใน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (บรรณาธิการ). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- พรทิพา ศุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามศิลป์-การพิมพ์ จำกัด, 2537.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี, 2535.

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. "พยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความหวังได้อย่างไร?" วารสารพยาบาลศาสตร์. 2(เมษายน-มิถุนายน 2538) : 20-27.

ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา. "ความรู้สึกลึ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งกับการพยาบาล." วารสารพยาบาลศาสตร์. 2532, 7(2) : 82.

สายสม ภาณุมาศมณฑล. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเม็ดโลหิตขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์. เอดส์ : การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2539.

สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลาวัศมี. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2536.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2528.

สมใจ ยิ้มวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุรีพร ธนศิลป์. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- เสมอจันทร์ อະนะเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติ
ตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531.
- อุบล นวัตกรรม. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอาวมณ์ และการพยาบาล. ใน เอกสารการสอน
วิชาการนี้เลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ขงยนิพนธ์, 2533.
- เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอินทางเส้นเลือด
ขณะเข้ารับการบำบัดชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- Bare, P.G. & Myers, J.L. Principles and Practice of Adult Health Nursing. St. Loues :
The C.V. Mosby Company, 1990
- Beck, C. et al. Mental Health Psychiatric Nursing : A Holistic Life-Cycle Approach. St.
Louise : The C.V. Mosby Company, 1984.
- Beland, L.L. & Passon, J.Y. Clinical Nursing Pathophysiology and Psychological
Approach. 4th ed. New York : McMillan Publishing, 1981.
- Brown, M.A. "Social Support during Pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional
Construct?". Nursing Research. 35 (January / February 1986) : 4-9.

- Burckhardt, C.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life" Nursing Research.
34 (January-February 1985) : 11-16.
- Campbell, A. "Subjective Measure of Well-being." American Psychologist.
31 (January 1976) : 117-124.
- Cobb, S. "Social Support as a Modurator of Life Stress" Psychosomatic Medicine.
38 (September/October 1976) : 300-314.
- Denyes, M.S. "Variations in Patient Compliance with Doctor's Advice : An Emperical
Analysis of Communication." American Journal of Public Health.
58 (March-April 1968) : 274-288.
- Dimatteo, M.R. & Hays, R. "Social Support and Serious Illness." In Social Networks and
Social Support. Edited by B.H. Gottlieb. London : Sage Publication, 1981 :
132.
- Dufault, K. & Martocchio, B.C. "Hope : Its Spheres and Dimensions." Nursing clinics of
North America. 20 (June 1985) : 379-391.
- Duffy, M.E. "Determinants of health - promoting lifestyles in older person". IMAGE :
Journal of Nursing Scholarship. 25 (Spring 1993 : 23-28).
- 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.
- Flaskerud, J.H., Ungvarski, P.J. HIV / AIDS : A Guide to Nursing Care. 3rd. ed. W.B.
United States of America : Saunders Company, 1995.
- Gochman, D.S. Health Behavior : emerging research perspective. New York : Plenum
Press. 1988.
- Gottschalk, L.A. & Calif, I. "A Hope Scale Applicable to verbal Samples." Arch. Gen.
Psychiatry. 30 (June 1974) : 779-785.
- Hill, L. and Smith, N. Self - Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice -
Hill, Inc., 1985.,
- Hinds, P.S. "Inducing definition of 'hope' through the use of grounded theory
methodology." Journal of Advanced Nursing. 9 (July 1984) : 357-522.

- Lambert, C.E. & Lambert, V.A. "Psychosocial Impacts Created by Chronic Illness." The Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 527-532.
- Lange, S.P. "Hope." In Behavioral Concepts and Nursing Intervention. Edited by C.E. Carlson. Philadelphia : Lippincott, 1978 : 179-190.
- Long, B.C., Phipps, W.J. and Cassmeyer, V.L. Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach. 3rd.ed. Philadelphia : Mosby Year Book, 1993.
- McGee, R.F. "Hope : a factor influencing crisis resolution." Advances in Nursing Science. 6 (July, 1984) : 34-44.
- McGhie. A. Psychology as applied to nursing. 8th ed. London : Churchill Livingstone, 1986.
- Michel, M.H. and Braden, C.J. "Finding Meaning : Antecedent of uncertainty in illness." Nursing Research. 37 (March / April 1988) : 98-103
- Miller, J.F. Coping With Chronic Illness Overcoming Powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- Miller, J.F. Coping With Chronic Illness Overcoming Powerlessness. 2nd edition. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- Murhlencamp, A.F. and Broerman. N.A. "Health beliefs, health value and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 (1988) 637-646.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. Nursing assessment and health promotion strategies through the life span. 5th ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1993.
- Orem.D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd.ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1986.
- Palank, C.L. "Determinants of Health-Promotive Behavior" Nursing Clinics of North America. 30 (December 1991) : 815-832.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk : Appleton-Century-crofts, 1982.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk : Appleton-Century-crofts, 1987.

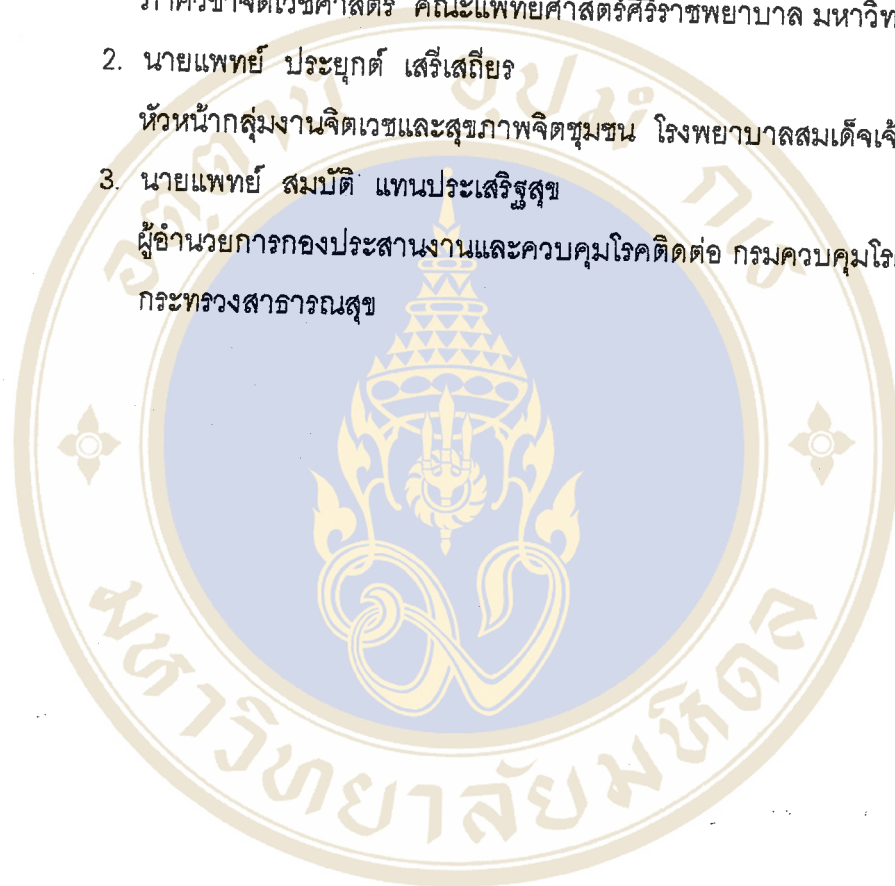
- Phipps, W.J. et al. Medical - Surgical Nursing Concept and Clinical practice. 4th. ed. U.S.A ; Mosby-Year Book Inc., 1991
- Porter, K. et al. "Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS." British American Journal. 307 (July 1993) : 20-23.
- Powell, D.H. Understanding Human Adjustment. Normal Adaptation Through The Life Cycle. Boston : Little Brown and Company, 1983.
- Robert, B.L. Behavioral Concepts and Nursing Throughout the life Span. New York , 1978 : 174-175
- Raleigh, E.D. " An Investigation of Hope as manifested in the Physically ill adult." Doctoral dissertration Wayne State University. Dissertation Abstracts International, 41 (April 1980) : 1313B-1314B.
- Rawlins, R.P. "Hope-Despair." In Mental Health Psychiatric Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1984 : 499-536.
- Ruth, S. Rehabilitation aspects of acute and chronic nursing card. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1973 : 136-156.
- Schwartz, S.I. et al. Principle of Surgery. 6th ed. New York : Mc Graw-Hill, 194.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S.M. & Creighton, J. Getting well again. Los Angeles : J.P. Tarcher, Inc, 1978.
- Travelbee, J. Interpersonal aspect of nursing. Philadelphia : P.A Davis Schenkman Publishing Company, 1981.
- Twaddle, A.C. Sickness Behavior and The Sick Role. Massachuesetts company, 1971.
- Wong-wylie, G., Jevne, R.F. "Patient Hope : Exploring the interactions between Physicians and HIV Seropositive Individual". Qualitative Health Research. 7(Febuary 1997 : 32-56).





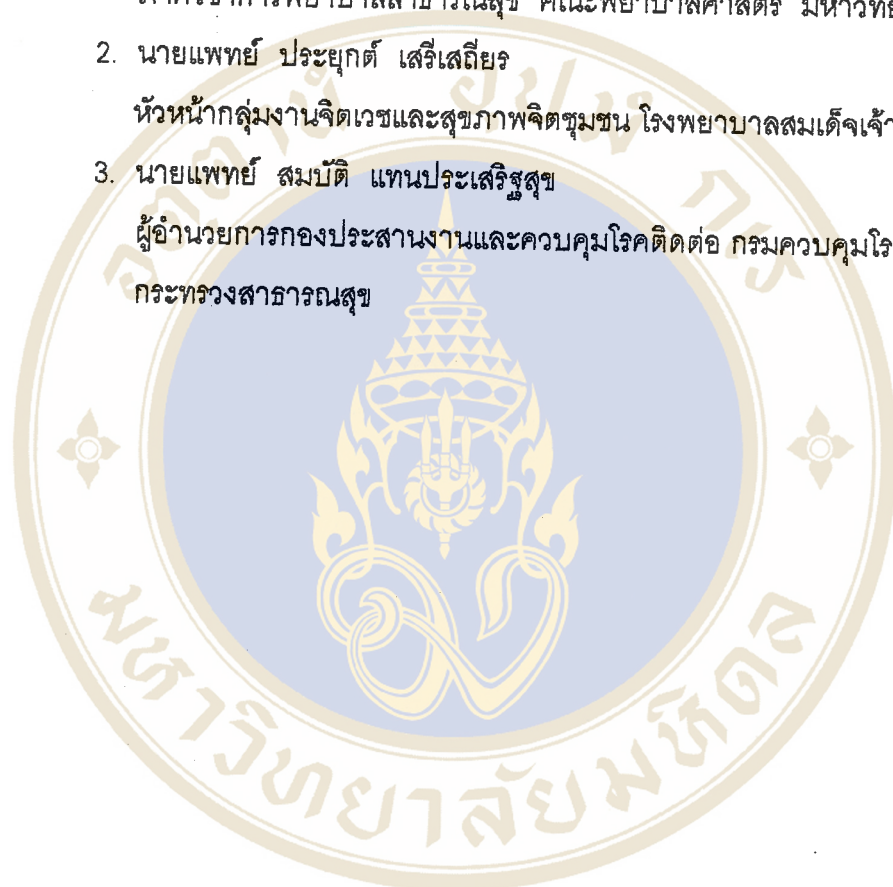
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามความหวัง
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง หม่อมหลวง แสงจันทร์ วุฒิกานนท์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ ประยุกต์ เสรีเสถียร
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
3. นายแพทย์ สมบัติ แทนประเสริฐสุข
ผู้อำนวยการกองประสานงานและควบคุมโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข



รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
3. นายแพทย์ สมบัติ แทนประเสริฐสุข
ผู้อำนวยการกองประสานงานและควบคุมโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข





ภาคผนวก ข.
คำชี้แจงสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน เรือโทหญิง กนกเลขา แก้วสว่าง เป็นนักศึกษาลัทธิพุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ท่านเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งในการตอบนี้จะไม่ถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับในขณะนี้ คำตอบที่ได้จากท่านจะเป็นความลับ และไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ถ้าท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่านทั้งสิ้น การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงในการพยาบาล การให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวต่อไป

กนกเลขา แก้วสว่าง
ผู้วิจัย



เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

โรงพยาบาล _____

วันที่บันทึก _____

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย / หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ
() ประถมศึกษาปีที่ (ระบุ) _____
() มัธยมศึกษาปีที่ (ระบุ) _____
() อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร (ระบุ) _____
()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า (ระบุ) _____
5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาชีพหลักคือ
() ไม่มีอาชีพ () เกษตรกรรม (ระบุ) _____
() งานบ้าน () รับจ้าง (ระบุ) _____
() นักเรียน / นักศึกษา () ค้าขาย (ระบุ) _____
() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆ (ระบุ) _____
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน _____ บาท
7. ความพอเพียงของรายได้ () พอใช้ () ไม่พอใช้
8. ระยะเวลาที่ท่านทราบว่ามีการติดเชื้อ _____

9. ท่านบอกใครบ้างว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี

() ไม่บอก

() บอก ... สามี, ภรรยา ... เพื่อน
... บิดา, มารดา ... อื่นๆ
... พี่น้อง,ญาติ

10. การวินิจฉัยของแพทย์ในแง่ระยะเวลาการดำเนินโรค

() ไม่มีอาการ

() มีอาการ (ระบุ) _____

11. ภายหลังจากที่ทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีท่านมาตรวจที่

OPD - ครั้งนี้เป็นครั้งที่ _____

มาตรวจด้วยสาเหตุ _____

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

แบบสอบถามความหวัง

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความหวังในเรื่องต่างๆ ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก หรือสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ดังนี้

- ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ
- ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนมาก หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก
- ตรงกับความรู้สึกพอควร หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- ตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบ้างเล็กน้อย
- ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	ตรงกับ ความ รู้สึกมาก ที่สุด	ตรงกับ ความ รู้สึกเป็น ส่วนมาก	ตรงกับ ความ รู้สึกพอ ควร	ตรงกับ ความ รู้สึก เพียง เล็กน้อย	ไม่ตรง กับความ รู้สึกเลย
<p>ความหวังที่มุ่งเน้นอนาคต</p> <p>1. ฉันเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นใน ชีวิตของฉัน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>					
<p>ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพา ผู้อื่น</p> <p>6. ฉันเชื่อว่าแพทย์และพยาบาล จะช่วยเหลือให้สุขภาพของฉัน ดีขึ้น</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>					
<p>ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก</p> <p>11. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเลือกวิถี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ต่อไปได้</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>15. ฉันไม่แน่ใจว่าจะรักษาต่อไป หรือไม่ถ้าอาการทรุดลงไปกว่านี้</p>					

ข้อความ	ตรงกับ ความ รู้สึกมาก ที่สุด	ตรงกับ ความ รู้สึกเป็น ส่วน มาก	ตรงกับ ความ รู้สึกพอ ควร	ตรงกับ ความ รู้สึก เพียง เล็กน้อย	ไม่ตรง กับ ความ รู้สึกเลย
<p>ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา</p> <p>16. ฉันทำบุญ ไหว้พระ หรือพิธีกรรมทางศาสนาบ่อยครั้งขึ้น เพื่อหวังให้กรรมดีช่วยให้ฉันหายจากโรคนี้ได้ตามความปรารถนา</p>					
<p>ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม</p> <p>19. ฉันจะพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลต่อไป เพื่อที่ฉันจะได้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น</p>					
<p>ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า</p> <p>24. ฉันพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้น</p>					
<p>27. ฉันรู้สึกหมดหวังในชีวิต</p>					

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โปรดพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านมากที่สุด โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรืออาจดบ้าง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติค่อนข้างบ่อยแต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อนั้นท่านมักไม่ค่อยได้ปฏิบัติ หรือนานๆ ครั้ง จึงจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
<p>ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป</p> <p>1. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>การปฏิบัติด้านโภชนาการ</p> <p>9. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ อย่างน้อย 3 มื้อ / วัน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>การออกกำลังกายและการพักผ่อน</p> <p>17. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬาที่ชอบ เป็นต้น</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>รูปแบบการนอนหลับ</p> <p>21. นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>				

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
การจัดความเครียด				
24. ทำตัวให้สนุกสนาน อารมณ์ดี . . .				
การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง				
28. เอาใจใส่ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี . . .				
จุดมุ่งหมายในชีวิต				
32. ตั้งใจที่จะดูแลตนเองสุขภาพของ ตนเองอย่างดีที่สุด เพื่อจะได้มีชีวิต ที่ยืนยาวไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค . . .				
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น				
34. ยังคงไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนา กับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง .				
การควบคุมสภาวะแวดล้อม				
36. จัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่ อาศัยให้สะอาดสดชื่น อากาศ ถ่ายเทสะดวก ไม่มีฝุ่นละออง คาร์บอนไฟ คาร์บอนหรี				

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
<p>การใช้ระบบบริการสุขภาพ</p> <p>40. รีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ ผิดปกติ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>				