

116.0501

พ 262 ต

๖๖3

ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม
พฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการ
คลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญานิพนธ์

ของ

พรรณทิพา เหมแหวน

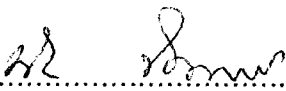
เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

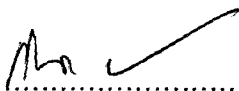
มีนาคม 2543

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
จิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

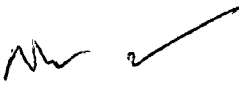
คณะกรรมการควบคุม

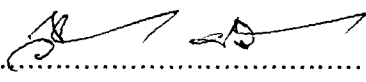
.....ประธาน
(อาจารย์ ดร. นิยะดา จิตต์จิตร)

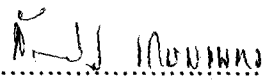
.....กรรมการ
(อาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์)

คณะกรรมการควบคุม

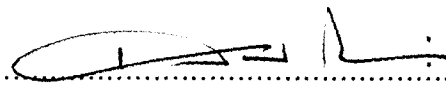
.....ประธาน
(อาจารย์ ดร. นิยะดา จิตต์จิตร)

.....กรรมการ
(อาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สัปดาห์วัลย์ เกษมเนตร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

วันที่ 10 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2543

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก คร.นิยะดา จิตต์จรัส ประธานกรรมการปริญญานิพนธ์ และอาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะให้ผู้วิจัยมีความคิดอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้ ข้อคิดเห็น ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ นับตั้งแต่เริ่มต้นจนแล้วเสร็จ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ถัดดาวลัย เกษมเนตร ที่ได้กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คณาจารย์ ในภาคจิตวิทยาทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนจนผู้วิจัยได้นำความรู้เหล่านั้นมาเป็นแนวทางในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนก ภูมิคุ้มกันตีกลป.3 ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม ด้วยความอดทน และตั้งใจ

ขอขอบคุณ คุณเบญจวรรณ เนตรแจ่ม ที่ได้อนุเคราะห์ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณเพื่อนๆ เอกจิตวิทยาพัฒนาการทุกท่าน ตลอดจน มล. สมจินดา ชนพูนุท และ คุณสว่างพงษ์ แจ่มศิลป์ ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือจนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงลง

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอโน้มระลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ที่ให้การอบรมเลี้ยงดูมาเป็น อย่างดี ขอระลึกถึงพระคุณครู อาจารย์ ทุกๆ ท่าน ที่มีส่วนร่วมสร้างพื้นฐานการศึกษา ถ่ายทอดความ รู้ต่างๆ ให้ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าจนถึงทุกวันนี้ และระลึกถึงพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ทุกคนที่ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือทุกๆ ด้าน ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

พรรณทิพา เหมแหวน

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	8
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	9
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	9
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	12
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
	นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	12
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
	แนวคิดเกี่ยวกับเอดส์.....	18
	สถานการณ์โรคเอดส์.....	25
	สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	31
	ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	34
	การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	37
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	49
	งานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	62
	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม.....	86
	งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม.....	90
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	97
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	99
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	99
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	106

บทที่	หน้า
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	107
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	108
ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	108
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	110
ส่วนที่ 1 คำสถิติพื้นฐานของตัวแปร.....	112
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	115
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	127
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	127
สมมติฐานการวิจัย.....	127
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	129
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	130
สรุปผลการวิจัย.....	130
อภิปรายผล.....	132
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	145
บรรณานุกรม.....	148
ภาคผนวก.....	163
ภาคผนวก ก.....	164
ภาคผนวก ข.....	166
ภาคผนวก ค.....	180
ภาคผนวก ง.....	186
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	191

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยเอดส์แบ่งตามอายุและเพศ จำแนกตามปี พ.ศ.....	28
2	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วย ระหว่าง กันยายน 2527-31 พฤษภาคม 2541.....	29
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะตัวแปร.....	112
4	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	114
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศต่างกัน.....	115
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอายุ.....	116
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอายุ.....	116
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	117
9	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	118
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	118
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	119
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	119

13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนก ตามความรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	120
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอาชีพ.....	120
15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนก ตามอาชีพ.....	121
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีการแสดงอาการของโรค ต่างกัน.....	121
17	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน.....	122
18	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	122
19	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	123
20	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์.....	124
21	ผลการค้นหาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง โดยใช้ตัวแปรปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม.....	125
22	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย.....	181
23	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย.....	181
24	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ.....	182
25	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ.....	182
26	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบวัดการรับรู้ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม.....	183
27	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม...	184
28	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพตนเอง.....	185

29	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย.....	187
30	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย.....	187
31	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ.....	188
32	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ.....	188
33	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม.....	189
34	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม.....	189

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	จำนวนผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิต จำแนกรายปี ตามวันเริ่มป่วยในประเทศไทย พ.ศ. 2527-31 พฤษภาคม 2541.....	26
2	จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้เสียชีวิต จำแนกรายปี ตามวันเริ่มป่วยใน ประเทศไทย พ.ศ. 2527-31 พฤษภาคม 2541.....	30
3	แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ.....	53
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของเบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman).....	56
5	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	96

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาล้วนแต่ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งสิ้น เพราะเป็นโรคติดต่อที่ระบาดและยังไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งในแต่ละปี มีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์เพิ่มจำนวนมาก จากการคาดหมายขององค์การอนามัยโลก ในขณะนี้ มีประชากร 10 ล้านคนในโลกที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ และในเวลา 10 ปีจะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึง 100 ล้านคน (Flaskerud & Ungvarski. 1992 : 241-242) ส่วนในประเทศไทยได้คาดหมายผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วประเทศ โดยยังไม่มีอาการใดๆ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2540 มีจำนวนประมาณ 1,000,000 คน (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2539) และถ้ายังไม่สามารถควบคุมโรคนี้ได้จะมีประสิทธิภาพดั่งเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน คาดว่าปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 2-4 ล้านคน มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 188,000 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ถึงแก่กรรมในปีนั้นจะมีสาเหตุจากโรคนี้ (สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลาธิคม. 2536 : 4; อ้างอิงมาจาก Weniger et al. 1991:5)

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข - ได้รับรายงานจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 87,886 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและมีผู้เสียชีวิต 23,713 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2541 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 1,871 ราย ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 343 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) สามารถสรุปได้ดังนี้ (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1-9)

เพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยเพศชาย 71,158 ราย หญิง 16,708 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 43 : 1

กลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี (กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 28.8 สูงที่สุด รองลงมา 30-34 ปี ร้อยละ 23.0 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 13.9 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 12.7) ส่วนกลุ่มอายุ 0-4 ปี ป่วยร้อยละ 4.8

อาชีพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม ค้าขาย ข้าราชการพลเรือนและงานบ้าน (ร้อยละ 42.7, 21.7, 4.3, 2.8, และ 2.5 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม 2541 มีผู้ป่วยจากการมีเพศสัมพันธ์สูงที่สุด รองลงมา ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น คิดเชื้อจากมารดาและรับเลือด (ร้อยละ 82.4, 5.5, 5.2 และ 0.06 ตามลำดับ) สำหรับเพศสัมพันธ์ที่มีพฤติกรรมแบบชายรักร่วมเพศ พบว่ามีการรายงาน ร้อยละ 0.8

ที่อยู่ปัจจุบัน ตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 พฤษภาคม 2541 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ พะเยา รองลงมา ลำปาง จันทบุรี น่าน และ ภูเก็ต (อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 34.6, 17.1, 14.9, 12.4 และ 12.2 ตามลำดับ)

ภาค ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดในแต่ละภาค ตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 พฤษภาคม 2541 คือ ภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 5.4, 4.0, 1.9 และ 1.3 ตามลำดับ)

จังหวัด ที่มีอัตราป่วยสูงสุดในแต่ละภาค ตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 พฤษภาคม 2541 มีดังนี้ ภาคเหนือ จังหวัดพะเยา (อัตราป่วย 34.6 ต่อแสนประชากร) ภาคกลาง จังหวัดจันทบุรี (อัตราป่วย 14.9 ต่อแสนประชากร) ภาคใต้ จังหวัดภูเก็ต (อัตราป่วย 12.2 ต่อแสนประชากร) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดเลย (อัตราป่วย 5.4 ต่อแสนประชากร)

การเสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตได้รับรายงานจำนวน 23,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0 ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงพบว่า เพศสัมพันธ์ 19,238 ราย (81.1%) สูงที่สุด รองลงมา ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 1,511 ราย (6.4%) คิดเชื้อจากมารดา 1,365 ราย (5.8%) และรับเลือด 13 ราย (0.05%) เมื่อพิจารณาจำแนกสัดส่วนการเสียชีวิตเฉพาะแต่ละปัจจัยเสี่ยงพบว่า สัดส่วนการเสียชีวิตในกลุ่มยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นสูงที่สุด ร้อยละ 31.1 รองลงมา คิดเชื้อจากมารดา ร้อยละ 30.2 เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 26.6 และรับเลือด ร้อยละ 96.5

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary 22,387 ราย รองลงมา โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carini 15,515 ราย Cryptococcosis 14,762 ราย Candidiasis ของหลอดเลือดอาหาร หลอดลมหรือปอด 5,103 ราย และ Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 3,347 ราย

ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ได้รับรายงาน 35,991 ราย เป็นเพศชาย 27,576 ราย เพศหญิง 8,415 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3.3 : 1 เสียชีวิต 3,700 ราย

จากข้อมูลสถิติที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์มีความรุนแรงและมีการแพร่กระจายไปในบุคคลทุกกลุ่มชนชั้นทุกอาชีพ มิได้จำกัดอยู่เพียงเฉพาะกลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ผู้ที่ติดยาเสพติด และหญิงขายบริการทางเพศอีกต่อไป แต่ได้ขยายเข้าไปในสถาบันครอบครัวในกลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน วัยรุ่น หนุ่มสาว และทารกอย่างครบวงจร (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544) แนวโน้มจะทวีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ย่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม ถือเป็นวิกฤตการณ์หนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังรักษาไม่ได้ ผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนหลายรูปแบบที่ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชีวิตมนุษย์โดยรวมทั้งร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ มีความกดดันด้านจิตใจ การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มียารักษาให้หาย วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ ถูกแบ่งแยก ไม่ได้ได้รับความเห็นอกเห็นใจ มักมีความสนใจกับผู้อื่นน้อย อาจปราศจากการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักห่างเหินจากครอบครัว สังคม มีความคิดฝันที่อยากจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับการตอบสนองจากผู้อื่น ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดเหมือนเคย เกิดความไม่มั่นคงของชีวิตในอนาคตต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา (Kelly and Lawrence. 1988 : 88-89, 130) ซึ่งมีผลกระทบต่อเนื่องไปถึงคุณภาพชีวิตของประชากรและความมั่นคงของประเทศชาติ รัฐบาลได้เล็งเห็นปัญหาและจัดตั้งแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2540 - 2544) โดยมีแนวทางการพัฒนาศักยภาพ คน ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แนวทางการพัฒนาสังคมจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (สำนักงานกฤษฎามนตรี. 2539 : 4)

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางคนเมื่อได้รับเชื้อแล้ว ยังไม่แสดงอาการทันที แต่อาการจะปรากฏเมื่อเวลาผ่านไปหลายปี จึงสามารถนำเชื้อ ไปสู่ผู้อื่นได้อีกมากและมีโอกาสรับเชื้อเพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาได้ ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจนถึงแก่กรรม ซึ่งระยะฟักตัวของการติดเชื้อโรคเอดส์ไปสู่การเป็นเอดส์เต็มขั้นประมาณ 8 - 10 ปี ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของแต่ละคนและประมาณร้อยละ 0.4 มีระยะฟักตัวน้อยกว่า 1 ปี (Porter et al. 1993 : 21) และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 49 ขาดการระมัดระวังสุขภาพส่งผลให้ระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์สั้นลงเหลือเพียงประมาณ 9 เดือน ซึ่งปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่สำคัญมาจากการที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังเช่น การศึกษาของ สุพักตร์ วาณิชเสณี และคนอื่นๆ (2532 : บทคัดย่อ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างชายติดยาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์นั้นมีถึงร้อยละ 72.8 ไม่เคย

ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศ และจากการศึกษาของ สมพร โคศิริวัฒนา (2531 : 59 - 65) พบว่า กลุ่มตัวอย่างติดยาเสพติดที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ยังมีการยืมเข็มระหว่างกลุ่มถึงร้อยละ 61.4 และเสพยาร่วมกับกลุ่มอื่นอีกร้อยละ 58.6 และพบว่ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศโดยให้หญิงบริการทางเพศใช้ปาก (Oral Sex) ให้ร้อยละ 45.4 ส่วนกรณีที่มีคู่มรส พบว่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่มรสโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยร้อยละ 54 และจากการศึกษาของ เผลอญ ฌอนอมพงษ์ชาติ และคณะ (ทิศย์ทยา หอมทรัพย์. 2538: 3 ; อ้างอิงมาจาก เผลอญ ฌอนอมพงษ์ชาติ และคณะ. 2532) พบว่าร้อยละ 90 ของหญิงที่ติดยาประกอบอาชีพเป็นหญิงบริการทางเพศ และผู้เสพยาโรอีนมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกายโอกาสที่ถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์ไปสู่คู่นอนจากการร่วมเพศถึงร้อยละ 40 และหญิงบริการทางเพศมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการร่วมเพศเพียงร้อยละ 6.5 ซึ่งชายนักเที่ยวหญิงบริการทางเพศอาจรับเชื้อโรคเอดส์และถ่ายทอดเชื้อไปสู่ภรรยาและบุตรที่จะคลอดออกมาต่อไป ทำให้ขอบเขตของการแพร่กระจายเชื้อกว้างขวางยิ่งขึ้น

แม้ว่าโรคเอดส์มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การพัฒนาด้านการรักษาด้วยยาทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง (Ragsdale & Morrow. 1990 : 355-359) แต่จากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจกระทำได้ไม่เพียงพอ ไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Control) ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองและรักษาอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เพื่อชะลอการดำเนินไปสู่การเกิดโรคเอดส์ให้ช้าลง ให้ผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจเรื่องโรคได้ดีขึ้น และมีความสามารถที่จะเลือกและจัดการในการแก้ปัญหา ตลอดจนปฏิบัติตนในภาวะที่เจ็บป่วย (Ragsdale, Kotarba & Morrow. 1992 : 259-265) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้มีการรับรู้ต่อความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ สังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ มีส่วนช่วยประเทศชาติในการลดงบประมาณด้านสุขภาพลง จากแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในปี 2539 งานด้านส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงที่สุดคือ 1350.9 ล้านบาทหรือร้อยละ 66 (กองโรคเอดส์. 2539)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น พฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเกิดโรค พฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง เป็นการเพิ่มโอกาสของการรับเชื้อหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของโรคมามากขึ้น เช่น

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด หัวใจ และหลอดเลือด พฤติกรรมการกินอาหารสุกๆดิบๆ เพิ่มความเสี่ยงของโรคทางเดินอาหารและโรคพยาธิใบไม้ในตับ พฤติกรรมการกินอาหารไขมัน แป้ง น้ำตาล เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างยาวนานปกติสุข ก็ต้องปรับพฤติกรรมให้ดีและเหมาะสม ต้องดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดี มีเพศสัมพันธ์โดยสวมถุงยางอนามัย แสวงหาบริการสุขภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา แสวงหากิจกรรมและการพักผ่อน ไม่ปล่อยให้ร่างกายทรุดโทรมจนบั่นทอนสุขภาพตนเองและมีการดำรงชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

ในปัจจุบันเชื่อว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้นจะทำให้รักษาไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของคน (Pender, 1982 : 150) และยังเป็นผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดๆ ได้อย่างสำเร็จและถูกต้องด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าเป็นประชาชนที่มีคุณภาพของสังคม แต่การดูแลสุขภาพตนเองนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่ามีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) หลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล ตนเองของบุคคล ได้แก่ ความพร้อมทางร่างกาย สถิติปัญญา สภาพครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ที่ได้รับฝึกฝนมาเป็นเวลานานและแหล่งบริการทางสังคม เช่น สิ่งตีพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการในด้านการดูแลสุขภาพตนเองก็คือ ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ องค์ประกอบต่างๆ ของครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยบุคคลจะได้รับการสอน การอบรมในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม รวมทั้งความคิดในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ พัฒนาจนกระทั่งสมบูรณ์ โดยอาศัยปัจจัยเหล่านี้คือ ความรู้ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและแรงจูงใจ ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยการนำความรู้ ความจำ ความรู้ที่นึกคิดมาใช้ในการตัดสินใจและพัฒนาไปสู่การปฏิบัติในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมและตัดสินใจในการวางแผน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเจริญเติบโตร่วมกับโรคจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่ามีทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเกิดพฤติกรรมหลายทฤษฎีด้วยกันคือ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Active Participation Theory) ของ Kurt Lewin ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (Self - efficacy Theory) ของ Albert Bandura ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากหลักการเรื่องการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reason Action) ของไอเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein) ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสตอกและคณะ (Rosenstock et al. 1974) ทฤษฎีเหล่านี้ล้วนก่อเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงโลกทัศน์จากการรับรู้ของบุคคล (Subjective World) และกลวิธีในการให้คุณค่าตามความคาดหวัง (Value Expectancy Approach) โดยเฉพาะแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อใช้สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคล

เนื่องจากความรู้ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ ไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โรเซนสตอกและคณะ (Rosenstock et al. 1974 : 1-9) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ขึ้นมา เพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในปัญหาสาธารณสุข นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าถึงนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

โรเซนสตอก (มัลลิกา มัติโก. 2534 : 75 ; อ้างอิงมาจาก Rosenstock. 1969, 1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลักเลียง จากการเป็นโรคและทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยขึ้นกับ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค
4. การรับรู้อุปสรรค

ซึ่งต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1974 : 21-22) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังนี้คือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพ
2. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1 ปัจจัยร่วมด้านประชากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะต่างๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฯลฯ
 - 2.2 ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยร่วมระหว่างลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และจะแสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นในชุมชน
 - 2.3 ปัจจัยร่วมด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การสัมผัสโรค

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้กับตนเอง แต่ในบางครั้งอาจจะไม่สามารถทำนายหรืออธิบายการแปรผันของพฤติกรรมได้มากพอเท่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ (เจตนา) และความสามารถ (ในการควบคุมพฤติกรรม) ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control หรือ PBC) เป็นตัวแปรหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior หรือ TPB) ของ ไอเซน (Ajzen) ทฤษฎีนี้เป็นบูรณาการของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ในฐานะที่เป็นตัวกำหนดเจตนาที่จะทำพฤติกรรม เช่นเดียวกับกำหนดพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นยากหรือง่ายเพียงใด รับรู้ว่าตนมีความสามารถของคนที่จะทำพฤติกรรม (ทักษะ ความรู้ ความสามารถ) และสามารถจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ขัดขวาง (ทรัพยากร โอกาส) ในการทำพฤติกรรมได้ (จิระนันท์ พากเพียร. 2540 : 29-30)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร รวมถึงศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยร่วมด้านประชากรและปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมทั้งยังศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอย่างไร และปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ดีที่สุด โดยทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการบริการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลจากการศึกษาจะนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมความรู้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการเจ็บป่วยของตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคให้ช้าลง และยังเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาลให้เข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการป้องกัน ส่งเสริมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้ลดลง เพื่อลดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ลดบัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพอันเป็นกำลังสำคัญของประเทศไทย

ความมุ่งหมายของการศึกษากันคว้า

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดย

1. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยจำแนกตามปัจจัยร่วมด้านประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะอาการการดำเนินของโรค
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มทุติยภูมิกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. ศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแนวทางในการประเมินความเชื่อทางด้านสุขภาพ และหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองเมื่อเจ็บป่วย แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน วางแผนสุขภาพ โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและทำให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้น จะมีประโยชน์มากในการช่วยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อันเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติตนเองเมื่อเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการวินิจฉัยพฤติกรรม แล้วนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไขว่ามีสาเหตุจากอะไร มีความสัมพันธ์กับอะไรบ้าง เพื่อนำเอาความรู้ความเชื่อที่ถูกต้องไปแก้ไข อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ในการที่จะกำหนดนโยบาย เพื่อป้องกันพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขอบเขตในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน (Immune Clinic) แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนโดยเฉลี่ย 508 คนต่อเดือน (สถิติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2542)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการบริการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 216 คน ซึ่งเลือกมาโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบเชื้อและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวี สามารถให้สัมภาษณ์ได้ไม่มีปัญหาการพูด การได้ยิน ความผิดปกติทางจิต

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.1.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยร่วมด้านประชากร จำแนกตาม

3.1.1.1 เพศ

3.1.1.1.1 ผู้คิดเชื้อเอดส์ชาย

3.1.1.1.2 ผู้คิดเชื้อเอดส์หญิง

3.1.1.2 อายุ

3.1.1.2.1 ต่ำกว่า 13 ปี

3.1.1.2.2 13-18 ปี

3.1.1.2.3 19-40 ปี

3.1.1.2.3 41-60 ปี

3.1.1.3 ระดับการศึกษา

3.1.1.3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

3.1.1.3.2 ประถมศึกษา

3.1.1.3.3 มัธยมศึกษา

3.1.1.3.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

3.1.1.3.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

3.1.1.4 สถานภาพสมรส

3.1.1.4.1 โสด

3.1.1.4.2 คู่

3.1.1.4.3 หย่า-หม้าย

3.1.1.5 อาชีพ

3.1.1.5.1 แม่บ้าน

3.1.1.5.2 รับจ้าง

3.1.1.5.3 ค้าขาย

3.1.1.5.4 เกษตรกรรม

3.1.1.5.5 รับราชการและรัฐวิสาหกิจ

3.1.1.5.6 นักเรียน นักศึกษา ไม่ประกอบอาชีพ

3.1.1.6 รายได้

3.1.1.6.1 ต่ำกว่า 5000 บาท / เดือน

3.1.1.6.2 5,001 - 10,000 บาท / เดือน

3.1.1.6.3 10,001 - 15,000 บาท / เดือน

3.1.1.6.4 มากกว่า 15,000 บาท / เดือน

3.1.1.7 ระยะอาการแสดงของโรค

3.1.1.7.1 ระยะติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ

3.1.1.7.2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์

3.1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม จำแนกตาม

3.2.1.1 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ

3.2.1.2 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ

3.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกตาม

3.3.1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย

3.3.1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย

3.3.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

3.3.1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

3.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

3.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.5 การศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.5.1 ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.5.2 ตัวแปรทำนาย ได้แก่

- ปัจจัยร่วมด้านประชากร
- ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม
- ความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่ตนมีอยู่อย่างเป็นระบบ พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเป็นผู้ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน ไม่มีความผิดปกติทางจิต ไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ แบบแผนที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ตามแนวความคิดของเบคเกอร์และไมแมน
2. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความเจ็บป่วยทั้งในระยะที่ยังไม่มีอาการ ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น มีไข้ต่ำๆ เป็นพักๆ ติดต่อกัน น้ำหนักลด อูจจาระร่วง มีเชื้อราในปาก ต่อมทอนซิลโต ซึ่งยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมจากการติดเชื้อเอดส์ (AIDS Dementia Complex)
3. คลินิกภูมิคุ้มกัน (Immune Clinic) หมายถึง แผนกที่ให้บริการสุขภาพและการรักษาแก่ประชาชนที่ติดเชื้อเอดส์
4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสภากาชาดไทย ที่ให้บริการรับการรักษาตรวจรักษาแก่บุคคลทั่วไป

นิยามปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการทำกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่แสดงออกถึงความสนใจ ห่วงใยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค ตามการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ
 - 1.1 การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ทำกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย สุขวิทยาส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 6 ด้าน

1.1.1 ด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การดูแลรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้ครบ 5 หมู่ ทั้งปริมาณและคุณภาพ

1.1.2 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

1.1.3 ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อยึดติด

1.1.4 ด้านแสงสว่างอากาศที่เพียงพอ ได้แก่ การแสงสว่างอากาศบริสุทธิ์ ปลอดภัย และมีการถ่ายเทสะดวก

1.1.5 ด้านการจับถ่าย ได้แก่ การฝึกนิสัยการจับถ่ายให้เป็นเวลา สังเกต ลักษณะสี จำนวนของการจับถ่ายอุจจาระ

1.1.6 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ การสร้างความผูกพันกับสังคม การส่งเสริมและสร้างความรัก

1.2 การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่างๆ ในวงจรชีวิต เช่นการเข้าสู่ภาวะ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สำคัญ เช่นการตายของบิดา มารดา การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านนี้เป็นการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและ ส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหายไป โดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะ ผลที่เกิดจากปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต การเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายและความตาย ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ด้าน

1.2.1 ด้านการลดความเครียดและซึมเศร้า ได้แก่ การรู้จักวิธีผ่อนคลาย โดยรู้จักเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ

1.2.2 ด้านการมีสัมพันธภาพ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดีขึ้น

1.3 การดูแลสุขภาพตนเองตามการเบี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การดูแลสุขภาพเมื่อร่างกายเจ็บป่วย ต้องปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและร่วมในการตัดสินใจ วางเป้าหมายการใช้บริการสุขภาพแบ่งออกเป็น

1.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ ได้แก่ การมารับการตรวจโรค รักษา

1.3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรค ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรง

อันตรายที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพของโรค

1.3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

1.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค ได้แก่ การเฝ้าระวังและสังเกต ผลข้างเคียงของโรคและอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

1.3.5 การยอมรับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การเรียนรู้การดำรงชีวิตตามความสามารถที่มีอยู่

การวัดระดับการปฏิบัติตนว่ามีมากน้อยเพียงใด สามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้คิดเชื้อเอชไอวีได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีได้คะแนนน้อยกว่า

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ ความเข้าใจ ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ แต่เป็นความรู้สึและการรับรู้ซึ่งเกิดขึ้นจริงและฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกหรือการประเมินของผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คิดว่าตนเองนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อาการต่างๆ จากภาวะแทรกซ้อน

2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกหรือการประเมินของผู้คิดเชื้อเอชไอวีต่อความรุนแรงและอันตรายของความเจ็บป่วย ด้วยโรคต่างๆ อาการต่างๆ จากภาวะแทรกซ้อน ที่มีต่อชีวิตและผลของโรคหรืออาการต่างๆ นั้นมีความรุนแรงในระดับที่ก่อให้เกิดความพิการ ความตาย ความเจ็บปวดทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือการที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ

2.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ หมายถึง การประเมินถึงผลประโยชน์หรือผลดีที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการจะได้รับ เมื่อมีการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานให้บริการสาธารณสุขของรัฐ หรือสถานบริการอื่นที่มีแพทย์แผนปัจจุบันประจำอยู่ รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลตนเองอย่างถูกต้องจะช่วยบำบัดรักษาบรรเทาอาการและควบคุมโรคให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอย่างปลอดภัย

2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ หมายถึง การประเมินถึงอุปสรรคหรือผลเสียที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการจะได้รับ เมื่อมีการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ

สาธารณสุขของรัฐ หรือสถานบริการอื่นที่มีแพทย์แผนปัจจุบันประจำอยู่ เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะต้องเสีย ความไม่สะดวกสบายในการเดินทางมารับบริการ หรือความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์

การวัดระดับการรับรู้ว่ามีมาก ปานกลาง หรือน้อยเพียงใด สามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. ปัจจัยร่วมด้านประชากร หมายถึง ตัวกำหนดที่บอกให้ทราบถึงสถานภาพของผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มารับบริการ ซึ่งได้รายงานในแบบสอบถาม ได้แก่

3.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้มารับบริการ

3.1.1 ชาย

3.1.2 หญิง

3.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มารับบริการ แบ่งอายุตามวัย พัฒนาการแบ่งเป็น 4 ระดับ (จรรยา ทองถาวร. 2530 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Turner and Helms. 1983 : 4) ได้แก่

3.2.1 ต่ำกว่า 13 ปี

3.2.2 13 - 18 ปี

3.2.3 19 - 40 ปี

3.2.4 41 - 60 ปี

3.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบันของผู้มารับบริการ ได้แก่

3.3.1 โสด

3.3.2 คู่

3.3.3 หย่า-หม้าย

3.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มารับบริการ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173 – 174)

3.4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

3.4.2 ประถมศึกษา

3.4.3 มัธยมศึกษา

3.4.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

3.4.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

3.5 รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาใช้บริการ แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79) ได้แก่

3.5.1 ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

3.5.2 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน

3.5.3 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน

3.5.4 มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

3.6 อาชีพ หมายถึง อาชีพในปัจจุบันของผู้มารับบริการ ทำเป็นประจำแบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 6) ได้แก่

3.6.1 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

3.6.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน รับจ้างส่วนตัวหรือมีรายได้ไม่แน่นอน

3.6.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่และแผงลอย

3.6.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

3.6.5 ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของราชการและหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

3.6.6 นักเรียน นักศึกษา ไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาชีพกำลังศึกษาเล่าเรียน

3.7 ระยะอาการการแสดงของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงของ การติดเชื้อโรคเอดส์ตามลักษณะคลินิก แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมของโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ได้ดังนี้ (ทิตยทยา หอมทรัพย์. 2538 : 18)

3.7.1 ระยะติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ หมายถึง ผลการตรวจเชื้อ เอชไอวี ได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน

3.7.2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หมายถึง ผลการตรวจเชื้อ เอชไอวี ได้ผลบวก และมีอาการอย่างอื่นร่วม เช่น มีไข้ต่ำๆ น้ำหนักลดเกิน 10% ของน้ำหนักตัว อูจจาระร่วงเรื้อรัง มีเชื้อราในปาก ต่อมน้ำเหลืองโต

4. ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม หมายถึง การที่บุคคลเกิดมีอาการเจ็บป่วยและได้รับการยอมรับในการเจ็บป่วยนั้น รวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน สิ่งของ ได้แก่

4.1 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

การวัดระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มทุติยภูมิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการปฏิบัติตามแรงสนับสนุนมาก ปานกลาง หรือน้อยเพียงใดสามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยาก หรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมที่ระบุนั้นเป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีตและการคาดคะเนปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง สามารถวัดได้โดยการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถที่เขาจะควบคุมการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จมากน้อยเพียงใดวัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเลือกใช้มาตรวัดจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของไอเซน และ มัทเคน (1986) เป็นมาตรประเมินค่า 7 ระดับ มีข้อความบนปลายขั้วคู่ 3 คู่ ได้แก่ ง่าย-ยาก, ขึ้นอยู่กับฉัน-ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน, และควบคุมได้เต็มที่-ควบคุมได้ยาก คะแนนอยู่ระหว่าง +3 ถึง -3 ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า เป็นผู้ที่มีรู้ว่าตนสามารถควบคุมพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและแยกกล่าวเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์
 - ความหมาย
 - สาเหตุของโรคและพยาธิสภาพ
2. สถานการณ์โรคเอดส์
3. สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์
4. ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์
5. การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์
6. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief – Model)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
8. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Percieved Behavioral Control : PBC)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
10. สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมาย

เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมิได้เป็นแต่กำเนิด หรือเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจาก เอชไอวี (เชื้อโรคเอดส์) ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้ง่ายแม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติ และไม่ทำอันตรายต่อคนปกติแต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันน้อยลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ชนิดต่างๆ และโรคมะเร็งบางอย่างได้ง่ายกว่าคนปกติ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. 2532 : 1 ; สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์; อ้างอิงมาจาก มัทนา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร. 2535 : 10 ; Long et al. 1993 : 384)

สาเหตุของโรคและพยาธิสภาพ

โรคนี้มีการรายงานเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน พ.ศ. 2524 โดยมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้หลายรายแต่ไม่มีใครทราบสาเหตุจนใน พ.ศ. 2526 นายแพทย์ ลูค มองตาญเร์ และคณะ (Luc Montagnie) จากสถาบันปาสเตอร์ในประเทศฝรั่งเศสเป็นผู้ค้นพบเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยเอดส์กร่วมเพศและให้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา ดร.โรเบิร์ต แกลโลและคณะ (Robert Gallo) จากประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเอดส์ และเรียกไวรัสนี้ว่า Human T-cell Lymphotropic Virus III (HTLV – III) และในปีเดียวกัน เลวี (Levy) จากประเทศสหรัฐอเมริกาก็สามารถแยกเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์อีกคนหนึ่งและให้ชื่อว่า AIDS – Related Virus (ARV) ซึ่งต่อมาพบว่าเชื้อต่างๆ ที่พบนั้นเป็นเชื้อเดียวกันและอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ดังนั้นคณะการศึกษาจึงตกลงตั้งชื่อเป็นสากลว่า Human Immuno – Deficiency Virus (HIV) (ประเสริฐ ทองเจริญ. 2531 : 5-6)

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กมาก มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้อไวรัสอื่นดังนี้ คือสามารถเข้าไปเกาะกับ T – helper cell (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Reverse Transcriptase Enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัวและเปลี่ยนแปลงนอกที่หุ้มอยู่ (Envelop) ได้รวดเร็วกว่าไวรัสชนิดอื่นถึง 100 – 1000 เท่า มีผลให้วัคซีนที่ผลิตขึ้นใช้ไม่ได้ผลกับไวรัสที่เปลี่ยนไปแล้ว นอกจากนี้ส่วนที่เป็นปุ่มๆ รอบนอกของตัวไวรัสที่เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T4 lymphocyte, Monocyte, Langerhans giant cell ของผิวหนัง Glia cell ของระบบประสาท Enterochomaffin cell ของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ โดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้นโดยที่ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงของโรค ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์ จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวต่อไปจนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ระยะนี้จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากเลือดได้ และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกายได้แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด โดยเชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นได้โดยตรง เช่น Micro glia cell ทำให้เกิดโรคจิตประสาท หรือแขนขาอ่อนแรงได้ในระยะสุดท้ายเมื่อเม็ดเลือดขาว

ถูกทำลายมากขึ้นระดับแอนติบอดีจะลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดได้

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

การแพร่กระจายของโรค

เชื้อเอชไอวีพบมากที่สุดในเลือด (ประพันธ์ ภานุภาค. 2532 : 16) รองลงมาพบได้ในน้ำอสุจิและน้ำเมือกในช่องคลอด ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา เสมหะ น้ำเหลือง ปัสสาวะ แต่ในปริมาณน้อย การแพร่กระจายของเชื้อโดยหลักมีเพียง 3 ทางดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ สามารถถ่ายทอดได้ทั้งในรักร่วมเพศและรักต่างเพศ
2. ทางเลือด จากการถ่ายเลือด การปลูกอวัยวะ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ การผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อ การใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่อาจปนเปื้อนเลือดกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
3. ทางมารดาสู่ทารก สามารถแพร่เชื้อสู่ทารก ได้ตั้งแต่ระหว่างที่ทารกอยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด หรือภายหลังคลอดในทารกที่ดื่มนมมารดา โดยทารกมีโอกาสจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดาประมาณ 50% (Dunchy. 1991 : 716)

แต่ไม่มีรายงานการแพร่เชื้อทางการหายใจหรือการสัมผัสระหว่างบุคคล ทางแมลง ยุง อาหาร น้ำ การใช้ห้องสมุด สระว่ายน้ำ การรับประทานหรือดื่มโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกันหรือใช้วัสดุอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ เสื้อผ้าร่วมกัน (บรรจง คำหอมกุล และคณะ. 2535 : 2)

ลักษณะอาการของโรค

กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยพิจารณาจากลักษณะอาการและ อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อประเทศสหรัฐอเมริกา (The Center for Disease Controlled หรือ C. D.C) ออกเป็น 3 ระยะของโรค คือ

1. ระยะติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ (HIV) ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ โดยที่ผู้ติดเชื้อ ไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือไม่มีอาการทางโรคเอดส์เลย
2. ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC or AIDS related complex) ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
 - 2.1 มีไข้เกิน 37.8 C เป็นพักๆ หรือติดต่อกัน
 - 2.2 อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
 - 2.3 น้ำหนักลดเกินกว่า 10% ของน้ำหนักตัว
 - 2.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
 - 2.5 มีเชื้อราในปาก
 - 2.6 เป็น Hairy Leukoplakia (ฝ้าขาวในช่องปาก)
 - 2.7 เป็นโรคงูสวัด (Herpes Zoster)
3. ระยะป่วยเป็นเอดส์ (AIDS) ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ และมีโรคซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่
 - 3.1 Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมและปอด
 - 3.2 Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่างๆ ยกเว้นปอด ขั้วปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอ
 - 3.3 Cryptococcosis นอกบริเวณปอด
 - 3.4 Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
 - 3.5 Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
 - 3.6 Kaposi's sarcoma
 - 3.7 โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ยกเว้นตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน
 - 3.8 ติดเชื้อเริม (Herpes Simplex) ที่ทำให้เกิดแผลเยื่อเมือกเรื้อรังเกิน 1 เดือน หรือให้เกิดหลอดลม ปอด หรือหลอดอาหารอักเสบในเด็กอายุเกิน 1 เดือน
 - 3.9 Toxoplasmosis ในสมอง ในเด็กอายุเกิน 1 เดือน
 - 3.10 มีการติดเชื้อแบคทีเรียในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปีหลายชนิด หรือเป็นซ้ำๆ อย่างน้อย 2 ครั้งใน 2 ปี ด้วยโรคปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อในกระดูกหรือข้อ

ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นฝีของอวัยวะภายใน (ยกเว้นผิวหนัง เยื่อบุผิวหรือภายในช่องหู)

3.11 Primary Lymphoma ในสมอง

3.12 Lymphoid Interstitial Pneumonia และ/หรือ Pulmonary lymphoid Hyperplasia ในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี

3.13 Non – Hodgkin's Lymphoma of B-cell หรือไม่ทราบชนิด

3.14 Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่างๆ ยกเว้น ปอด ขั้วปอด หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.15 ติดเชื้อ Mycobacterium อื่นๆ ที่ไม่ใช่ M. Tuberculosis โดยเป็นชนิดแพร่กระจายตามอวัยวะต่างๆ ยกเว้นปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.16 เป็นโรคติดเชื้อ Penicillium Marneffei ชนิดแพร่กระจาย ยกเว้นปอด ขั้วปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.17 HIV Encephalopathy (Dementia, Subacute Eencephalitis)

3.18 HIV Wasting Syndrome (Emaciation, Slim Disease)

3.20 Progressive Multifocal Leukoencephalopathy

3.21 โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii

3.22 เป็น Salmonella Septicemia ซ้ำๆ

3.21 เป็นวัณโรคนอกบริเวณปอดอย่างน้อย 1 แห่ง

การวินิจฉัยโรค

วิธีการวินิจฉัยโรคเอดส์เบื้องต้นที่นิยมในปัจจุบัน คือ การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคเอดส์ในเลือด หรือสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายเนื่องจากตรวจได้ง่าย ราคาถูกมีความไวและความจำเพาะสูงถึง 95-99 % วิธีที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ ELISA (Enzyme – Linked Immunosorbent Assay) ถ้าพบผลเป็นลบควรตรวจอีกครั้งภายหลังตรวจครั้งนี้ 3 – 6 เดือนก่อนยืนยันผลว่าไม่ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในกรณีผลคลุมเครืออาจตรวจยืนยันด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดขาวจะพบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง อัตราส่วน T – helper cell (T3) ต่อ T – suppresser cell (T4) ต่ำกว่า 1 (ปกติ 1.7 – 2.1) การตรวจหา Reverse Transcriptase Enzyme หรือ HIV antigen เป็นขั้นซึ่งการตรวจพบเชื้อไวรัสและแอนติบอดีในเลือดนั้น หลังจากได้รับเชื้อราว 2 – 6 สัปดาห์ ตรวจพบเชื้อไวรัสได้โดยการเพาะเลี้ยงเชื้อจากเซลล์เม็ดเลือดขาว หรือตรวจหาชิ้น หรือตรวจแอนติเจน หลังจากพบเชื้อราว 1 สัปดาห์ จะตรวจพบแอนติบอดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะตรวจพบแอนติบอดีได้ประมาณสัปดาห์ที่ 3 – 12 บางรายอาจมีการสร้างแอนติบอดีช้า แต่เกือบทั้งหมดจะพบ

แอนติบอดีในเวลา 6 เดือน ดังนั้นในผู้ติดเชื้อระยะแรกอาจมีเชื้อไวรัสแพร่สู่ผู้อื่นได้ แต่ตรวจไม่พบ Anti – HIV อยู่ยาวนานราว 1 สัปดาห์ เรียกว่า Window Period

ในการติดเชื้อโรคเอดส์ครั้งแรก เชื้อจะเพิ่มจำนวนค่อนข้างมากในระยะก่อนมีแอนติบอดี หลังจากนั้น ระบบภูมิคุ้มกันพยายามควบคุมให้เชื้อสงบอยู่ในร่างกาย อาจเพิ่มจำนวนไม่มากในระยะนี้บางคนจะเพาะเลี้ยงแยกเชื้อได้ การตรวจหาแอนติเจนมักไม่ไวพอที่จะตรวจพบได้ แต่ส่วนใหญ่จะตรวจพบยีนเมื่อใช้วิธีตรวจขยายยีน ที่เรียกว่า PCR (Polymerase Chain Reaction)

แอนติบอดี ต่อส่วน Envelop (Anti gp120, Anti gp41) เป็นแอนติเจนที่จำเพาะต่อท้ายปี ส่วนแอนติบอดี ต่อ Core (Anti p24) จะทำปฏิกิริยาร่วมกัน ได้ทั้ง HIV- 1 และ HIV - 2 (จันทพงษ์ วัระสี. 2537 : 9-10)

การรักษา

ในปัจจุบันจะทำการรักษาโดย

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส
2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อโรคเอดส์ที่ยอมรับว่าได้ผลขณะนี้ ได้แก่ AZT ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Reverse Transcriptase มีผลข้างเคียงค่อนข้างมากได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดไขกระดูก จำนวนเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำลง (Phipps et al. 1991 : 2241)

ยา Didanosine (ddI) และ Zalcitabine (ddC) ผลข้างเคียงคือ ตับอ่อนอักเสบ โรคเกี่ยวกับเส้นประสาทส่วนปลายแต่มีราคาถูกกว่า AZT

3. การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันด้านทานของผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่การปลูกถ่ายไขกระดูก และ Lymphocyte, Interleukin - 2, Thymopentin, Sodium Diethyldithiocarbamate (Imuthiol) ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการศึกษา

4. การรักษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วยและผลกระทบจากสังคม ควรมีบริการแนะแนว การดำรงชีวิต และปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ และการให้สังคมสงเคราะห์

แนวทางในการทำลายเชื้อเอดส์และการทำให้ปลอดเชื้อ

วิธีที่นิยมในปัจจุบันมีหลายวิธี ดังนี้

1. ทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำ โดยใช้เครื่องมือ Auto Clave วิธีนี้เหมาะสำหรับเครื่องมือแพทย์ที่สามารถนำมาใช้ใหม่ได้ เช่น เครื่องมือผ่าตัด

2. ทำให้ปลอดภัยโดยการอบแห้ง ไม่เหมาะกับเครื่องมือที่ทำด้วยพลาสติกหรืออุปกรณ์ที่ไม่สามารถทนความร้อนได้สูง

3. ทำลายเชื้อโรคโดยวิธีต้มเป็นเวลา 20 นาที เป็นวิธีที่ง่ายและเชื่อถือได้มากที่สุดในการทำลายเชื้อ HIV เหมาะกับเครื่องมือต่างๆ รวมทั้งเข็มและกระบอกฉีดยาที่ทำจากแก้ว

4. ทำลายเชื้อโดยการแช่ในสารเคมี ได้แก่ Ethanol 70% Formalin 4% Hydrogen Peroxide 6% สารดังกล่าวนี้ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้ผลดีในการทำลายเชื้อ HIV หลังจากแช่นาน 30 นาที

การป้องกันโรค

เนื่องจากโรคเอดส์ไม่มียารักษาโรคโดยตรง มีเพียงฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรคเท่านั้นและไม่มีวัคซีนป้องกันโรค วิธีที่สำคัญในสถานการณ์ปัจจุบัน คือ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ไม่พาตัวเองไปรับเชื้อเข้ามา ซึ่งเป็นการป้องกันโรคเอดส์ที่พอจะสรุปจากเอกสารแหล่งต่างๆ ได้ดังนี้ (ประพันธ์ ภานุภาค และคนอื่นๆ. 2536; ไพรัช คีตจิต. 2532 ; กองระบาดวิทยา. 2537)

1. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา โดยสร้างค่านิยมเป็นชายในเรื่องเพศที่ถูกต้อง ไม่เที่ยวโสเภณี โรงน้ำชาหรืออาบอบนวด ซื่อสัตย์กับภรรยา รักษาชีวิตสมรสให้สดชื่นและตื่นเต้นตลอดเวลา หากผลออกไปนอกใจ ควรปรึกษาทำความเข้าใจกันและสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดต่อเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ทั้งประชาชนทั่วไป และในสถานศึกษา เพิ่มเติมการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวิธีป้องกัน ปรัชญาการมีชีวิตคู่ ความต้องการทางเพศที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์และการตอบสนองที่ถูกต้อง ไม่หมกมุ่นกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ พวกวีดีโอลามก หางานอดิเรกหรือเล่นกีฬาแทน

3. บิคามารดา อบรมบุตรชายให้ไม่ระรานผู้หญิง การหลอกผู้หญิงหรือเที่ยวกลางคืนสุบบุรี ดื่มสุรา หรือทดลองยาเสพติดเป็นสิ่งที่น่าละอาย เป็นค่านิยมที่ผิด จริงแล้วสังคมไม่ยอมรับการประพฤติดังกล่าวและอบรมบุตรสาวให้รู้จักการปฏิเสธผู้ชาย ไม่เปิดโอกาสโดยไปไหนตามลำพังสองคน หรืออยู่ในที่ลับตาคน ซึ่งให้เห็นโทษของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานหรือในสถานะเศรษฐกิจและสังคมยังไม่พร้อม ต้องแนะนำว่าชายหญิงที่รักกันต้องซื่อสัตย์ต่อกัน และควรไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อโรคเอดส์ทั้งคู่อย่างน้อย 6 เดือนก่อนแต่งงานกัน

4. สร้างทัศนคติใหม่ในการไม่ส่งบุตรสาวไปขายตัว เพราะเป็นพฤติกรรมที่น่าละอาย และเท่ากับเป็นการส่งบุตรสาวไปตายด้วยโรคเอดส์ และเพิ่มปัญหาโสเภณีเด็กที่เป็นปัญหาของสังคม ส่วนเด็กสาวก็ต้องปลูกฝังความคิดใหม่ไม่ควรตอบแทนบุญคุณบิดามารดาด้วยการขายตัว ยังมีอาชีพอื่นอีกมากที่จะเลี้ยงดูครอบครัวได้

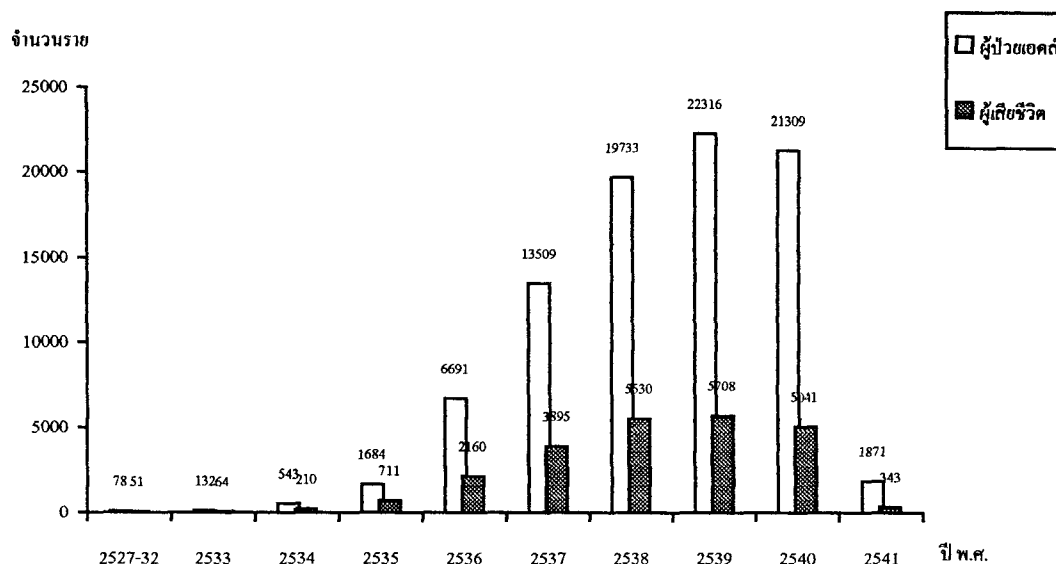
5. เพื่อนควรช่วยกันเตือนเพื่อนไม่ให้มั่วเพศและมั่วเข็ม ไม่ใช่กลับไปสนับสนุนหรือชักชวนกันไปกระทำดังกล่าว หรือถือว่าไม่ใช่ธุระของตน

6. ผู้ประกอบการที่ทำงานเกี่ยวกับของมีคม เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ช่างเสริมสวย ช่างตัดผมชาย คนที่รับจ้างสักหรือเจาะรูควรมีมาตรการในการใช้ของมีคมให้สะอาดปลอดภัยจากเชื้อโรคเอดส์ โดยถือว่าเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน

7. พระสงฆ์ควรมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ถ่ายทอดให้ประชาชนได้เข้าใจและเห็นใจผู้ติดเชื้อเอดส์ อีกทั้งเป็นการประพาศเครื่องในศีลข้อ 3 และข้อ 5 เป็นสำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงให้ห่างไกลโรคเอดส์

สถานการณ์โรคเอดส์

กองระบาดวิทยาได้รับรายงานจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 87,886 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและมีผู้เสียชีวิต 23,713 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2541 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 1,871 ราย ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 343 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิต จำแนกรายปี ตามวันเริ่มป่วยในประเทศไทย

พ.ศ. 2527 – 31 พฤษภาคม 2541

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา. 2541 : 3

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทำการแจกแจงตามบุคคล สถานที่ สามารถพบได้ว่า เพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยเพศชาย 71,158 ราย เพศ หญิง 16,708 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 4.3 : 1

กลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 – 39 ปี (กลุ่มอายุ 25–29 ปี ร้อยละ 28.8 สูงที่สุด รองลงมาอายุ 30–34 ปี ร้อยละ 23.0 อายุ 35 – 39 ปี ร้อยละ 13.9 อายุ 20–24 ปี ร้อยละ 12.71) ส่วนกลุ่มอายุ 0–4 ปี ป่วยร้อยละ 4.8

อาชีพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม ค้าขาย ข้าราชการพลเรือนและงานบ้าน (ร้อยละ 42.7, 21.7, 4.3, 2.8 และ 2.5 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยจากการมีเพศสัมพันธ์สูงที่สุด รองลงมาเยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดาและรับเลือด (ร้อยละ 82.4,

5.5, 5.2 และ 0.06 ตามลำดับ) สำหรับเพศสัมพันธ์ที่มีพฤติกรรมแบบชายรักร่วมเพศ พบว่ามีการรายงานร้อยละ 0.8

ที่อยู่ปัจจุบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ พะเยา รองลงมา ลำปาง จันทบุรี น่าน และภูเก็ต (อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 34.6, 17.1, 14.9, 12.4, 12.2 ตามลำดับ)

ภาค ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 คือ ภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 5.4, 4.0, 1.9 และ 1.3 ตามลำดับ)

จังหวัด ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดในแต่ละภาคตั้งแต่เดือนมกราคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 มีดังนี้ ภาคเหนือจังหวัดพะเยา (อัตราป่วย 34.6 ต่อแสนประชากร) ภาคกลาง จังหวัดจันทบุรี (อัตราป่วย 14.9 ต่อแสนประชากร) ภาคใต้ จังหวัดภูเก็ต (อัตราป่วย 12.2 ต่อแสนประชากร) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดเลย (อัตราป่วย 5.4 ต่อแสนประชากร)

การเสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตได้รับรายงานจำนวน 23,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0 ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมดจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงพบว่า เพศสัมพันธ์ 19,238 ราย (81.1%) สูงที่สุด รองลงมายาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 1,511 ราย (6.4%) ติดเชื้อจากมารดา 1,365 ราย (5.8%) และรับเลือด 13 ราย (0.05%) เมื่อพิจารณาจำแนกสัดส่วนการเสียชีวิตเฉพาะแต่ละปัจจัยเสี่ยง พบว่า สัดส่วนการเสียชีวิตในกลุ่มยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นสูงที่สุดร้อยละ 31.1 รองลงมาติดเชื้อจากมารดาร้อยละ 30.2 เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 26.6 และรับเลือดร้อยละ 26.5

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ จะเห็นว่าผู้ติดเชื้อเอดส์จะเกิดในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 20-39 ปี เป็นผู้ใหญ่วัยตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายไปสู่เพศหญิงและกลุ่มอายุวัยเด็กเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงภาพในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์แบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ จำแนกตามปี พ.ศ.

กลุ่ม อายุ	พ.ศ. 2527 - 2538						พ.ศ. 2539						พ.ศ. 2540						พ.ศ. 2541						รวมตั้งแต่ต้น					
	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ		
(ปี)																														
0-4	1201	1034	2225	5.42	544	470	1014	4.54	456	411	867	4.07	47	36	83	4.44	2248	2011	4259	4.85										
5-9	43	28	71	0.17	54	28	82	0.37	85	46	131	0.61	1	9	10	0.53	183	111	294	0.33										
10-14	6	7	13	0.03	3	2	5	0.02	9	6	15	0.07	0	1	1	0.05	18	16	34	0.04										
15-19	265	274	539	1.27	97	138	235	1.05	91	122	213	1.00	7	5	12	0.64	460	539	999	1.14										
20-24	4323	1525	5848	13.80	1818	973	2791	12.51	1343	1017	2360	11.08	102	85	187	9.99	7586	3600	11186	12.73										
25-29	10447	1528	11975	28.26	5299	1276	6575	29.46	4891	1349	6240	29.28	395	148	543	29.02	21032	4301	25333	28.83										
30-34	8217	1116	9333	22.03	4459	743	5202	23.31	4382	862	5244	24.61	380	84	464	24.80	17438	2805	20243	23.40										
35-39	5286	78	5894	13.91	2663	422	3085	13.82	2503	486	2989	14.03	345	41	386	14.80	10688	1557	12245	13.94										
40-44	2535	275	2808	6.63	1338	253	1591	7.13	1394	291	1685	7.91	112	23	135	7.22	5377	842	6219	7.08										
45-49	1304	170	1474	3.48	703	116	819	3.67	602	136	738	3.46	63	14	77	4.12	2672	436	3108	3.54										
50-54	686	89	775	1.83	320	51	371	1.66	310	45	355	1.67	30	6	36	1.92	1346	191	1537	1.75										
55-59	511	63	574	1.35	220	44	264	1.18	187	38	225	1.05	12	3	15	0.80	930	148	1078	1.23										
60+	645	63	708	1.67	240	38	278	1.25	203	35	244	1.15	27	4	31	1.66	1121	140	1261	1.44										
unk	53	10	63	0.15	3	1	4	0.02	3	0	3	0.01	0	0	0	0.00	59	11	70	0.08										
รวม	35520	6850	42370	100.00	17761	4355	22316	100.00	16465	21309	21309	100.00	1412	459	1817	100.00	71158	10708	37866	100.00										

ตัวเลข แสดงข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2527 ถึง 31 พฤษภาคม 2541

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา. 2541 : 4

จากตาราง 1 พบว่าเมื่อรวมจำนวนผู้ป่วยเฉพาะเพศชายมีทั้งสิ้น 142,316 ราย เพศหญิง 43,881 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่าตัว ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด คือ การมีเพศสัมพันธ์ ดังแสดงภาพ ใน ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วย

ระหว่างกันยายน 2527 - 31 พฤษภาคม 2541

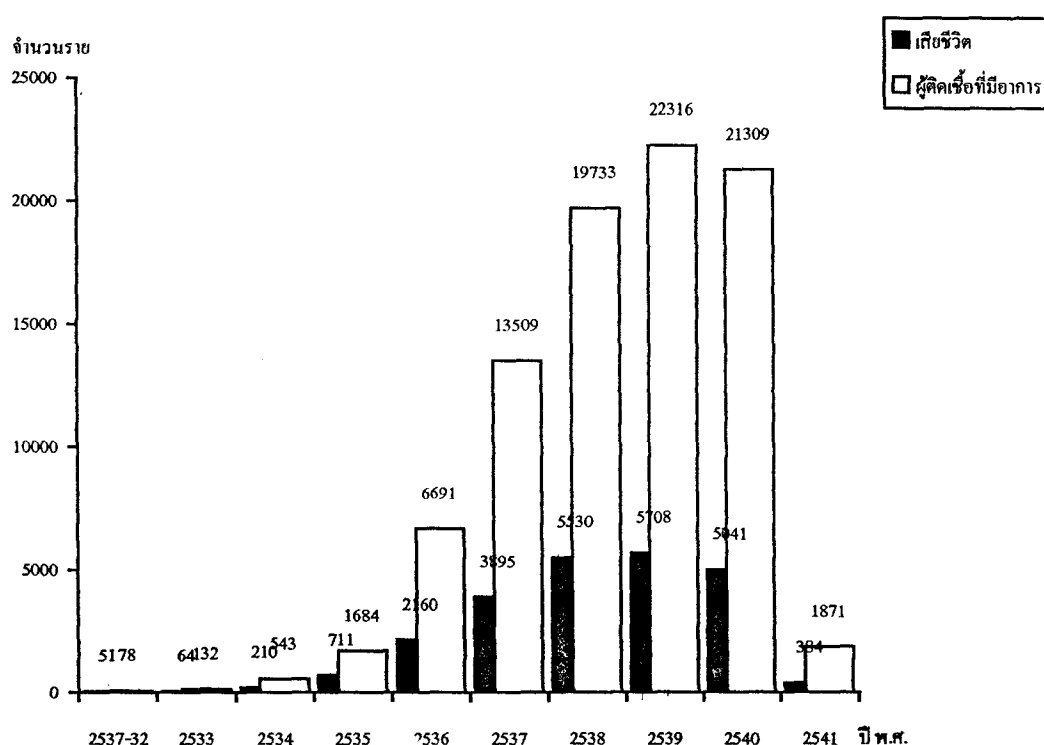
ปัจจัยเสี่ยง	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	รวม	%
1. เพศสัมพันธ์	59	91	406	1309	5070	10741	16032	18903	18212	1597	72420	82.42
ชายรักร่วมเพศ	18	3	5	8	49	100	188	193	130	8	702	0.80
ชายรักต่างเพศ	5	4	4	2	8	33	90	147	88	8	389	0.44
หญิงรักต่างเพศ	33	74	359	1149	4335	9002	12861	14564	13681	1179	57237	65.14
หญิงรักต่างเพศ	3	10	38	148	663	1531	2799	3852	4132	393	13569	15.44
ไม่ทราบ	0	0	0	2	15	75	94	147	181	9	523	0.60
2. ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	12	23	43	138	507	879	1272	1038	851	97	4860	5.53
ชาย	12	22	43	135	495	859	1253	1021	831	96	4767	5.43
หญิง	0	1	0	3	12	20	19	17	20	1	93	0.11
3. รับเลือด	2	1	4	10	8	9	10	1	4	0	49	0.06
ชาย	1	1	3	8	5	3	7	0	4	0	32	0.04
หญิง	1	0	1	2	3	6	3	1	0	0	17	0.02
4. ติดเชื้อจากมารดา	4	15	73	137	462	771	899	1089	984	92	4526	5.15
ชาย	1	10	38	65	258	401	470	593	532	47	2415	2.75
หญิง	3	5	35	72	204	370	429	496	452	45	2111	2.40
5. อื่นๆ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.00
ชาย	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.00
หญิง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
6. ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง	1	2	17	90	644	1109	1520	1285	1257	85	6010	6.84
ชาย	0	2	15	83	572	953	1307	1107	1045	67	5151	5.86
หญิง	1	0	2	7	72	156	213	178	212	18	859	0.98
รวมชาย	70	116	467	1452	5736	11419	16260	17761	16465	1412	71158	80.98
รวมหญิง	8	16	76	232	955	2090	3473	4555	4844	459	16708	19.02
รวมทั้งสิ้น	78	132	543	1684	6691	13509	19733	22316	21309	1871	87866	100.0

แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข. 2541 : 6

จากตาราง 2 ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นชัดว่า โรคเอดส์มีสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ทั้งรักต่างเพศ มีจำนวนสูง คิดเป็นร้อยละ 82.42 โดยเฉพาะเพศชาย สูงถึงร้อยละ 65.14 ส่วนปัจจัยรองลงมาคือ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ทารกที่ติดเชื้อจากมารดาโดยการคลอด การรับถ่ายเลือดและไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ตามลำดับ เป็นต้น

จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่กล่าวมาจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ได้รับรายงานมีจำนวน 23,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0 ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงาน ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้เสียชีวิต จำแนกรายปีตามวันเริ่มป่วย ประเทศไทย พ.ศ. 2527 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2541

แหล่งข้อมูล : กองระบาด. 2541 : 4

จากภาพประกอบ 2 จะพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการมีทั้งสิ้น 35,991 ราย เป็นเพศชาย 27,576 ราย เพศหญิง 8,415 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3.3 : 1 เสียชีวิต 3,700 ราย ซึ่งผู้ติดเชื้อที่มีอาการมีโอกาสในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary 22,387 ราย รองลงมาโรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carini 15,515 ราย Cryptococcosis

14,762 ราย Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด 5,103 ราย และ Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 3,347 ราย

สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์

ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเสียชีวิตและได้รับความทุกข์ทรมานทั่วร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเป็นปัญหาสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญและรุนแรง แต่จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงได้เลย การติดเชื้อเอดส์เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลและผู้ใกล้ชิด และเป็นตราบาปสำหรับบุคคลและครอบครัวในสังคมส่วนมาก นอกจากผลกระทบต่อร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรังและรุนแรงและเป็นสาเหตุการตายแล้ว การติดเชื้อเอดส์ยังมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในหลายด้าน ผลกระทบดังกล่าวจะมีลักษณะที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันแบบองค์รวม กล่าวคือ ผลกระทบในแต่ละด้านนั้นล้วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การประเมินผลกระทบในแต่ละบุคคลจึงต้องประเมินทุกๆ ด้านในลักษณะที่ผสมผสานกัน พอจะกล่าวได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายอาจไม่มีอาการใดๆ เลยตลอดชีวิต โดยที่ยังมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการ และลักษณะอาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีอาการร้อยละ 25 – 50 จะป่วยเป็นโรคเอดส์ภายใน 5 – 10 ปี (Dunchy, 1991 : 716) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศหรือรักสองเพศ จะมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 54 ภายใน 11 ปีในกลุ่มที่ติดเชื้อโรคเอดส์ภายหลังได้รับเลือด จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 49 ภายใน 7 ปี ส่วนในกลุ่ม Hemophilia จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 25 ภายใน 9 ปี สำหรับประเทศไทย ประพันธ์ ภานุภาค และคณะ ศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการจะเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ร้อยละ 6.8 ต่อปี (มัทนา หาญวนิชย์, 2535 : 1)

เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราใน

ปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งระยะมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น (Darbyshire. 1991 : 563)

เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของผิวหนัง Kaposi's Sarcoma ที่เกิดได้ทั่วทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carini ซึ่งเป็นเชื้อโปรโตซัวชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วไปทั้งในดิน น้ำ หรืออากาศ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 60 มีอาการนำเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นด้วยโรคนี้ ซึ่งอาจรุนแรงทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (Ungvasi. 1988 : 53) เชื้อโรคเอดส์อาจมีผลทำอันตรายต่อเซลล์ของสมองโดยตรง ผู้ป่วยเอดส์มากกว่าร้อยละ 65 จะมีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น (Levinson and O' Connell. 1991 : 691)

2. ผลกระทบทางจิตและความรู้สึก

ผลกระทบทางจิตและความรู้สึกการตอบสนองต่อการรับรู้ว่าคุณมีการติดเชื้อเอดส์มีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2536) ก็สามารถชี้ให้เห็นว่ามีรูปแบบของการตอบสนองที่มักคล้ายคลึงกันท่ามกลางผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

2.1 อาการตกใจและตกตะลึง (Shock) เป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยในทันทีที่ทราบผลการตรวจเลือด บุคคลมักรายงานว่า มีความรู้สึกงุนงง สับสน ตกใจ ไม่เชื่อ ตัดสินใจไม่ถูก หวาดวิตก

2.2 หวาดกลัว (Fear) ผู้ติดเชื้อมักรายงานว่ามีความกลัวในหลายเรื่อง คือ กลัวตาย กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวผู้อื่นรู้ กลัวการถูกสังคมรังเกียจ กลัวสูญเสียการควบคุมตนเอง กลัวทำงานหาเลี้ยงตัวเองไม่ได้และกลัวการถูกทอดทิ้ง

2.3 เศร้าซึมและเสียใจ (Depressed Mood and Sadness)

2.4 รู้สึกสิ้นหวังและหมดหนทาง (Hopelessness and Helplessness) เนื่องจากรับรู้มาก่อนว่าเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย

2.5 รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Loss of Self – Esteem) มีความรู้สึกว่าตนสกปรก และเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น อาจให้ความสุขทางเพศแก่คู่อภิเษกหรือคู่สมรสของคนอื่นไม่ได้ อาจต้องถูกออกจากงาน ไม่สามารถทำงานหารายได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น

2.6 รู้สึกผิด (Guilt) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ได้รับรู้ว่าตนนำเชื้อไปติดผู้อื่น เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือคู่รัก

2.7 รู้สึกโกรธ (Anger) เช่น โกรธผู้ที่นำเชื้อมาติดตน โกรธเชื้อไวรัส โกรธตัวเอง หรือโกรธคนที่เอาเรื่องของตนไปพูด บางรายอาจมีพฤติกรรมแก้แค้นสังคม

2.8 รู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นความรู้สึกที่มีอยู่ยาวนานตลอดเวลาของการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอดส์ เนื่องมาจากลักษณะของโรคเอดส์เองที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถทำนายได้ถึงอาการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรค และการรักษาที่ให้ผลไม่แน่นอน ผู้ติดเชื้อมักมีความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะใช้อาการของโรคเอดส์หรือไม่ การรักษาที่ใช้จะจะสามารถเยียวยาได้หรือไม่ และตนจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าใด ควรตัดสินใจทำอะไร มากน้อยแค่ไหนสำหรับชีวิตที่เหลืออยู่ เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคม

ผลกระทบด้านชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคม นับจากการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อมักมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตและความรู้สึกอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันนอกจากนี้ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเป็นอยู่ก็จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อได้เช่นกันผลกระทบทางด้านความเป็นอยู่และสังคมที่มีรายงานบ่อยท่ามกลางผู้ติดเชื้อ ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต อาจมีการหยุดงานหรือออกจากงานที่ทำอยู่เดิม ซึ่งอาจจะลาออกเองหรือถูกไล่ออก การเปลี่ยนงานใหม่ การว่างงาน หรือต้องออกจากโรงเรียนหนังสือ ต้องอยู่เฉยๆ ต้องมีชีวิตรอยู่อย่างผู้เจ็บป่วย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

3.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอดส์ เป็นสาเหตุให้ขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลรักษา นับเป็นผลกระทบที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม

3.3 ผลกระทบด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมก็อาจจะมี การปลีกตัวจากเพื่อนฝูง เก็บตัวมากขึ้น เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงหรือไม่มีเลย เพราะกลัวการรังเกียจและทำใจยอมรับไม่ได้ เมื่อเวลาผ่านไปผู้ติดเชื้อบางคนอาจมีการปรับตัวและปรับวิถีชีวิตให้กลับสู่ปกติสุขได้ดังเดิม และบางคนอาจจะปรากฏตัวในสังคมเข้าร่วมมหรณงค์และแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตของการอยู่กับการติดเชื้อเอดส์

3.4 ผลกระทบด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วยอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้มีความพร่องในการดูแลตนเอง รวมทั้งการบำบัดบาทในสังคมด้วย เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีการปลีกตัวออกจากสังคมมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดลง

3.5 ผลกระทบด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ทำให้นุคคลมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งจะเลิกการกระทำบางอย่างหรือริเริ่มกระทำกิจกรรมบางอย่างที่เชื่อว่า เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองตามค่านิยมและความเชื่อของตนและครอบครัว มีการแสวงหาวิธีต่างๆและนำมาปฏิบัติตลอดจนมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในสังคม

ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ เป็นผู้ที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย และมีการทำลายภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่ออยู่ตลอดเวลา ทำให้ง่ายหรือไวต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยแทรกซ้อนชนิดต่างๆ จนเป็นที่เรียกกันว่ากลุ่มอาการ การดำเนินของโรคอาจจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อทั้งก่อนและหลังการได้รับเชื้อ ความรุนแรงของ ความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน และการปฏิบัติการรักษา เป็นต้น ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยได้เป็นระยะเวลานานหลายปี หรืออาจจะมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่เป็นเวลาหลายปี ในขณะที่ผู้ติดเชื้อบางรายมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตภายในเวลาอันสั้น อาการเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์มีความซับซ้อนมาก และอาจจะกระทบกับทุกระบบของร่างกาย วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย (2535) ได้จำแนกลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยตามระบบต่างๆ ที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอดส์ไว้ดังนี้

1. โรคและความผิดปกติทางผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง อาการที่ปรากฏทางผิวหนัง เป็นสิ่งที่มองเห็นด้วยตาเปล่าได้ง่าย เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากอย่างหนึ่ง เพราะมักเชื่อกันว่าเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเอดส์ ความผิดปกติทางผิวหนังแบ่งออกได้เป็น

(1) กลุ่มเนื้องอกหรือมะเร็ง ที่เป็นที่รู้จักกันมากคือ มะเร็งชนิด Kaposi's Sarcoma ซึ่งพบมากในอเมริกา เป็นอาการที่บ่งบอกว่าผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว มะเร็งชนิด Squamous cell อาจพบได้บริเวณปากและทวารหนัก นอกจากนี้ก็อาจพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้มากพอสมควรในประเทศไทย

(2) กลุ่มที่มีการติดเชื้อ อาจเป็นเชื้อไวรัสโดยเฉพาะเริม งูสวัด หรือหูดชนิดต่างๆ อาจเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดต่างๆ ที่ทำให้มีการอักเสบหรือเป็นตุ่มหนอง อาจเป็นการติดเชื้อรา หรือเชื้อปรสิตต่างๆ และ

(3) กลุ่มอื่นๆ เช่น เรื้อนกวาว ผื่น ตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่างๆ เป็นต้น

2. ความผิดปกติทางตา จะมีการติดเชื้อชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยคือ เชื้อไวรัสและแบคทีเรีย อาจจะมีเนื้องอกของตา หรือเกิดความผิดปกติอันเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น มีหนังตาบวม มีผื่น มีจุดเลือดออก ตาแห้ง เยื่อบุอักเสบ เป็นต้น

3. ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อ Candida ในปากซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อยอีกอย่างหนึ่งในระบบนี้ได้แก่ อาการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้ก็อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่างๆ ได้เช่นเดียวกับระบบอื่นๆ ผู้ติดเชื้ออาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บคอขณะกลืนอาหาร หรือเจ็บปาก

4. ความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นกลุ่มอาการที่พบได้เสมอ โดยเฉพาะอาการทางสมอง เช่น อาการหลงลืม ความคิดอ่านเชื่องช้า อาการไม่รู้สึกรู้ตัว หรืออาการชัก ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสในสมองซึ่งอาจเป็นเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย หรือปรสิต อาจเกิดจากเนื้องอกในสมอง หรือแม้กระทั่งมีสาเหตุมาจากสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบหรืออาการชาตามบริเวณต่างๆ

5. ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นอาการท้องเดินเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของการคายได้ อาการกลืนแล้วเจ็บมักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อราในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะในหลอดอาหาร (Esophageal Candidiasis) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้อีกอย่างหนึ่งของเอดส์ หรือการมีแผลในหลอดอาหารเนื่องมาจากการติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) นอกจากนี้ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารยังรวมไปถึงอาการของกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ เช่น อาการปวดท้อง อาการตัวเหลือง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะมีภาวะทุพโภชนาได้

6. ความผิดปกติในระบบหัวใจ ที่พบได้ก็มีการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาการหัวใจโต ลักษณะอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป อาการทางหัวใจมักเกิดร่วมกับความผิดปกติในระบบอื่นๆ ด้วย

7. ความผิดปกติของปอด มักเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่างๆ โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค นับเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยมากในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย เป็นอาการเริ่มแรกของเอดส์อย่าง

หนึ่ง การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่นๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปอดบวมหรือการติดเชื้อไวรัส ก็อาจเป็นสาเหตุของปอดอักเสบได้ นอกจากนี้ก็อาจมีการติดเชื้อราหรือโปรโตซัว ที่สำคัญมากก็คือ *Pneumocystis Carini* ซึ่งเป็นสาเหตุของ *Pneumocystis Carini Pneumonia (PCP)* ซึ่งจะมีอาการไข้ต่ำๆ เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ไอ มักไม่มีเสมหะ เหงื่อออก และน้ำหนักลด เนื่องจากการติดเชื้อปอดก็อาจพบได้เช่นกัน

8. ความผิดปกติของไต มักพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ เช่นมีความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ และความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติในการดูดซึมของทางเดินอาหาร ความผิดปกติของต่อมหมวกไต อาจมีภาวะไตวาย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการได้รับยารักษาเอดส์ที่มีพิษต่อไต การขาดเลือด หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บบริเวณเอว หรือมีอาการปัสสาวะผิดปกติ

9. ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อมักมีความผิดปกติ อันเนื่องมาจากการติดเชื้อชนิดต่างๆ ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา หรือพยาธิสภาพต่างๆ หรืออาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาเอดส์ อวัยวะที่อาจมีความผิดปกติได้แก่ ต่อมธัยรอยด์ ต่อมหมวกไต ต่อมพาราธัยรอยด์ ตับอ่อน ต่อมใต้สมองและต่อมรังไข่

10. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการอักเสบและปวดข้อเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ก็อาจมีอาการบวม ข้อติดแข็ง ซึ่งทั้งหมดนี้อาจมีสาเหตุ ที่สำคัญมาจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเข้าสู่บริเวณข้อ

11. ความผิดปกติในระบบเลือด มักพบเสมอว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการซีดและอ่อนเพลีย อันเนื่องมาจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบร่วมกับเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำด้วย นอกจากจะมีความผิดปกติที่จำนวนแล้ว ยังพบว่ามีความผิดปกติในรูปร่างและหน้าที่ด้วย จึงอาจพบอาการเลือดออกง่ายหรืออาการจ้ำเลือดตามตัวได้

12. ความผิดปกติทางโภชนาการ ปัญหาที่พบเสมอและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นๆ ตามมาในผู้ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินของโรคเอดส์ ก็คือ ภาวะทุพโภชนาการหรือการขาดสารอาหาร ผู้ติดเชื้อจะมีอาการผอมซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และง่ายต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย สาเหตุสำคัญของการขาดอาหาร คือ

- (1) รับประทานอาหารได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บ หรือมีสภาพจิตใจที่หดหู่ซึมเศร้า ท้อแท้
- (2) มีความต้องการปริมาณสารอาหารเพิ่มขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อ มีไข้ หรือมีการแบ่งตัวของเซลล์มากในผู้ที่ติดเชื้อ และ
- (3) มีความผิดปกติในการดูดซึมและเผาผลาญอาหาร

13. ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการแพ้ง่าย อาจเป็นผื่นลมพิษ หอบหืด หรือมีอาการอักเสบทางผิวหนังอย่างรุนแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการแพ้ยาที่ใช้แพ้สารแปลกปลอมต่างๆ แม้กระทั่งสารที่ไม่เคยแพ้มาก่อนก็อาจมีอาการแพ้ได้ง่าย

การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์

ในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องที่จำเป็นยิ่งสำหรับการดำรงชีวิต เนื่องจากมีปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเรื้อรังมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ประชาชนมีความรู้ที่กว้างไกลขึ้นตามกระแสความเคลื่อนไหวของยุคโลกาภิวัตน์ด้วยความรู้ทางสังคมและการเมือง ทำให้ประชาชนมีความตระหนักในสิทธิและทางเลือกของตนมากขึ้น ความไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคบางอย่างทำให้ผู้คนแสวงหารูปแบบของการดูแลรักษาที่อยู่นอกเหนือไปจากรูปแบบการแพทย์สมัยใหม่ ด้วยปัจจัยดังกล่าวนี้การดูแลตนเองจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจ และมีการศึกษาและพัฒนาความรู้กันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งก็คือเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการด้านสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเอง จะยึดถือและปฏิบัติตามความเชื่อด้านสุขภาพตามรูปแบบการแพทย์สมัยใหม่ (Medical Model) ที่เชื่อว่าสุขภาพที่ดี คือ ภาวะที่ปราศจากโรค (Diseases) และการรักษาโรคจะต้องอาศัยเทคโนโลยีและวิธีการทางแพทย์เท่านั้น (Smith. 1981) และถือว่าการกระทำที่ผิดไปจากบรรทัดฐานของวิชาชีพเป็นสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เลวิน (Levin. 1976) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลธรรมดาสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยและการรักษาโรค ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการกระทำของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ
- 2) การป้องกันโรค
- 3) การวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังและการรักษาโรคด้วยตนเอง และ
- 4) การรักษาโรคด้วยตนเอง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (Hongvivatana. 1990) ให้ข้อคิดเห็นว่า ในการกำหนดนโยบาย สาธารณสุขควรมีการทำความเข้าใจที่ชัดเจนในแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และควรให้ความสำคัญ สอดคล้องกับเศรษฐกิจและสังคมด้วย และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ว่าควรมี ลักษณะดังนี้

1) การดูแลสุขภาพตนเอง ควรมีลักษณะของการมีส่วนร่วม และที่สำคัญคือ บุคคล หรือครอบครัวต้องมีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่นักวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านข้อมูลที่เป็นประโยชน์

2) ระบบสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จะต้องประกอบด้วยบุคคลทั่วไป (ครอบครัว เพื่อนฝูง) ระบบสนับสนุนทางสังคม นักวิชาชีพด้านสุขภาพและ ผู้รักษาอื่นๆ

3) การดูแลสุขภาพตนเองควรครอบคลุมถึงการรักษาทุกรูปแบบ รวมทั้งการรักษาแบบ พื้นบ้าน หรือตามค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคม

4) การดูแลตนเองควรเกิดขึ้นในระดับครอบครัว คือ เป็นการดูแลที่บ้าน (Home – based) นักวิชาชีพในระบบบริการด้านสุขภาพต้องปรับบทบาทให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง ที่เป็นการปรับตัวที่ดี (Adaptive Self – Care) และยับยั้งการดูแลตนเองที่ไม่ใช่การปรับตัวที่ดี (Maladaptive Self – Care) พร้อมทั้งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีการริเริ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตนเอง โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องทำที่บ้านหรือในครอบครัว

ผู้คิดเชื่อโรคเอดส์หลายคนต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ซึมเศร้า รับรู้ถึงความสูญเสีย การมีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอที่จะต้องต่อสู้กับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อม และจะต้องมีกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงต้องการการระมัดระวังรักษาสุขภาพประจำวันเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและทำให้รู้สึกว่าคุณค่า (Phipps et al. 1991 : 223I) เนื่องจาก ผู้คิดเชื่อโรคเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายปี และสามารถรักษาสุขภาพตลอดจนคงความสามารถ ต่างๆ ไว้ได้โดยไม่จำเป็นต้องกลายเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นหรืออาจเป็นซ้าก็ได้ โดยลดปัจจัยที่จะ ทำให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและภูมิคุ้มกัน ตลอดจนลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

โอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 17-23 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991 : 148-155) แบ่ง กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ประเภท ตามความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – Care requisites) ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites)

2. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self Care Requisites)

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites)

กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบ่งออกเป็น 3 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.1 ร่างกายได้รับอากาศที่เพียงพอ โรคปอดเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดในผู้ป่วยเอดส์และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยจะมีการไอแห้งๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม ผู้ติดเชื้อเอดส์จึงควรดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ในที่แออัด - อับชื้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม (Phipps et al. 1991 : 2233)

1.2 ร่างกายได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์มักมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารซึ่งทำให้การดูดซึมอาหารและน้ำลดลงทำให้สูญเสียสารอาหารในร่างกาย การขาดอาหาร ขาดโปรตีน และสารพลังงาน จะทำให้การไหลเวียนของเม็ดเลือดขาวทำงานได้ไม่ดี จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง ดังนั้นผู้ติดเชื้อควร รับประทานอาหารที่มีโปรตีน แคลอรีสูง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถต้านทานการติดเชื้อและสามารถรักษาน้ำหนักให้เป็นปกติ

1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย ผู้ติดเชื้อเอดส์มักมีอุจจาระร่วงและเป็นโรคผิวหนัง ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอดส์จึงควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทุกวัน ตลอดจนฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด

1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การที่จะทำให้มีสุขภาพดีควรพยายามลดความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงการนอนหลับ ขณะที่พักผ่อนอยู่นั้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่างๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุงและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์เดิม

การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้การแลกเปลี่ยนอากาศในปอดดีขึ้น และอาจเพิ่มการต้านทานต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ปอดบวม หรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่นๆ และ

ช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น และยับยั้งการกดภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นผลกระทบของภาวะเครียดและวิตกกังวล (ทิตยทยา หอมทรัพย์. 2538 : 45 ; อ้างอิงมาจาก Lang et al. 1993 : 55)

1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธต้องเผชิญหน้ากับความรูสึกผิดหรือเป็นมลทิน ปฏิกริยาการแสดงออกของผู้อื่นต่อการรังเกียจ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดที่รุนแรง และเพิ่มความทุกข์มากขึ้น ดังนั้นควรมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีความเชื่อมั่นในตนเองและสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต โดยให้ความสนใจระมัดระวังกระทำการป้องกันอุบัติเหตุหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น การรักษาความสะอาดในช่องปาก ควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดการเกิดบาดแผลและการติดเชื้อ

2. การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

2.1 กิจกรรมตามพัฒนาการตามวัย พิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงวัยชรา ขึ้นกับการเลี้ยงดู สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สัมพันธภาพภายในครอบครัวจากความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ จำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การทำสมาธิ สวดมนต์ พักผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือวิธีอื่นๆ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลลง

2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความวิตกกังวล เศร้า ถูกแยกจากสังคม ถูกปฏิเสธจากครอบครัว คู่รัก เพื่อน และผู้ร่วมงาน ต้องเปลี่ยนการดำรงชีวิตใหม่ ภาวลักษณะของตนเองเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกดดันทางด้านจิตใจ หมดหวัง คิดอยากฆ่าตัวตาย บางรายล้มเหลวในการจะมีชีวิตต่อไป ต้องการการยอมรับและการประคับประคองจิตใจ มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป

3. การดูแลสุขภาพตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ ในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะมีการยอมรับความผิดปกติและการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ยอมรับการวินิจฉัยโรคและแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง โดยมารับการตรวจโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ได้รับคำปรึกษาการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรง ตลอดจนอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นได้ ดังนั้นผู้คิดเชื่อเอดส์ควรตระหนัก รับรู้ สนใจ ในพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับและลดพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเอง

3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค ผู้ป่วยควรยอมรับการวินิจฉัยโรค ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มักยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี ส่วนผู้คิดเชื่อที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง อาจไม่ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยอาจจะแสวงหาการรักษาตามความเชื่อของตน หรือไม่คิดที่จะดูแลตนเอง คิดว่าไม่หายต้องตายแน่นอน ท้อแท้ สิ้นหวัง

3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค ผู้คิดเชื่อเอดส์ มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น หากปฏิบัติตนไม่ดี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากยา อาจได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ดังนั้นผู้คิดเชื่อเอดส์จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา

3.5 การยอมรับภาวะสุขภาพ ต้องเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเมื่ออยู่บ้าน โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถที่มีอยู่และพัฒนาภาวะการปฏิบัติตัวเพื่อดำรงชีวิตต่อสภาพที่เกิดขึ้น

ผู้คิดเชื่อเอดส์เป็นผู้มีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation) การติดเชื้อไวรัสเอดส์มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตสังคม ผู้คิดเชื่อจะมีความต้องการการดูแลที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ด้าน กล่าวคือจะต้องปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดจากการติดเชื้อ โรคเอดส์และคัดแปลงการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่ปกติของร่างกาย ส่งเสริมพัฒนาการและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ผู้คิดเชื่อเอดส์จำเป็นต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดของโอเรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการทำกิจกรรมของผู้คิดเชื่อเอดส์ที่แสดงออกถึงความสนใจ ห่วงใยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค โดยแบ่งเป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่

จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื่อเอดส์

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ติดเชื่อเอดส์มีความคล้ายกับที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่จะมีบางประเด็นที่แตกต่างออกไปบ้าง เนื่องจากเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง และผู้คนในสังคมยังมีทัศนคติที่ไม่ค่อยดี การดำเนินชีวิตอยู่กับการติดเชื่อเอดส์ จึงค่อนข้างจะมีความยากลำบาก โดยเฉพาะการอยู่ร่วมในสังคม ปัจจัยที่มีผู้รายงานการศึกษาในผู้ติดเชื่อเอดส์มีดังนี้ (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539)

1. ทัศนคติต่อการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื่อเอดส์

ผู้ติดเชื่อที่สามารถปรับทัศนคติต่อการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื่อเอดส์ให้เป็นเชิงบวกได้ จะสามารถทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ แอลแลน (Allan. 1990) ได้รายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื่อเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศ จำนวน 11 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลและการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่า การดูแลตนเองเป็นวิธีแรก que ผู้ติดเชื่อเกือบทุกคนใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ มีการดูแลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 71 รายการ เป็นการ ดูแลทางวิชาชีพ (Professional Care) 12 รายการ เป็นการดูแลอื่นๆ นอกเหนือจากทางวิชาชีพ (Alternative Care) 8 รายการ และเป็นการดูแลตนเองถึง 51 รายการ ซึ่งมีอยู่ 5 มิติ คือ

- (1) การควบคุมอาหาร
- (2) การออกกำลังกาย
- (3) การลดภาวะเครียด
- (4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต

(5) การปรับทัศนคติให้เป็นเชิงบวก คือ คิดถึงการมีชีวิตอยู่ พยายามหาเหตุผลของการที่ต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งการที่สามารถปรับทัศนคติให้เป็นเชิงบวกได้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการกระทำการดูแลตนเองในข้ออื่นๆ ได้

2. การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536) ศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งหมายถึง ปริมาณและคุณภาพของการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อ

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอันเกิดจากการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 120 ราย เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนราชนรารุ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสำหรับโรคเอดส์โดยเฉพาะ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 20 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองนั่นก็คือ ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่ใช้แบบวัดเดียวกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างซึ่งได้รับจากคำถามปลายเปิดคือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์รับรู้ถึงความ รังเกียจที่ได้รับจากผู้คนในสังคมอยู่ด้วย สำหรับปัจจัยด้านบุคคลนั้น พบว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการศึกษา อาชีพ (รับราชการและรัฐวิสาหกิจ) รายได้สูง และเป็นโรคระยะที่มีอาการ (ระยะที่ 2) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของความพร้อมในการดูแลตนเองกับอายุ เพศ และสถานภาพสมรส

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ประสบการณ์การดูแลตนเองที่เคยใช้มาก่อน และความเชื่อในอำนาจแห่งตน

เลิฟจอย และคณะ (Lovejoy et al. 1991) ศึกษาตัวทำนายของการแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองในชายรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศที่มีการติดเชื้อ เอชไอวี จำนวน 162 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ใน San Francisco เป็นผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพ เลือกตัวอย่างโดยอาศัยความสะดวกเก็บข้อมูลขณะที่ผู้ติดเชื้อมาตรวจตามนัด 3 ครั้งห่างกัน 2 - 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง กล่าวคือภายหลังจากการรับรู้ว่าคุณมีการติดเชื้อเอดส์แล้ว ผู้ติดเชื้อจะมีการให้การดูแลตนเองมากขึ้น โดยมีพฤติกรรม 35 อย่างที่มีปรากฏอยู่ในแบบสอบถามทั้งหมด 81 อย่าง พฤติกรรมที่ใช้มากคือ การลดความเครียด การพักผ่อนเมื่อเริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้า การใช้กระบวนการทางความคิด การสำรวจอาการเจ็บป่วยของตนเอง การแจ้งให้ผู้บริการด้านสุขภาพได้ทราบถึงอาการที่เกิดขึ้นใหม่และการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยแทนการปฏิเสธ นอกจากการดูแลสุขภาพตนเองจะขึ้นอยู่กับความรู้ถึง ความรุนแรงของโรคแล้วยังพบว่าขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลตนเองที่เคยใช้มาก่อน ความรู้สึกผูกพันกับเพื่อน (Friend or Partner) และการรับรู้อำนาจภายนอกตนเอง (External Locus of Control) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ของการใช้พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ข้อสรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้คิดเชื่อที่มีการติดต่อกลัซชิดกับเพื่อนฝูงในสังคม และมีความเชื่อในอำนาจควบคุมตนเองจะมีการดูแลตนเองมาก

ในทิศทางที่ตรงข้าม วาเลนเต และคณะ (Valente et al. 1993) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 223 ราย (เป็นผู้คิดเชื่อเอดส์ จำนวน 121 ราย ผู้มีผลการตรวจเลือด สำหรับเอชไอวี เป็นลบ 45 ราย และผู้ที่ไม่ได้ตรวจเลือด แต่เชื่อว่าคนมีปัจจัยเสี่ยงสูง 57 ราย) กลับพบว่า การรับรู้ว่าคุณมีการติดเชื่อเอดส์ และมีอาการเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการดูแลตนเองไปในทางที่ไม่ได้เป็นผลดีต่อสุขภาพ (Unhealthy Self - Care) และการใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา แต่ผู้วิจัยก็เสนอถึงข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจะอยู่ในระยะต้น ของการคิดเชื่อจึงอาจจะยังไม่สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพได้ และบางส่วนเป็นผู้ที่ไม่เคยตรวจเลือด แต่สงสัยว่า จะมีการคิดเชื่อเพราะมีปัจจัยเสี่ยง จึงอาจเป็นไปได้ว่า อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังไม่มากและไม่รุนแรง อาจจะยังบ่งชี้ ถึงการดูแลตนเอง ในภาวะเจ็บป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร

4. ภาวะไม่แน่นอนในโรคและความเจ็บป่วย (Uncertainty) และภาวะหมดหนทางที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เวทซ์ (Weitz. 1989) รายงานการศึกษาเชิงคุณภาพในชายผู้คิดเชื่อเอดส์จำนวน 23 ราย โดยการติดตามสัมภาษณ์ห่างกัน 4 - 6 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปและมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกว่าหมดหนทาง ทำให้หมดกำลังใจและไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรเพื่อตนเองอีกต่อไป รู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำไปนั้นไม่มีประโยชน์หรือไม่แน่ใจว่าจะมีประโยชน์อีกต่อไป แต่กับผู้ที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากนักจะมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป

5. ระบบบริการสุขภาพ

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2536) พบว่าทัศนคติของผู้คิดเชื่อที่มีต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือสถานบริการ และต่อลักษณะของการบริการที่ได้รับจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะไปใช้บริการ นอกจากนี้การรับรู้ว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเพียงพอสำหรับ โรคเอดส์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้คิดเชื่อเอดส์มีพฤติกรรม

การดูแลตนเอง โดยการแสวงหาการรักษาในรูปแบบอื่นๆ เช่น การรักษาแบบพื้นบ้านหรือการใช้พิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองและครอบครัว

จากการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังได้มีรายงานการศึกษาที่ช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายด้าน ดังเช่น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย จำนวน 65 ราย และเลือกมานำเสนอเฉพาะรายที่ได้ข้อมูลสมบูรณ์เพียง 23 ราย เป็นการรายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งพอสรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อมีปฏิกิริยาตอบสนองและปรับตัวต่อการติดเชื้อในหลายแบบ และรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ติดเชื้อก็มีคล้ายคลึงกับที่รายงานโดย แอลเลน (Allan, 1990) กล่าวคือ

(1) การตั้งใจรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

(2) ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย โดยการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม เลิกเที่ยวโสเภณี งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เลิกเที่ยวกลางคืน เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุราและเลิกกินยาบ้า

(3) เฝ้าระวังและตรวจสอบอาการของโรคเอชไอวี เช่น การคล้ำด้อมน้ำเหลือง การตรวจดูความผิดปกติตามตัวและผิวหนัง การชั่งน้ำหนักหรือสังเกตอาการซัดผอม หรือการสังเกตอาการไอ

(4) การลดความเครียด โดยการฝึกสมาธิ การหาสิ่งที่เพลิดเพลินทำ การไม่ปล่อยเวลาให้ว่าง หรือระบายปัญหากับคนที่ไว้วางใจ

(5) การลดความรู้สึกไม่แน่นอนใจ โดยการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเอชไอวี และหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ไม่มีความรู้จริงซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น และ

(6) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เช่น การเปลี่ยนงานใหม่ การคิดถึงความคิดของคนให้มากขึ้น หาเหตุผลที่จะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป (ต้องสร้างฐานะไว้ให้ครอบครัวหรือบุคคลในความรับผิดชอบ) ทบทวนชีวิตว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และพยายามสร้างความหวังให้ตนเองอยู่เสมอ (หวังว่าจะมีการคิดค้นยารักษาเอชไอวีได้ทัน และตนจะต้องรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจนกว่าจะถึงวันนั้น)

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อบางรายที่ไม่สามารถลงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ตนก็เชื่อว่ามีประโยชน์ มีการกลับไปมีพฤติกรรมที่รับรู้ว่าจะไม่เหมาะสมอีก เช่น การเที่ยวโสเภณี โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กลับไปดื่มสุราและเที่ยวตามแหล่งอบายมุขอีก หรือเลิกปฏิบัติ ในสิ่งที่

เคยทำ (เลิกออกกำลังกาย เลิกเอาใจใส่ตนเอง) จะเห็นว่าการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์อาจจะไม่มีเสถียรภาพเพียงพอเมื่อเวลาผ่านไป

การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ถูกนำมาใช้เฉพาะการมีชีวิตอยู่ที่บ้าน เท่านั้น ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ก็มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของแร็กสเดล และคณะ (Ragsdale et al. 1992) ซึ่งได้ทำการศึกษารูปแบบของการดูแลตนเองหรือการกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เพิ่มขึ้นที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 19 ราย ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างรวมทั้งการสัมภาษณ์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้รับการศึกษาพบว่า มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยรายงานว่าจำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพคือ

- (1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วย
- (2) การแสวงหาอำนาจในการควบคุมตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลรักษา
- (3) การให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยต้องการการยอมรับว่า เป็นบุคคล ไม่ใช่ตัวเชื้อโรค ต้องการความเข้าใจ ผู้ติดเชื้อจึงมักจะสร้างความหมายของการติดเชื้อเอดส์สำหรับตนเองขึ้นมา
- (4) การรักษาชื่อเสียงตนเอง โดยการพูดคุยถึงเอดส์เสมือนหนึ่งว่าเป็นสิ่งที่อยู่ ภายนอกตนเอง
- (5) การสร้างความสุขสบายและความปลอดภัยให้ตนเอง โดยการจัดบริเวณที่พักในห้องผู้ป่วยให้มีบรรยากาศที่อบอุ่น มีการนำเอารูปภาพหรือสิ่งของมาประดับให้เหมือนบ้านของตนเอง
- (6) การจัดการกับความเจ็บปวด มีการเรียนรู้เกี่ยวกับยาระงับปวดที่ใช้ เรียนรู้และไว้วางใจว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตลอดเวลา เมื่อมีความเจ็บปวด จากความรู้นี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ขณะเข้ารับบริการได้เป็นอย่างดี

พิบูล นันทชัยพันธ์ (2537) ได้ศึกษาคิดตามเกี่ยวกับการดูแลตนเองผู้ติดเชื้อและครอบครัว เพื่ออธิบายสถานการณ์ การดูแลตนเอง ผลจากการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองพอจะสรุปได้ดังนี้

1. เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ ผู้ติดเชื้อส่วนมากมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้ออย่างถูกต้อง แต่ไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ภายหลังการติดเชื้อ ส่วนมากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการติดเชื้อแม้จะไม่มีอาการปรากฏ มักจะมองว่าเป็นเรื่องเลวร้าย น่ากลัว และน่ารังเกียจ มีความรู้สึกว่ามีหนทางที่จะต่อสู้หรือเอาชนะ โรคนี้ได้เลย

2. แหล่งประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญมากที่สุด เป็นผู้ที่ได้รับปัญหาและให้การดูแล คอยช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ เพื่อนสนิท นายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ผู้รักษาพื้นบ้าน ซึ่งชาวบ้านนิยมเรียกว่า “พ่อเลี้ยงฮิบยา” (ฮิบยา หมายถึง เก็บรวบรวมยาสมุนไพรต่างๆ) พระสงฆ์ หมอคู่ เจ้าทรง หรือผู้สูงอายุประจำหมู่บ้านที่ประกอบพิธีทางไสยศาสตร์ได้ ร้านขายยา เพื่อนบ้าน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลและองค์กรหรือโครงการต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์

3. ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากการรับรู้ของผู้ติดเชื้อและ / หรือครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ติดเชื้อเอดส์ ด้วยเหตุผลต่างๆ กัน เช่น เป็นความรับผิดชอบเพราะไปหาเรื่องใส่ตนเอง เพราะไม่อยากให้ใครรู้ว่าติดเชื้อเอดส์ และเพราะไม่มีใครช่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อส่วนมากมีความเห็นว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์สมควรต้องได้รับความช่วยเหลือ พวกเขาแทบจะไม่สามารถทำอะไรเพื่อตนเองได้เลย อนึ่ง การดูแลตนเองตามความคิดของผู้ติดเชื้อส่วนมากจะเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น ส่วนน้อยที่จะคิดถึงเรื่องของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

4. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่มีประโยชน์ ผู้ติดเชื้อส่วนมากประเมินว่าการดูแลตนเองที่ควรทำภายหลังการติดเชื้อ ได้แก่ การไปหาหมอทุกครั้งเวลาเจ็บป่วย การกินยาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ การงดอาหารแสลง เช่น เนื้อวัว ปลาชุกหรือปลาที่ไม่มีเกล็ด ไข่ (เฉพาะผู้ที่มียาบาดแผล มีตุ่มหรือผื่นคันตามผิวหนัง) อาหารหมักดอง หรือเห็ดต่างๆ เพราะเชื่อว่าเป็นเชื้อราชนิดหนึ่ง การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุราหรือเบียร์ การงดเที่ยวโสเภณี การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำบุญ การยอมรับสภาพอย่างเข้มแข็ง และการเปิดเผยตัวเองกับผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ส่วนมากจะเห็นตรงกันว่าอาการเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ ความท้อแท้สิ้นหวัง และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ กำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตตนเอง ความรักความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัวหรือคนที่ตนรัก การที่สามารถเปิดเผยเรื่องราวปัญหาของตนกับคนเหล่านั้นได้ และแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ ตลอดจนสนับสนุนภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อกับบุคลากรต่างๆ ทำดีและการแสดงออกซึ่งการยอมรับ

ของเจ้าหน้าที่จะมีผลต่อความรู้สึกมีกำลังใจหรือความรู้สึกท้อแท้ของผู้ติดเชื้อได้มาก นอกจากนี้ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของตนเอง เนื่องจากในปัจจุบันนี้แทบทุกหมู่บ้านหรือชุมชนจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งเป็นที่รู้จักกัน การเห็นตัวอย่างจากผู้ติดเชื้อด้วยกันนับว่ามีอิทธิพลมากที่สุด กล่าวคือ จะพยายามทำตามที่ผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพทั่วไปได้ปฏิบัติ แต่ก็อาจจะเลิกทำเมื่อเห็นว่าไม่เป็นผลดีกับตนเองหรือผู้ติดเชื้อรายนั้นมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตลง

6. ความพร้อมในการดูแลตนเอง แม้ว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะแสดงถึงความรู้ความเข้าใจที่ค่อนข้างถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ในสถานการณ์จริงนั้นกลับพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามที่ตนเห็นว่าสมควร มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอหรือเลิกปฏิบัติไปเลย ผู้ติดเชื้อมักจะทำให้เหตุผลว่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำเพราะถึงอย่างไรก็ต้องตายในที่สุด ทำแล้วก็ได้ไม่ได้หายจากโรคเอดส์ และที่ไม่ทำเพราะไม่มีแรงและมีอาการไม่สบายมาก

โดยอาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem.) พิภู นันทชัยพันธ์ (2537) ได้ศึกษาและสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัดในการประเมินสถานการณ์และปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น ขาดข้อมูลและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดด้านการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค จากผลข้างเคียงของยาและการรักษาที่ได้รับ หรือระยะพัฒนาการ ผู้ติดเชื้อแทบทุกคนไม่เคยไตร่ตรองหรือทบทวนเพื่อประเมินว่าตนมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเองอย่างไรบ้าง และที่ทำอยู่จริงนั้นเพียงพอหรือยัง และจะพัฒนาความสามารถของตนเองได้อย่างไร

2. ขาดความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีการดูแลตนเองที่ดีนั้นมักจะมีครอบครัวที่อบอุ่น รักใคร่ และเข้าใจกัน ผู้ติดเชื้อมักเปิดเผยเรื่องราวของการติดเชื้อเอดส์กับครอบครัว และบุคคลในครอบครัวก็มักให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างดี และยังช่วยสนับสนุนหรือให้กำลังใจให้ผู้ติดเชื้อดูแลสุขภาพของตนเองอีกด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหา หรือครอบครัวที่ขาดความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน มักจะมีความท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่ต่อสู้และแสวงหาการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคลในครอบครัวไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร จึงมีความพร้อมในการดูแลตนเองสูง

3. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ยากจน ไม่มีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม จะไม่มีแหล่งประโยชน์ที่สามารถแสวงหาได้ มักมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยไปด้วย

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีการระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วมาก และผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเมื่อติดเชื้อเอดส์แล้ว บุคคลโดยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ตามการดำเนินของโรค จำนวนความรุนแรงของโรคและอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้ยังขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพสมรส บุคลิกลักษณะ ความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผลกระทบที่เกิดมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ความสามารถในการควบคุม ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ในด้านเหล่านี้ลดลง ผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติแตกต่างกันไปตามองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม และองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้ นั้น และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ซึ่งการที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องนั้น จะต้องทำให้บุคคลได้เกิดความรู้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสมเพื่อให้หายจากโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความ เข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 241) เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดต่อสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นก็จะเป็นเครื่องกำหนดความโน้มเอียงในการกระทำต่างๆ ของบุคคลนั้น (Scheibe. 1970 : 159) จึงกล่าวได้ว่าความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach. 1970 : 214) ความเชื่อหรือความรู้สำนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่างมาแล้ว ไม่ว่าประสบการณ์นี้จะโดยตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถ

ปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุริรา อายุวัฒน์. 2527 : 1-2)

ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคล ในการอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง ในปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เนื่องมาจากความร่วมมือของประชาชนทางด้านการสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพลดลง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านนี้จึงพยายามศึกษาสาเหตุและหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในด้านการป้องกัน การสื่อค้นและการรักษาโรค (Rosenstock. 1974 : 1)

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย ส่วนบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาและเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่าง กันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 30) เช่นเดียวกับแนวคิดของ จรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 8-26) ที่ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่า สังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุผลของการเกิดโรค ทั้งนี้ระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐาน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1950 พบว่าการป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของการให้บริการทางสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จึงถูกพัฒนาขึ้นนำมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้อาศัยตัวแปรทางจิตสังคม วิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่แน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและผลที่ได้จากการกระทำของตน (Becker and Maiman. 1975 : 11) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเป็นแบบใดนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่จะทำให้สบายขึ้น
2. ความต้องการที่มีสุขภาพดี และ

3. ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ จะป้องกันความเจ็บป่วย

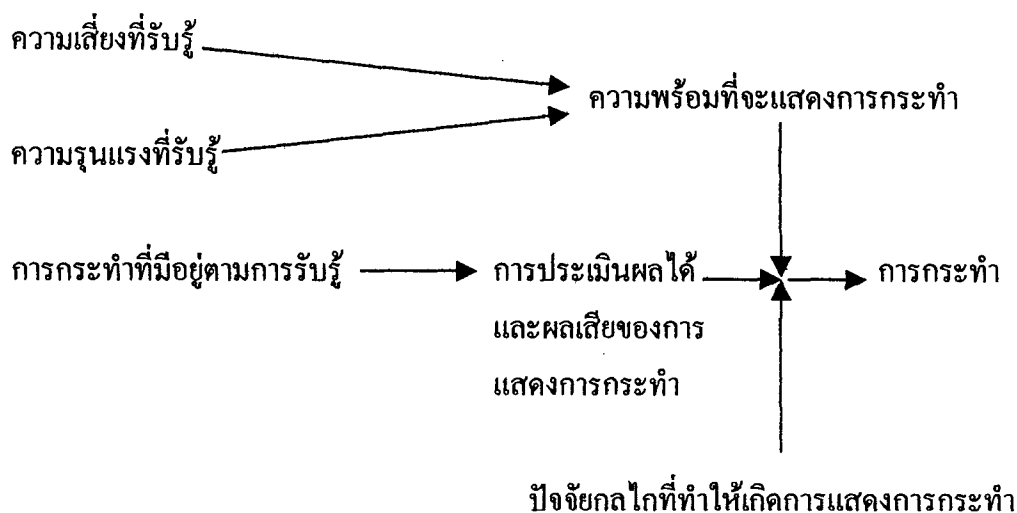
ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยเวลาและความเชื่อจะเป็นไปในทางใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ (Perception) และพัฒนาไปเป็นความเชื่อในที่สุด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ (1) Godfrey M. Hochbaum (2) S. Stephen Kegeles (3) Howard Lovental และ (4) Irwin M. Rosenstock (Rosenstock, 1974) ความสนใจเบื้องต้นของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ คือ การที่ต้องการศึกษาว่า ทำไมประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการในการป้องกันโรค เช่น การตรวจเช็คร่างกาย เพื่อค้นหาโรคก่อนที่จะปรากฏอาการ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจฟัน เป็นต้น ทั้งๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย อันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระบอบเวลานั้น (ค.ศ. 1950 - 1960) เน้นการป้องกันโรรมากกว่าการรักษา (Rosenstock, 1974 : 1-9) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคล และถูกนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมทดสอบสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนทั้งพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาเยียวยา

พื้นฐานรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานภาพของ Kurt Lewin (Lewinian Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจของ เคิร์ต เลวิน (Lewin's Motivation theory) โดยทฤษฎีกล่าวว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positively Valued) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negatively Valued) โดยที่ เลวิน มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนสู่การมีสุขภาพดีซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก

จากแนวคิดของเลวิน Rosenstock และคณะจึงได้นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในด้านการป้องกันโรค โดยที่รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายที่บุคคลต้องการและบุคคลก็จะพยายามเข้าหาการมีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งพฤติกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับการรับรู้และความคาดหวังของบุคคล (Langlie, 1977 : 244 - 256)

การที่แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกเสนอขึ้น เพื่อพยายามอธิบายพฤติกรรม ป้องกันและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขที่ยังขาดความแน่นอน (Decision Making Under Conditions of Uncertainty) แบบแผนนี้ในระยะแรกจึงได้เสนอเงื่อนไขเชิงทฤษฎีซึ่งเป็นหลักการของแบบจำลอง 2 ประการ คือ (1) เอกบุคคลจะมีภาวะทางจิตที่แสดงถึงความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (Readiness to Take Action) อันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพโดยเฉพาะนั้นและเงื่อนไขทางสุขภาพนั้นๆก็ถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสหรืออันตรายที่จะได้รับจากเงื่อนไขเฉพาะของบุคคล (Perceptions of Susceptibility or Vulnerability) นอกจากนั้นความพร้อมยังถูกกำหนดโดยการรับรู้ความรุนแรงของผลอันตามมาจากการต้องประสบกับเงื่อนไขหรือโรคนั้น (Perceptions of Severity) (2) เอกบุคคลจะทำการประเมินพฤติกรรมที่พึงกระทำ ในแง่ของความเป็นไปได้และความสัมฤทธิ์ผลของพฤติกรรมนั้น กล่าวคือเป็นการประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ แล้วให้น้ำหนักหักลบกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่บุคคลคาดการณ์ หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น (Maiman & Becker, 1974) จากหลักการทั้ง 2 นี้ ถือเป็นความพยายามที่จะหาภาวะความพร้อมในการแสดง พฤติกรรมว่ามีอยู่หรือไม่ ในขณะที่ต้องการให้มีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ความพร้อมในการแสดงการกระทำในแบบแผนนี้จึงเป็นเพียงความพร้อมที่เกิดจากการประเมินการรับรู้ มิใช่ความพร้อมที่เป็นจริง (Reality) อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้มีได้พิจารณาว่า เอกบุคคลจำเป็นต้องมีความตระหนักรู้ในความเชื่อของตนในลักษณะที่รู้ตัวและเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ผู้พัฒนาทฤษฎีเชื่อว่าความพร้อม (Readiness) มีทั้งองค์ประกอบในเชิงปัญญา และองค์ประกอบในเชิงอารมณ์ (Cognitive and Emotional Elements) (มัลลิกา มัติโก. 2534 : 75 ; citing Rosenstock, 1969) ความสัมพันธ์ของ ตัวแปรต่างๆ แสดงได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ

แหล่งข้อมูล : Dingwell. 1976 : 3

พอสรุปได้ว่า องค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อของ Rosenstock จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

- (1) เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- (2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
- (3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรง โดยที่การกระทำนั้นจะต้องไม่มีอุปสรรคซึ่ง ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความอาย หรือค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป (Rosenstock. 1974)

โรเซนสตอก จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นเพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับตัวแปรที่สำคัญต่างๆ ของแบบแผน ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพสามารถที่จะอธิบายได้ตามแนวคิดที่นำเสนอของ โรเซนสตอก (Rosenstock. 1974) ดังนี้

ความเลียงที่รับรู้ (Perceived Susceptibility)

เอกบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองจะมีโอกาสที่จะเจ็บป่วย หรือ ติดโรคเฉพาะหนึ่งๆ โดยที่ชั่วหนึ่งอาจเป็นว่าบุคคลจะเพิกเฉย ไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใดๆ ที่จะ ติดต่อโรคนั้น ขณะที่ระดับของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับคนบางคนก็อาจมีบ้าง แต่ตนเองก็มักไม่ ยากเชื่อว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่างๆ กันจนไปถึงอีกชั่วหนึ่ง บุคคลอาจจะรับรู้ว่ามีโอกาสสูงมากที่จะติดต่อหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น กล่าวโดยสรุป ปัจจัยตัวนี้เป็นความเป็นไปได้หรือโอกาสที่จะติดโรคหรือประสพภาวะคุกคามต่อสุขภาพ

ความรุนแรงที่รับรู้ (Perceived Seriousness)

เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้นๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมิน เช่นกันว่าโรคหรือเงื่อนไขที่คุกคามต่อสุขภาพนั้นๆ มีความรุนแรงในระดับใด ความรุนแรงที่ รับรู้นี้อาจประเมินขึ้นโดยอาศัยระดับต่างๆ กันของการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลคิดเกี่ยวกับโรคนั้น และโดยอาศัยชนิดต่างๆ กันของความยุ่งยาก (Kinds of Difficulties) ซึ่งแต่ละบุคคลเชื่อว่าจะเกิดจากเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น

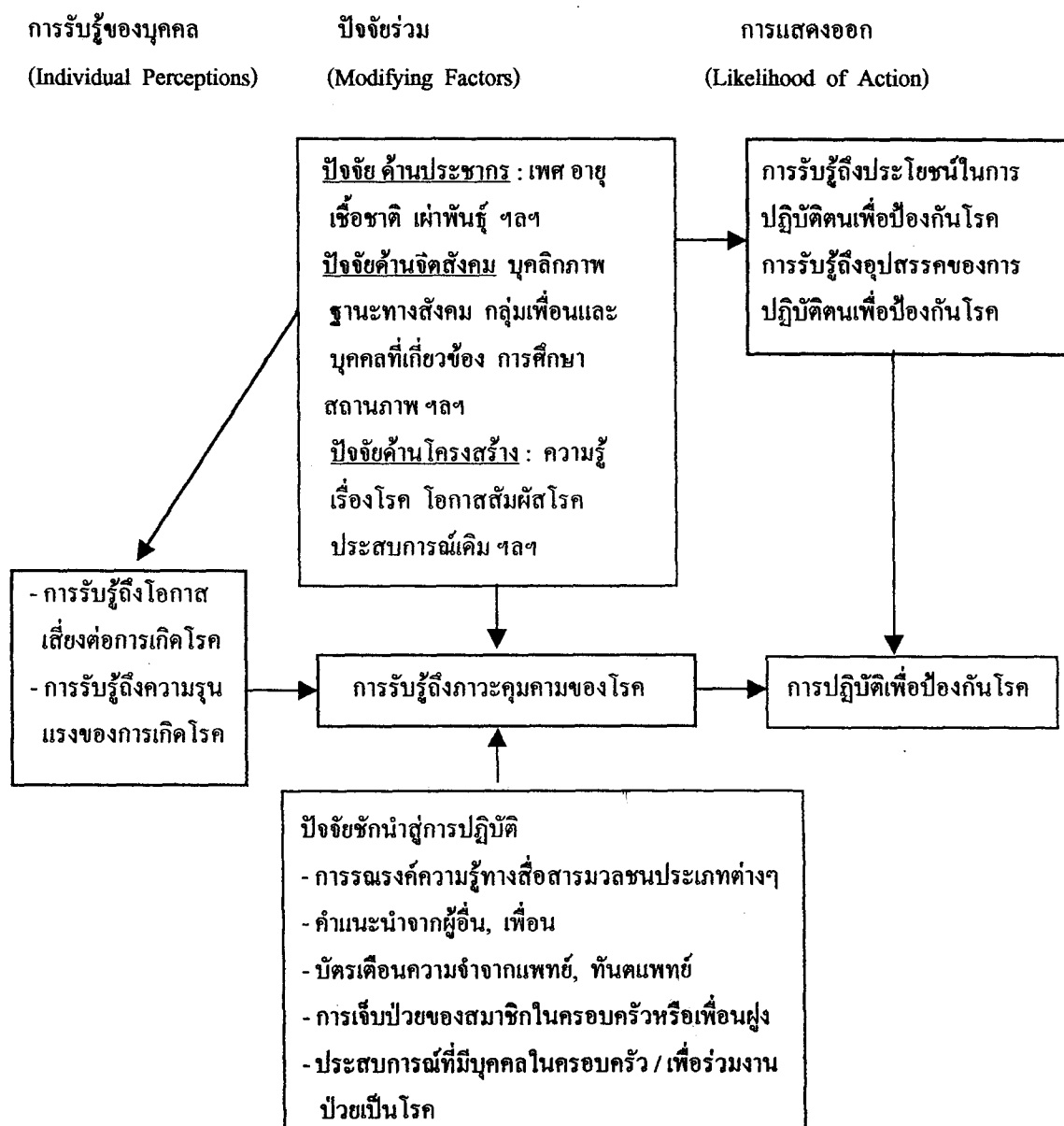
ผลได้ – ผลเสียที่รับรู้ในการแสดงการกระทำ

(Perceived Benefits of Taking Action and Barriers to Taking Action)

จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัว ผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้น ทิศทางของการกระทำที่เกิดขึ้น จะได้รับอิทธิพลจาก ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการเลือกการกระทำ ที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคาม ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นพฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดขึ้น โดยความเชื่อว่าทางเลือกเพื่อแสดงการ กระทำต่างๆ เหล่านั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยงความรุนแรงของการ เจ็บป่วย

อย่างไรก็ตามหากบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นจะมีประสิทธิผล เพราะนำไปสู่การลดภาวะ ที่ถูกคุกคามจากโรค ในขณะเดียวกันบุคคลยังอาจจะพิจารณาด้วยว่า การกระทำตามทาง เลือกนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สะดวก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกายไม่สบายใจ ปัจจัย ทางลบเหล่านี้เรียกว่า อุปสรรค (Barriers) ต่อการแสดงการกระทำซึ่งเป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยง ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์ แต่ถ้าการรับรู้ประโยชน์และความพร้อมในการแสดง พฤติกรรมสูง โดยที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย บุคคลก็น่าจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกนั้น

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1974) ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะต่อมา ได้กล่าวว่าทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวความคิดของ Lewin จะมุ่งไปสู่องค์ประกอบรวม และยังเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เกิดขึ้นกับทั้งตัวบุคคล (Whole Organism) และการเปลี่ยนแปลงนี้จะมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของบุคคล ด้วย เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1974 : 9-25) ได้ปรับปรุงแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่ออธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลที่นำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตนเอง โดยเน้นที่แรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค และปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านพฤติกรรมสังคมที่จะชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) การเสนอแนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ให้ดีขึ้น และยังช่วยให้เกิดความเข้าใจว่า ความเชื่อและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นจะไม่เพียงพอที่จะอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องแม่นยำสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะหลังนี้ อาจเสนอเป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ดังภาพประกอบ 4 ดังนี้



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของเบคเกอร์

และไมแมน(Becker and Maiman)

แหล่งที่มา : Marshall H. Becker. 1974 : 7

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้น จะต้องมียอดประกอบต่อไปนี้ คือ (Maiman and Becker. 1974 : 21 - 22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกกึ่งคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่า เกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ภายหลังจากที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพตามแนวคิดของเลวิน ได้ถูกนำเสนอและใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยอีกหลายแห่งเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกการกระทำ (Maiman and Becker. 1974 : 9-25) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมโดย 2 ตัวแปรใหญ่ๆ คือ

1. ค่านิยมของบุคคลที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ และ

2. การคาดคะเนของบุคคลคือผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman and Becker. 1974 : 25)

ซึ่งต่อมาเบคเกอร์และไมแมน ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคม มาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจ ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (ความเจ็บป่วย) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสดังกล่าว แต่แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสดังกล่าวได้ ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคนี้อาจแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรสดังกล่าว เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 14) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วย จะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสดังกล่าวเป็นโรครุนแรงได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรที่สูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดี จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะดี และภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลบางคนมีการรับรู้เนื่องจากมีความเชื่อในระดับปานกลาง มีความเชื่อในระดับสูง จึงทำให้หลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงวัดจากความเชื่อทั้ง 3 ทางคือ

1.1 ความเชื่อที่มีผลต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค ข้อสรุปของแพทย์ ซึ่งทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆหรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะตัดสินโดยความรู้สึก หรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ ว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง เช่น มีผลกระทบต่อชีวิต หรือร่างกายและจิตใจหรือก่อให้เกิดความพิการอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ยังรวมถึงผลกระทบทางด้านหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม การรับรู้ดังกล่าวนี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นในรูปแบบ

การยับยั้ง หรือส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว อาทิ เช่น คนที่เป็นโรควัณโรคปอด จะมีความรู้สึกลัวโรคนี้ไม่รุนแรง ไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่จะมีผลกระทบต่อน้ำที่ทำงาน และความสัมพันธ์ในครอบครัว จึงเป็นการกระตุ้นให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาของแพทย์ (Rosenstock. 1974) เพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 35-38) กล่าวว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสุขภาพของตนมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง โดยประเมินจากอาการแสดงหรือการคุกคามของโรคและผลกระทบที่มีต่อครอบครัว อาชีพ และสังคม ซึ่งระดับการคุกคามของโรคจะเริ่มตั้งแต่ความไม่สบายเพียงเล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงขั้นพิการหรือความตาย

แต่อย่างไรก็ตามในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สูง ซึ่งจะเป็นการยับยั้งพฤติกรรมมิให้เกิดขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการยอมรับการตรวจค้นโรคในระยะแรก การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือการกลับมาตรวจซ้ำ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

(Perceived Benefits and Cost)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี มีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier)

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 3) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมากยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึกรู้หาของบุคคลที่ถูกเร้าโดยสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอก ให้เกิดการแสดงออก สิ่งที่มากระตุ้นทั้งจาก ภายในและภายนอกนี้คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งทีเสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 11) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วยซึ่งจะมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอกเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นหรือผลของสื่อต่างๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ในการวัดหรือศึกษาสิ่งชักนำเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) เนื่องจากเป็น สิ่งทีสืบได้โดยง่ายและผู้ที่เคยได้รับสิ่งชักนำแล้วมีการปฏิบัติกับผู้ที่เคยได้รับแล้วไม่ได้ปฏิบัติก็มีความจำในเรื่งนั้นๆ ต่างกัน ดังนั้นแรงจูงใจจึง หมายถึง ความรู้สึกรู้หาของบุคคลที่ถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์เจ็บป่วย ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ โดยแรงจูงใจนี้จะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Becker and Maiman. 1975 : 17-18)

แรงจูงใจนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อการรับรู้เป็นไปในทางบวกจะเป็นผลให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (Haefer and Kirscht. 1970 : 483) แต่ถ้าบุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติถึงแม้จะมีการรับรู้เท่าใดก็อาจทำให้เกิดความท้อแท้ และหมดกำลังใจได้ แรงจูงใจด้านสุขภาพนี้จึงวัดได้จากความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความสนใจ ความเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมี พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม จากที่กล่าวมาแล้วว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง เกี่ยวกับโรคเป็นพลังที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเลือกทางปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามถ้าจะให้พฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างชัดเจนแน่นอน ก็จำเป็นต้องใช้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเป็นตัวกระตุ้นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น การ รับรู้สภาวะพื้นฐานของตนเอง คือการที่บุคคลทราบว่าตนเองมีความไวต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เป็นต้น

ในกรณีที่บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง) ในระดับสูง สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติไม่จำเป็นเท่าใดนัก แต่ถ้าความพร้อมมีไม่มาก สิ่ง

ชักนำให้มีการปฏิบัติก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้พฤติกรรมเกิดขึ้น แต่สำหรับสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัตินี้ไม่ค่อยได้มีผู้ทำการศึกษามากนัก เนื่องจากการยากที่จะวัดหรือประเมินอิทธิพลของปัจจัยชักนำ โดยเฉพาะถ้าเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) เป็นการยากเนื่องจากบุคคลมักจะลืมเหตุการณ์ที่ที่เป็นอดีตไปแล้ว

6. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Modifying Factors)

เบคเกอร์และคณะ (Pender. 1991 : 43-51; citing Becker et al. 1977) พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งสิ้นทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย

6.1 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะต่างๆ กัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันโรคได้มากขึ้น

6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio – Psychological Variables) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด ซึ่งเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 19) อ้างถึงการศึกษาของ แลมเบิร์ต (Lambert) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นการรวมระหว่างลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และจะแสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นในชุมชน จะมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม (norm) ค่านิยมทางวัฒนธรรม และจะเป็นพื้นฐานทำให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural Variables) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค มอร์ (อรัญญิ รวยอาจิณ. 2531:30; อ้างอิงมาจาก Mocre. 1969) กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลว่า จะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทางปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และทัศนคติ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึงสถานภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งวัดได้จากคุณลักษณะทางการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ด้วยสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) และแบบแผนพฤติกรรม (Behavioral Patterns) และจะมีผลกระทบต่อการ

แสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้วิจัยมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยเชิงสาเหตุของการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมและไม่ปฏิบัติพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้โดยนำปัจจัยบางประการที่มีความซ้ำซ้อนกันออกดังเช่นปัจจัยด้านโครงสร้าง การวัดจะวัดได้จากคุณลักษณะทางสังคมในด้านการศึกษา อาชีพ ซึ่งจะไปด้วยกับปัจจัยร่วมด้านประชากร และ แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การวัดจะวัดได้จากความตั้งใจในการปฏิบัติซึ่งจะไปสอดคล้องกับการปฏิบัติคือ พฤติกรรม ดังนั้นในงานวิจัยนี้ การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีปัจจัย 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มาเป็นกรอบในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับปัจจัยร่วมด้านประชากร และปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของการเจ็บป่วย ทั้งการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศ มีดังนี้

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

- ฮาร์ฟเนอร์ และเคิร์ช (Hafner and Kirscht. 1970 : 478 – 483) ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการศึกษแบบทดลองโดยศึกษาเพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกรู้สึก ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และวัณโรค โดยทำการศึกษาเก็บข้อมูลจากพนักงานของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจำนวน 166 ราย ทำการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ได้ชมภาพยนตร์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และวัณโรค แต่แตกต่างกันในด้านเนื้อหาของภาพยนตร์ และอีกกลุ่มหนึ่งจะเป็นกลุ่มทดลองที่จะไม่ได้ชมภาพยนตร์ 1 อาทิตย์ก่อนชมภาพยนตร์ จะให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและประวัติดูแลสุขภาพ

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพในอดีต แล้วทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่ปฏิบัติตนตามคำแนะนำอีกครั้งทันทีหลังชมภาพยนตร์ โดยที่กลุ่มควบคุมจะร่วมตอบแบบสอบถามนี้ด้วย หลังจากนั้น 8 เดือน จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพอีกครั้ง สำหรับการปฏิบัติตามคำแนะนำนี้จะวัดจากการตรวจร่างกาย (Medical Check Up) การฉายเอ็กซเรย์ และการไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการของโรค รวมถึงการปฏิบัติตนด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและการไม่สูบบุหรี่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ χ^2 -test และใช้สถิติพรรณนาคือ Mean เพื่อใช้อธิบายคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ โรคหัวใจและวัณโรค ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรคสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ โรคหัวใจและโรคมะเร็ง

แต่เมื่อนำการรับรู้ทั้ง 4 ด้านมารวมเป็นความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเพื่อทำนายการปฏิบัติตนจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจ โดยการตรวจร่างกาย (Medical Check Up) มากกว่าโรคมะเร็ง

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่วัณโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- เบคเกอร์ และโรเซนสต็อก (Becker and Rosenstock. 1977 : 268-277) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลให้บุตรรับประทานยาโรคหอบหืด ในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดที่รักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลฮอบกินส์ จำนวน 111 ราย โดยวัดการปฏิบัติจากการรายงานด้วยตนเองกับการตรวจเลือด ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการรับประทานยา การรับรู้ผลเสียของการรับประทานยา ต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติทั้งการรายงานด้วยตนเองและการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสของมารดามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al. 1977 : 348-366) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตามโปรแกรมลดความอ้วนในมารดาที่พาบุตรมารับการตรวจที่คลินิกเด็กจำนวน 182

ราย โดยผลของการปฏิบัตินั้นจะวัดจากน้ำหนักที่ลดลง และการมาตามนัดหมายของคลินิก ทุกครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Correlations ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของโปรแกรมลดความอ้วน การรับรู้อุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมลดความอ้วน และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนและแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัดหมายของคลินิกทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุของบุตรและสถานภาพสมรสของมารามีความสัมพันธ์กับ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

- รัดดอล และวีลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1979 : 191-200) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันไข้หวัดใหญ่ (Swine Flu Vaccination) ศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่าง 232 ราย ในเขตทอมกินส์ รัฐนิวยอร์ก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ในสถิติวิเคราะห์ Linear Regression Probit Analysis และ Discriminant Analysis ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ผลเสียของการได้รับภูมิคุ้มกันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคของภูมิคุ้มกัน และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านประชากร คือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกันเช่นกัน

— เดิร์ท และโรเซนสตอก (Kirscht and Rosenstock. 1977 : 115-124) ทำการศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 ราย โดยทำการประเมินการยินยอมรับการรักษา 3 ด้าน คือบันทึกการรับประทานยาของตนเอง (Self Reported Medication) บันทึกการรับประทานอาหารของตนเอง (Self Reported Diet) และบันทึกการมารับยา (Pharmacy Record) ปัจจัยที่ทำการศึกษา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับบันทึกผู้ป่วยและรายงานของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ χ^2 -test และใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการบันทึกการรับประทานยาของตนเอง แต่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับการบันทึกการมารับยาและบันทึกการรับประทานอาหาร

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการบันทึกการรับประทานยาของตนเอง แต่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับการบันทึกการมารับยาและบันทึกการรับประทานอาหาร

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการบันทึกการรับประทานยา แต่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับการบันทึกการมารับยาและบันทึกการรับประทานอาหาร

อายุ มีความสัมพันธ์กับการบันทึก การรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบันทึก การรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รายได้ มีความสัมพันธ์กับการบันทึก การรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

- คัมมิง และคณะ (Cumming et al. 1979 : 639-649) ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนมารับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Swine Flu Inoculation) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 ราย ในรัฐมิชิแกน ปัจจัยที่ทำการศึกษา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Regression และ Path Analysis ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการมารับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังพบว่าปัจจัยด้านประชากร คือ ระดับการศึกษาและรายได้ต่างมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการศึกษาสรุปว่าความตั้งใจในการปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับวัคซีนและความตั้งใจในการปฏิบัติจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และเป็นตัวกลางที่จะผ่านไปยังพฤติกรรมมารับวัคซีน

- จานิค ซี ฮาลอล (Hallal. 1982 : 137-142) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจและอศมโนทัศน์เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงที่อายุ 18 ปีขึ้น

ไป จำนวน 207 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของ Stillman ปี ค.ศ. 1977 ปัจจัยที่ทำการศึกษาคือการศึกษาเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Point Biserial Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ($p < 0.01$) กลุ่มที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวทำนายการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยใช้ทำนายร่วมกับความเชื่ออำนาจและอัตโนทัศน์ โดยสามารถใช้อธิบายความแปรปรวนของการตรวจเต้านมได้ร้อยละ 0.16

- คาลแมน และมอส (Calman and Moss. 1984 : 198-210) ศึกษาสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าเรียน (Attend Class) และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่สุ่มตัวอย่างจากประชากรเพศหญิงในเมืองๆ หนึ่งในประเทศอังกฤษที่มีอายุ 45-64 ปี จำนวน 825 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ χ^2 - test, Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่า

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าเรียนเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าเรียน (Attend Class) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเป็นตัวทำนายการเข้าเรียนดีที่สุด

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เป็นตัวทำนายการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองดีที่สุด

- คีเกลส์ และคณะ (Kegeles et al. 1965 : 123) ได้ทำการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จากการสัมภาษณ์สตรีจำนวน 836 คน พบว่ากลุ่มที่มี

ความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหาหะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 21-34 ปี อายุ 45-54 ปี และ 55-64 ปี มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจหะเร็งปากมดลูก และยังพบว่ากลุ่มสตรีที่มีรายได้สูงและแต่งงานแล้ว มีการศึกษาดี จะมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจหะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมารับการตรวจหะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้วย

- วิสเฟลด์, เคริท์และบล็อต (Weissfeld, Kirscht and Brock. 1990 : 141-155) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร – สังคม กับความเชื่อด้านสุขภาพและความห่วงใยต่อสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ชาย – หญิงในเมืองมิชิแกน ที่เคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากผู้วิจัยในปี ค.ศ. 1983 จำนวน 2,360 ราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม พบว่า เพศหญิงชาวผิวดำที่มีอายุน้อยและผู้ที่มิใช่ฐานะเศรษฐกิจต่ำมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและจะมีความห่วงใยต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- เลวิตต์ (Leavitt. 1979 : 105-112) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่าตัวแปรที่ทำนายการมาใช้บริการมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมาใช้บริการเพื่อป้องกันโรคสูง

- แลงกลี (Langlie. 1977 : 244-265) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายของสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างของสังคมเมืองจำนวน 383 คน โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยโดยตรง ได้แก่ การขับรถ การเดินเท้า การสูบบุหรี่ และสุขวิทยาส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงทางอ้อม ได้แก่ การใช้เข็มฉีดยา การออกกำลังกาย โภชนาการ การรับประทานยา การตรวจสุขภาพฟัน การรับภูมิคุ้มกันโรค ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคกับการมีพฤติกรรมป้องกันทางสุขภาพ ทั้งปัจจัยทางตรงและทางอ้อม แต่การรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของการป้องกันสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์ และพบว่าการมีอายุน้อย เพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญ

- เวินเบอร์เกอร์และคณะ (Weinberger. et al. 1981 : 1253-1255) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยศึกษาประวัติการสูบบุหรี่

แล้ว แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ผู้ที่สูบ 1-10 มวน/วัน และผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่พบความสัมพันธ์ด้านการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

- สติลแมน (Stillman. 1977 : 121-127) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 122 คน พบว่าสตรีร้อยละ 97 มีคะแนนสูงเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการลดภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 40 มีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ แต่ร้อยละ 20 มีความเชื่อแต่ไม่ปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อต่างๆด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมได้แน่นอน เพราะอาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะรับผิดชอบหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

การศึกษาวิจัยในประเทศ

- พวงพยอม การภิญโญ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาเป็นระยะๆ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและวชิรพยาบาล จำนวน 126 ราย ความร่วมมือในการรักษาวัดได้จากการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนัก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับ การใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วจึงใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา มาประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ t -test, χ^2 -test ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เพียงอย่างเดียว ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาการเป็นโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

- สมทรง สุภศิลป์ (2526) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคอุจจาระร่วงมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน

- วัลภา ผิวทน (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียน มารับภูมิคุ้มกันโรคมกกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำ

- สุภาพ ใบแก้ว (2528) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแรงจูงใจด้านพฤติกรรมการรักษาแตกต่างกัน และระดับการศึกษาเป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรมที่แตกต่างกันในด้านการดูแลสุขภาพของบุคคล

- นิตยา โชตินอก (2528) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2 - 5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่มมาเป็นกรอบแนวคิด ในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อใช้ในการวิจัย ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การบรรยายประกอบสื่อภาพพลิก การประชุมกลุ่มย่อย และการกระตุ้นเตือนโดยแม่บ้านอาสาสมัคร เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในมารดากลุ่มทดลอง จำนวน 53 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 2 - 5 ปี สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- นิตยา เพ็ญศิริินภา (2529) ได้ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยหูน้ำหนวกเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- นิตยา ภาณุพันธ์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคต่อการรักษา และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ร่วมมือในการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

- อนงค์ พานิชปฐมพงศ์ (2529) ได้ทำการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลของการศึกษานี้ จึงควรให้ความรู้และการศึกษาทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ และมีเจตคติที่ดีหรือมีความเชื่อที่ถูกต้องและมีโน้มน้าว นำไปปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

- อังคณา จิราจินต์ (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงโดยศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติและ โรงพยาบาลเด็กจำนวน 300 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบวัดความเชื่อ ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนตัว และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ วัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างเอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ANOVA, Pearson's Product Moment Correlation ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และ แรงจูงใจด้านสุขภาพต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของ ครอบครัว และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ด้านสุขภาพโดยรวม (การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และแรง จูงใจด้านสุขภาพ) คือ ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันและระดับการศึกษามีอิทธิพล ต่อความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

โรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ) คือ ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน

- พนมศรี เสาร์สาร (2531) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการตรวจที่หน่วยกามโรค จำนวน 380 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ระดับข่าวสารและ โอกาสที่จะได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคเอดส์

- สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นโรคแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลภูมิพล จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนตัวและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's Product Moment Correlation และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แทรกซ้อนและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.01$) แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาสรุปว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายการดูแลตนเองในสมการถดถอยได้เพียงปัจจัยเดียวโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.39 สำหรับปัจจัยร่วมคือ ระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลทรงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

- กรแก้ว กอวัฒนา (2531) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาทำการตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ กองวัณโรค จำนวน 200 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษา ได้แก่ อายุ ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคปอด การรับรู้ความร้ายแรงของโรควัณโรคปอด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการกระทำ บทบาทบุคคลสำคัญ ในการประเมินอาการ แรงสนับสนุนทางสังคมและบทบาทสื่อมวลชน ปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอ การรักษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และบทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษา

- สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ 28 - 40 สัปดาห์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนตัวและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's Product Moment Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.01$) อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาสรุปได้ว่า อุปสรรคในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเอง ร้อยละ 45.45

- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค

เอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานครกลุ่มตัวอย่าง 292 ราย เป็นหญิงอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 รายและผู้ติดยาเสพติด 151 ราย พบว่า การรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

- อรพรรณ ประสาทสุวรรณ (2531) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้คำแนะนำ กลุ่มทดลองมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- อุสมพร ปุรินทรภิบาล (2532) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ต่อการรับ บริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิดรูปแบบ ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และ ดวงสมร ผลผดุง (2532) ได้ศึกษาความพึงพอใจ ของผู้มา รับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการด้านการ รักษาพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่ำ ในด้านความสะดวกได้แก่ความพร้อมในการให้บริการ การ จัดระบบให้บริการของโรงพยาบาล มนุษย์สัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล การพูดจาของเจ้าหน้าที่ความสนใจเอาใจใส่จากแพทย์ อุปกรณ์การรักษา ได้แก่ ความ พร้อมของอุปกรณ์ในการให้การรักษายาพยาบาลทันทั่วทั้งที่ ประสิทธิภาพของ การใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ การประสานงาน ได้แก่ ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการประสานงาน เพื่อรักษา พยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน คุณภาพของบริการ ได้แก่ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยา และประสิทธิภาพของอุปกรณ์การรักษาที่มีอยู่ การให้ ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการให้คำแนะนำหรืออธิบายแก่ผู้ป่วย การแนะนำวิธี การปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วยโดยแพทย์ การให้คำแนะนำหรืออธิบายปัญหาต่างๆ จากพยาบาล และผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้งเมื่อเกิดความสงสัย

- วัฒนา วุฒวรรณ (2532) ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยาง อนามัยเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี จำนวน 300 ราย ปัจจัยที่ทำการศึกษาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างเองเพียงอย่างเดียว แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อมูล

คุณลักษณะส่วนตัวความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม χ^2 -test, Partial Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ผลดีผลเสียของการใช้ถุงยางอนามัยและระดับการศึกษามีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อายุ สถานภาพ การสมรส ไม่มีผลทำให้พฤติกรรมการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยแตกต่างกัน แต่ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีผลทำให้พฤติกรรมการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ใช้ถุงยางอนามัยที่สุด โดยใช้ Coefficient Correlation Discriminant คือ ระดับการศึกษา ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อการไม่ใช้ถุงยางอนามัยได้ดี คือ ระดับการศึกษา การรับรู้ผลดีผลเสียของการใช้ถุงยางอนามัย และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน

- สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 150 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นกามโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค และ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค และยังพบว่าระยะเวลาในการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ ส่วนในเรื่องของอายุ ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค

- ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างการตั้งครรภ์และอยู่ที่หน่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี และโรงพยาบาลจุฬาฯ จำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสอบถามโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนตัวและกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's Product Moment Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพต่างมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

- โสพรรณ โพทะยะ (2532) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

- กิตยา เตชะไพโรจน์ (2533) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์และคณะ (1974) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับจังหวัด 9 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 272 คน โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะคิดต่อการรักษา พยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ และสิ่งเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน การระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับต่ำ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละ ปัจจัย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.226$, $p < 0.01$ และ $r = 0.134$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ และประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคติดต่อและปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติฯ ส่วนปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ ทำนายความแปรปรวนของการ ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ได้ร้อยละ 5.09 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 6.95 เมื่อเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- เอี่ยมพร กาญจนรังสัชย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรฮินทาง เต้นเลื้อด ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระและ โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสอบถาม

โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนตัว และพฤติกรรมอนามัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชักนำ ที่ผู้วิจัยสร้างเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ $t - test$, ANOVA, Pearson's Product Moment Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและปัจจัยชักนำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยที่ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 55.12 ส่วนปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะทำให้ พฤติกรรมอนามัยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อหาสหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 3 กับพฤติกรรมอนามัยพบว่า ทั้งอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมอนามัย

- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 คน พบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเอง และพบว่าความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

- เบลญจพร แก้วมีศรี (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 389 คน จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ เพศ อายุ ขนาดครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- สุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี ในคู่สมรสของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ที่มารับบริการที่

โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยวัคซีนไวรัสสปี และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคด้วยวัคซีนไวรัสสปีในกลุ่มสมรส คือ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย โดยมีอำนาจทำนายร้อยละ 22.28

- ประยงค์ สัจพงษ์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขต อ.ดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนตัวและกลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Maiman และ Becker การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ Coefficient of Linear Correlation และ Stepwise Multiple Regression ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และแรง จูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยทางด้านประชากร คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เพียงปัจจัยเดียว และผลการวิจัยสรุปว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองคือความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 21.94

- นิตยา เ็นน้ำ (2535) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ และการทำนายการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ พบว่าแรงจูงใจด้าน

สุขภาพ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้

- บุษกร สุรรังสรรค์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร จำนวน 320 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ ระดับการศึกษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำภายนอกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ส่วนปัจจัยที่ร่วมทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ สิ่งชักนำภายนอกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำภายในและระดับการศึกษา ซึ่งมีอำนาจในการทำนายได้ ร้อยละ 30.37

- รุ่งศรี ศศิธร (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของพนักงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพนักงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้าง เขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า พนักงานก่อสร้างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลางและความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- นกัศวรณ อินประสิทธิ์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของพนักงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พนักงานโรงไม้หินจำนวน 210 คน พบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิส

- รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและการรับรู้ทั้งสามด้าน (โอกาสเสี่ยง / ความรุนแรง / ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติ) อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ รายได้ การรับรู้ถึงประโยชน์

- อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นพบว่า รายได้ ค่านิยมทางสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระดับการศึกษา อายุ สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 34.18

- จารุณี สุดดี (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี จากหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการต่างๆ จำนวน 288 ราย ผลการทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยร่วมทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์สำหรับอายุ ระยะเวลาการประกอบอาชีพ สถานที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

- สนิท พึ่งสาย (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกไม่มีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

- สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก และความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และจำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

- เขาวรัตน์ สุภกรรม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกัน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า นักเรียนทั้งหมดมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบและความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติในระดับมาก และไม่มีการรับรู้เลยในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

- จิราพร ถนอมกล่อม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉิน และอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับการบริการความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ เป็นตัวทำนายที่มีผลต่อตัวเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้

- เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาปฏิบัติกับลักษณะทางชีวสังคม

เพศ ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ เพศหญิง และเพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534 : 33) มีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 70) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ คิดเชื่อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้คิดเชื่อโรคเอดส์เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าเพศชาย กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ถึงแม้จะมีการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันบ้าง เพศก็ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของ ประสพสุข อินทรักษา (2534) และ วรณระวี อังนิจ (2534) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) ในผู้สูงอายุ พบว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศหญิง

จากการศึกษางานวิจัย จะเห็นได้ว่าเพศเป็นลักษณะหนึ่งของบุคคลที่จะกำหนด บทบาททางสังคม ในการปฏิบัติและแสดงพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้คิดเชื่อโรคเอดส์เพศหญิงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

เสมอจันทร์ อดะเทพ (2535 : 84) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าหญิงบริการที่มีอายุมากขึ้นสามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 62) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และจากการศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ

(Porter et al. 1993 : 20) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ช่วงอายุ 25 - 47 ปี จะมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ช่วงอายุ 15 - 24 ปี และ 50 ปีขึ้นไป

จากการศึกษางานวิจัย จะเห็นได้ว่าอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอายุสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอายุน้อย

อาชีพ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

การศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 89) พบว่า กลุ่มอาชีพที่ต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของวัฒนา วุฒิวรรณ (2532 : ก) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันกามโรคและ โรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีอาชีพแตกต่างกัน และการศึกษาของ จารวรรณ ชัดสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ณ สถานตรวจโรค ปอดกรุงเทพฯ พบว่าลักษณะอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการศึกษาของ ประสพ ยุทธเมธางกูร (2530 : 50) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ปกครอง ในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ปกครองที่มีอาชีพต่างกันมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกรสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2532 : 99) พบว่าสตรีที่มีอาชีพต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้มารับบริการที่อาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ที่มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และลูกจ้าง เอกชนหรือส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของสนิท พึ่งสาย (2539 : 129) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษางานวิจัย พบว่าอาชีพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

รายได้ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เขาวดี สุวรรณาคะ (2532 : 70) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย การศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 105) พบว่าผู้ที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกลา (2532 : 90) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหนะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามารดาหลังคลอดที่เป็นพาหนะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 63) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง และการศึกษาของ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 63) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์และจากการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี รายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ข) พบว่า รายได้ ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการศึกษางานวิจัย จะเห็นได้ว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีรายได้น้อยกว่า

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

วัลภา ผิวทน (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิม (2531) ได้ทำการศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมและตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการควบคุมมาลาเรียในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 100) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกันพบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 69) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 100) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ส่วนการศึกษาของ สนิท พึ่งสาย (2539 : 128) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ผู้เรียนระดับสูง จะมีการปฏิบัติตนดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

จากการศึกษางานวิจัย จะเห็นได้ว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้คิดเชื่อเฮดส์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื่อเฮดส์ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

สถานภาพสมรส ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

จากการศึกษาของบราวน์และแมค กริดดี (Brown and Mc. Greeedy. 1986 : 317-329) พบว่าชายที่มีสภาพการสมรสคู่และหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันโรคดีกว่าชายที่เป็นโสด และหญิงที่มีสภาพการสมรสคู่ จากการศึกษานี้ของ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องที่มีคู่สมรส จะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่

จากการศึกษางานวิจัย เห็นได้ว่าสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น

ในการวิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ระยะอาการการดำเนินของโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยดังนี้

การแสดงอาการของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ดังเช่น การศึกษาของพอร์เตอร์และคณะ (Porter et al. 1993 : 20) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้คิดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ จะมีความไม่ระมัดระวังสุขภาพของการคิดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า

จากการศึกษางานวิจัยระยะอาการการดำเนินโรค พบว่า ระยะอาการการดำเนินของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีระยะอาการดำเนินของโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติกับลักษณะด้านจิตสังคม

ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

เบลซิค (Belchic. 1996) ได้ศึกษาเรื่องความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและการรู้สึกละอายในการเป็นพ่อแม่ของพ่อแม่เด็กสามกลุ่ม คือพฤติกรรมก้าวร้าว เด็กพิการ และเด็กที่มีพัฒนาการปกติ ผลการวิจัยพบว่าพ่อแม่เด็กก้าวร้าว และพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อน ระบุว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมในปริมาณที่มาก จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อจิตใจ สามารถลดความวิตกกังวลและสิ้นหวังได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534 : ก, 51, 57) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 150 ราย ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยที่สำคัญทางสถิติ คือ สามีและมารดา ซึ่งหญิงตั้งครรภ์พึงพอใจการสนับสนุนที่ได้รับจากสามีสูงสุด และระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยร่วมด้านประชากรที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

(Perceived Behavioral Control หรือ PBC)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่สามารถนำมาทำนาย และอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ นอกจากจะสามารถทำนายพฤติกรรมอนามัยได้แล้ว ยังมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย ซึ่งการเกิดพฤติกรรมนั้นมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมหลายทฤษฎีด้วยกัน เช่น ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Active Participation Theory) ของ Kurt Lewin, ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Albert Bandura, ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Reasoned Action Theory) ของไอเซนและฟิชไบน์ และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (A Theory of Planned Behavior หรือ TPB) ของ ไอเซน ซึ่งมีแนวคิดคล้ายคลึงกันนั้นคือพฤติกรรมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งหมายถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นทฤษฎีที่ก่อเกิดขึ้นโดยคำนึงโลกทัศน์จากการรับรู้ของบุคคล (Subjective World) และกลวิธีในการให้ คุณค่าตามความคาดหวัง (Expectancy Approach) และเป็นทฤษฎีที่อาศัยแนวความคิดของ Lewin เช่นเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงหลักการทำนาย และทำความเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอย่างเต็มที่โดยชี้ให้เห็นความสำเร็จในการกระทำ

พฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention หรือ I) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) ทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยไอเซน (1985) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรมการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับเจตนาเชิงพฤติกรรมระหว่างเจตนาเชิงพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรม (อารีวรรณ รุ่งทวีวิช. 2541:8)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior : TPB) คล้ายกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่กำหนดว่าปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือเจตนาเชิงพฤติกรรมซึ่งเจตนาในทฤษฎีนี้ หมายถึง เจตนาที่จะพยายามทำพฤติกรรมนั้น โดยตัวกำหนดเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention หรือ I) มี 3 ตัว คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ A_b) การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) ซึ่งคล้ายกับทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผล และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC)

การรับรู้ความสามารถในควบคุมพฤติกรรม(PBC) เป็นตัวแปรหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ซึ่ง TPB เป็นบทขยายของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เนื่องจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นทฤษฎีดั้งเดิมมีข้อจำกัดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำตามความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ ในทฤษฎีนี้เจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้วบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะยิ่งพยายามมากขึ้นเพียงนั้น กฎข้อนี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้เจตนา แต่ในความเป็นจริงแล้วพฤติกรรมส่วนใหญ่ยังต้องการปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลด้วย อย่างน้อยที่สุดก็ระดับใดระดับหนึ่ง เช่น ทรัพยากรและโอกาส (ได้แก่ เวลา เงิน ทักษะ ความสามารถ ความร่วมมือจากผู้อื่น เป็นต้น) บุคคลที่มีทั้งทรัพยากร โอกาสและความตั้งใจก็ควรจะประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรม ด้วยความคิดที่ว่าความสำเร็จในการทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ (Intention) และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral Control) (จิระนันท์ พากเพียร. 2540 : 29 ; อ้างอิงมาจาก Ajzen. 1991 : 182)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ แรงจูงใจ และความสามารถ (ในการควบคุมพฤติกรรม) มีผลต่อความสำเร็จในการทำพฤติกรรม ทฤษฎีนี้เป็นบูรณาการของการ

รับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control : PBC) ในฐานะที่เป็นตัวกำหนดเจตนาที่จะทำพฤติกรรม เช่นเดียวกับกำหนดพฤติกรรมทำให้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) นี้ต่างจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่เพิ่มตัวแปร PBC เข้ามา (Ajzen, 1991) ไอเซน ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) ว่า หมายถึง “ความเชื่อของบุคคลว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นยากหรือง่ายเพียงใด” (Ajzen, 1995) ซึ่งคล้ายคลึงกับแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรม (Self – Efficacy) หรือ “การตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จในสถานการณ์ที่คาดหวังได้” มากที่สุด ทฤษฎี TPB นี้ได้วางโครงสร้างของความเชื่อ Self – Efficacy หรือ PBC ลงในกรอบความสัมพันธ์ของความเชื่อ เจตคติ เจตนา และพฤติกรรม ตัวกำหนด PBC คือ น้ำหนักรวมระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control Beliefs) ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถ (Perceived Power) ในการควบคุมปัจจัยที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรม โดยสรุปแล้วการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถของคนที่ทำพฤติกรรม (ทักษะ ความรู้ ความสามารถ) และสามารถจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ขัดขวาง (ทรัพยากร โอกาส) ในการทำพฤติกรรมได้ (จิระนันท์ พากเพียร, 2540 : 30)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความเชื่อของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมให้พฤติกรรมที่ต้องการทำนั้นสำเร็จได้ โดยพิจารณาความสามารถในการทำพฤติกรรมกับความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเอื้ออำนวยหรือปัจจัยขัดขวางการกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับจำนวนของการควบคุมภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่จะพิจารณาจากความเป็นไปได้จากผลของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีต่อการบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรม ซึ่ง PBC จะแปรผันไปตามสถานการณ์และการกระทำ

PBC ในทฤษฎี TPB มีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับเจตนา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไม่ซ้อนทับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล PBC ทำหน้าที่เป็นตัวทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรม (Intention หรือ I) นอกเหนือจากเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward The Behavior หรือ AB) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดยไอเซนหวังว่าทฤษฎีนี้จะแพร่ขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมต่างๆ ได้กว้างขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับ PBC มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตน (Self – Efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura.) ต่างกันที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนจะเน้นปัจจัยภายในของบุคคล ในขณะที่ PBC จะเน้นทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ความสามารถ ข้อมูล ทักษะ) และปัจจัยภายนอก (เช่น เวลา เงิน การขึ้นอยู่กับผู้อื่น) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนนี้จะ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ตามการคาดคะเนภายใต้ สถานการณ์หนึ่งๆ หรือไม่ หรือทำได้ในระดับใด แบนดูรา, อัดัม, เฮนรี และคนอื่นๆ (จิระนันท์ พากเพียร. 2540 : 34; อ้างอิงมาจาก Bandura, Adam, Henry and others. 1980) ได้แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตน สามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้ จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ความคิดเกี่ยวกับ PBC ยังสอดคล้องกับแนวคิดความเอื้ออำนวยของสถานการณ์ (Facilitation Condition) ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งในโมเดลพฤติกรรมระหว่างบุคคล (A Model of Interpersonal Behavior) ของ ไทแอนดิส (Triandis) โดยเขาเสนอว่าแม้จะมีเจตนาในการทำพฤติกรรมสูงประกอบทั้งนิสัยเดิมต่อพฤติกรรมนั้นมีอยู่ และมีการกระตุ้นอย่างเหมาะสม ก็อาจไม่เกิดพฤติกรรมนั้นได้ถ้าหากสถานการณ์ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นไม่เอื้ออำนวย ดังนั้นความเอื้ออำนวยของสถานการณ์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของการกำหนดพฤติกรรม เช่นบุคคลมีเจตนาที่จะออกไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง แต่ในวันเลือกตั้งเกิดฝนตก (ความเอื้ออำนวยเป็นศูนย์) บุคคลก็จะไม่ไปใช้สิทธิ นั่นคือ พฤติกรรมการลงคะแนนเสียงของบุคคลก็จะไม่เกิดขึ้น (มนัสจินตนะคิดกฤต. 2530 : 49; อ้างอิงมาจาก Triandis. 1980) ไอเซน (จิระนันท์ พากเพียร. 2540 : 35 ; อ้างอิงมาจาก Ajzen. 1991 ; Ajzen and Madden. 1986) เชื่อว่า ตัวแปร PBC นี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือในทางอ้อมส่งผ่านเจตนา ส่วนในทางตรงคือกรณีที่บุคคลรับรู้ PBC โดดเดี่ยวกับความสามารถที่แท้จริง PBC จะสามารถทำนายพฤติกรรมได้โดยไม่ต้องผ่านเจตนา แต่อาจจะทำนายพฤติกรรมร่วมกับเจตนา ตามทฤษฎี TPB มีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการที่จะทำพฤติกรรมได้สำเร็จหรือไม่มันมิได้ขึ้นอยู่กับเจตนาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมนั้นด้วย ซึ่งพิสูจน์ได้จากการที่ PBC มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านเจตนา

จากแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน PBC จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมได้โดยผ่านเจตนาเชิงพฤติกรรม (เป็นส่วนแรกของทฤษฎี) เนื่องจากสมมติฐานที่ว่า PBC มีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับเจตนาเชิงพฤติกรรม บุคคลเชื่อว่าพวกเขาไม่มีทรัพยากรและโอกาสเขาก็จะไม่เจตนาที่จะเข้มแข็งเพียงพอต่อการกระทำนั้น แม้ว่าเขาจะมีเจตคติทางบวกและกลุ่ม

อ้างอิงจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นก็ตาม ในทางตรงข้ามทฤษฎีได้เสนอว่าสำหรับบางกรณีทางเป็นไปได้ที่ PBC จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านเจตนาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุผลอย่างน้อย 2 ประการ คือ

1. หากทำให้เจตคติคงที่ การที่บุคคลจะมีความพยายามมากหรือน้อยในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายขึ้นอยู่กับ PBC เช่น ถ้าคน 2 คนมีความตั้งใจหรือเจตนาที่หนักแน่นเท่ากันในการทำพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมได้มีความเป็นไปได้ที่จะพยายามทำพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่าบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมได้

2. จากความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีที่ว่า ความสำเร็จของการกระทำส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Action Control) ทฤษฎีจะประเมินความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากการรับรู้ของบุคคลนั้น ดังนั้น PBC จึงถือเป็นตัวแทนของความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งการที่ PBC จะสะท้อนความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอย่างแท้จริงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริงนั่นเอง แต่ในบางครั้งพบว่า PBC อาจไม่สะท้อนความสามารถในการควบคุมอย่างแท้จริง ถ้าบุคคลมีข้อมูลหรือข่าวสารน้อยเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือทรัพยากรที่มีอยู่เปลี่ยนแปลงไป หรือมีตัวแปรใหม่ที่ไม่คุ้นเคยเพิ่มเข้ามาในสถานการณ์ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว การวัด PBC อาจเพิ่มความแม่นยำ ในการทำนายพฤติกรรมได้น้อย

จากการศึกษาเอกสารการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่มีผู้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนดังกล่าว ทั้งในต่างประเทศและในประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้งการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศมีดังนี้

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ

- จีน (Gene. 1994) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางของนักศึกษาปริญญาตรีวัยเจริญพันธุ์ 402 คน (เป็นหญิง 203 คน) พบว่าตัวแปรในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอันได้แก่ เจตคติ การรับรู้ ปทัสถานและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางได้ ร้อยละ 72 เจตคติต่อพฤติกรรม การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) ทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น

- ไอเซนและแมคเคน (Ajzen and Madden. 1986) พบว่า PBC ทำนายพฤติกรรมการ ได้เกรดเอ ของนักศึกษาจิตวิทยาสังคมได้แม่นยำยิ่งขึ้นในช่วงท้ายของภาคเรียน ซึ่งไอเซนได้อธิบายว่า อาจเป็นเพราะการรับรู้ของนักศึกษาในการที่จะ ได้หรือไม่ได้เกรดเอตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

- คารน (จิระนันท์ พากเพียร. 2540 : 40; อ้างอิงมาจาก Karen. 1993) ศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนศึกษาความตั้งใจ 2 แบบคือ ความตั้งใจจากตนเองและความตั้งใจที่เกิดจากแรงจูงใจ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจทั้งสองแบบได้ และพบว่าการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง (SN) มีบทบาทสูงกว่าซึ่งการที่ SN มีบทบาทสูงนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงกับการรับรู้ความสามารถในการทำพฤติกรรม (PBC) การศึกษานี้แนะว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนอื่นๆ อาจมีบทบาทสำคัญต่อความตั้งใจของผู้สูงอายุมากกว่าในหนุ่มสาว

- บลู (Blue. 1995) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอำนาจในการทำนายเจตนาและพฤติกรรมออกกำลังกายด้วย ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จากงานวิจัย 23 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลทุกเรื่อง เจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) ทำนายพฤติกรรมได้ และส่วนใหญ่พบว่า การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง (SN) สัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเพิ่ม PBC เข้าไป จะเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าทฤษฎี พฤติกรรมตามแผนมีอำนาจการทำนายสูงกว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดยสรุปในงานวิจัย ที่ใช้ทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน 7 เรื่องร่วมกันชี้ว่า สำหรับการศึกษากการออกกำลังกาย ทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน มีอำนาจการทำนายสูงกว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

- แอน (จิระนันท์ พากเพียร. 2540:41; อ้างอิงมาจาก Ann. 1994) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง 88 คน ที่ทำแบบทดสอบก่อนและหลัง ที่บททวนถึงการออกกำลังแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แบบวัดตามโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรม

ตามแผน แล้วจัดให้เข้าชั้นเรียน 1 ใน 4 ห้อง ขึ้นกับการตอบแบบวัดและการเลือกวันเวลาในการเรียน แต่ละสัปดาห์รวม 6 สัปดาห์ เรียนรู้เนื้อหาและกลยุทธ์ที่เน้นปัจจัยในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แต่ละปัจจัยและแต่ละห้องมีวิธีการเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการ ออกกำลังแตกต่างกัน โดยห้องที่ 1 เน้นปัจจัยเจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) ห้องที่ 2 เน้น เจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) ห้องที่ 3 เน้นปัจจัย A_B , PBC ห้องที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุม ผลพบว่ากลุ่มที่เน้น SN มีการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังภายในหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มที่เน้น A_B ตัวแปร PBC ทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรม เช่นเดียวกับที่ A_B และ SN ทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมได้โดยที่ PBC ทำนายความแปรปรวนในการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังภายในได้มากกว่าเจตนาเชิงพฤติกรรมใน 6 สัปดาห์

- ฟอกซ์ (จระนันท์ พากเพียร. 2540 : 42; อ้างอิงมาจาก Fox. 1994) ศึกษาพฤติกรรมการใส่ถุงมือ พบว่าเจตนาเชิงพฤติกรรม (I) เจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำนายพฤติกรรมการใส่ถุงมือได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเจตนาเชิงพฤติกรรม (I) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการใส่ถุงมือของเจ้าหน้าที่เมื่อต้องสัมผัสกับเลือดที่ดีที่สุดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) และ A_B เป็นตัวกำหนด เจตนาเชิงพฤติกรรม (I) อย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องมากที่สุดในการทำความเข้าใจความตั้งใจที่จะใส่ถุงมือของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

- ไอเซนและไครเวอร์ (อาริวรรณ รุ่งทิวณิช. 2541: 49 ; อ้างอิงมาจาก Ajzen and Driver. 1992) ศึกษาโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำความเข้าใจ และทำนายพฤติกรรมร่วมกิจกรรมนันทนาการงานวิจัยนี้นำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับการวัดตัวแปรต่างๆ ตามโครงสร้างทฤษฎีและเพิ่มประเด็นบางอย่าง ได้แก่

(1) เพิ่มการวัดความเกี่ยวข้อง (Involvement) และอารมณ์ชั่วขณะ (Moods)

(2) วัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรง การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ปรากฏว่า

การวิเคราะห์ภายในกลุ่ม : อารมณ์ชั่วขณะมีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับความรู้สึกก่อนข้างสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับผลได้ผลเสียแต่อย่างใด ส่วนความเกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับตัวแปรในทฤษฎี แต่เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอย กลับไม่ช่วยในการทำนาย สำหรับการทำนายเจตนาพบว่า A_B และ SN สามารถทำนาย I ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และเมื่อเพิ่มตัวแปร PBC จะเพิ่มอำนาจในการทำนายได้ แต่ทำให้ SN ไม่สามารถ

ทำนาย I ได้อย่างมีนัยสำคัญและการทำนายพฤติกรรมพบว่า PBC และ I สามารถทำนายพฤติกรรม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม : เจตนาเชิงพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้ทุก กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 แต่เมื่อเพิ่มตัวแปร PBC พบว่าไม่สามารถช่วยทำนาย กิจกรรมการวิ่งและการขี่จักรยานได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ช่วยทำนายการปั่นเขา การเล่นเรือ การเล่นบนชายหาดได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าในการทำพฤติกรรมดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างมักพบ ปัญหาและอุปสรรค หรือขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นในการทำกิจกรรมดังกล่าว กรณีเช่นนี้ PBC จะสามารถช่วยในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาวิจัยในประเทศ

- วิณา ศิริสุข (2533) ได้ศึกษาพฤติกรรมการยอมตาม (การมาตามแพทย์นัดและการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) ในการรักษาโรคเรื้อรังด้วยยาผสมจำนวน 532 คน และติดตาม พฤติกรรมการยอมตาม โดยการตรวจปัสสาวะติดต่อกัน 5 เดือน หลักฐานทะเบียนประวัติและ การสัมภาษณ์ และเพื่อให้ป้องกันผลกระทบอันอาจเกิดจากการสัมภาษณ์และการตรวจปัสสาวะ ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงสุ่มผู้ป่วย 130 คน ออกเป็น 3 กลุ่มให้มีกลุ่ม ควบคุมด้วย ผลการวิจัยพบว่ามีเพียงตัวแปรในกลุ่มรับรู้ความสามารถในการทำพฤติกรรมเท่านั้น ที่สามารถอธิบาย ความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้เกือบทั้งหมด พบความ สัมพันธ์อย่างเด่นชัดระหว่างพฤติกรรมการมาตามนัดในอดีตกับพฤติกรรมยอมตามทั้งสองประเภท ตัวแปรนี้แสดงถึงความสำคัญเชิงนัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยด้วยแต่ ความสัมพันธ์นี้จะพบเด่นชัดเฉพาะ ในกรณีของการแยกความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมการยอมตามอย่างมากกับ ไม่มีพฤติกรรมยอมตามอย่างมากเท่านั้น

- จิระนันท์ พากเพียร (2540) ได้ศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อการทำนายและ อธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุมจักรวาลในคลินิกทันตกรรมของนักศึกษา ทันตภิบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 86 คน ผลพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะ ทำนายเจตนาที่จะป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุมจักรวาลของนักศึกษา ได้ร้อยละ 14.13 ($p < 0.01$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะทำนายเจตนาที่ใส่แว่นตาป้องกันตลอดเวลา ขณะชุดหินปูน ได้ร้อยละ 23.20 ($p < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเจตคติต่อพฤติกรรม ร่วมทำนายเจตนาที่จะใช้ปากคีมสวมปลอกเข็มขึ้นทุกครั้งหลังฉีดยาชา ได้ร้อยละ 42.03 ($p < 0.001$)

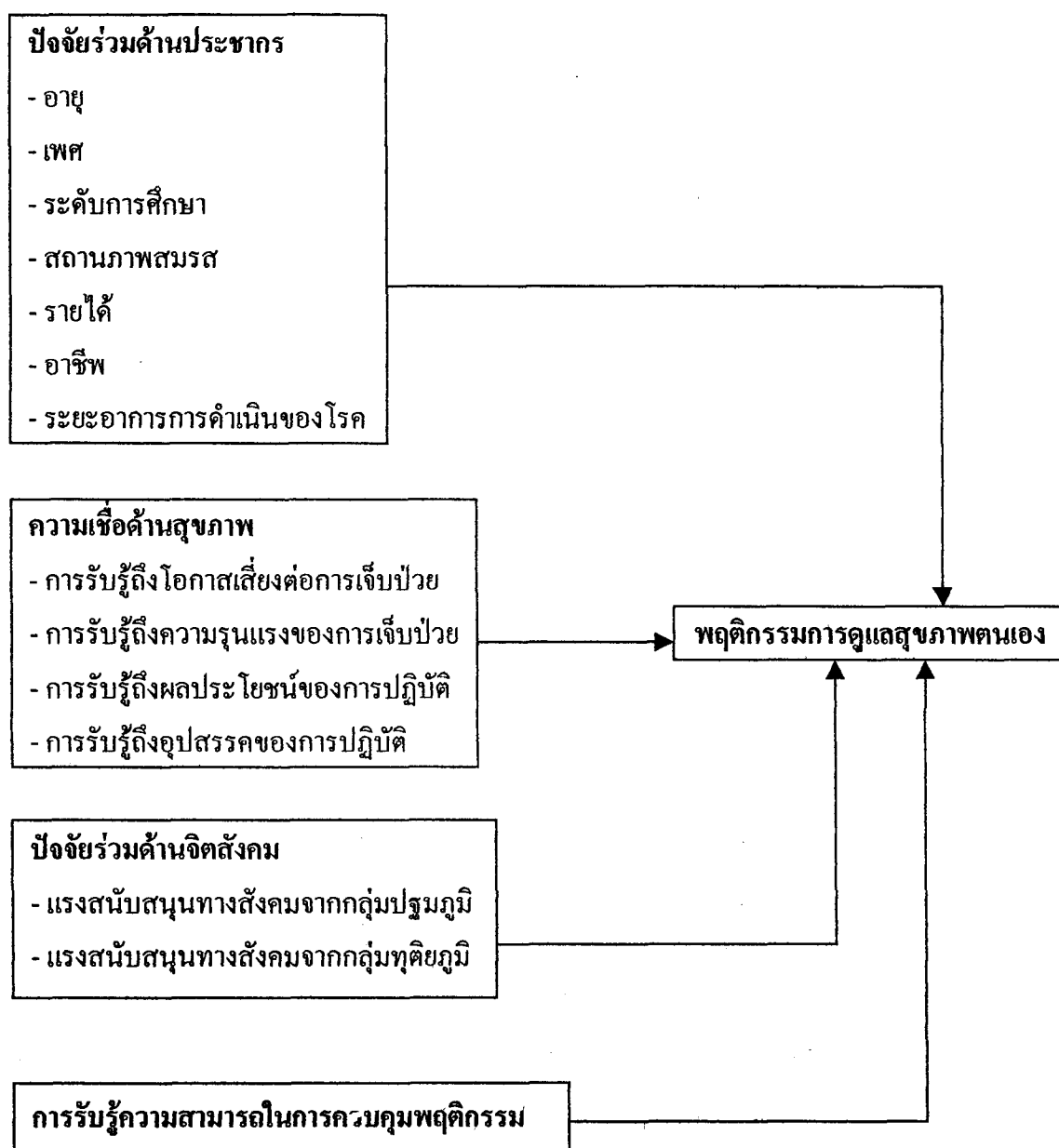
- อาริวรรณ รุ่งทิวณิช (2541) ศึกษาพฤติกรรมรีไซเคิลขยะฝอยของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตทดลองโครงการรีไซเคิลขยะมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร : ศึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผลพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรีไซเคิลขยะมูลฝอยที่วัดโดยทางตรงกับที่วัดโดยทางอ้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.8006$, $p < 0.001$) และยังพบว่า A_B , SN, PBC ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการรีไซเคิลขยะมูลฝอยได้ร้อยละ 70.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมรีไซเคิลขยะมูลฝอยทางตรงเท่ากับ 0.7628 ($p < 0.001$) เจตคติทางตรงต่อพฤติกรรมการรีไซเคิลขยะมูลฝอยเท่ากับ 0.0678 ($p < 0.05$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง ในการรีไซเคิลขยะมูลฝอยเท่ากับ 0.0693 ($p < 0.05$)

- ภาวนา กิริติยวงศ์ (2537) ก็ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย เป้าหมายของการส่งเสริมการดูแลตนเองก็คือ เพื่อควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเพื่อสร้างความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยการประเมินก่อนและหลังเข้าโครงการครบ 4 เดือน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กระบวนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และวิธีส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยให้การส่งเสริมการพัฒนาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากเข้าโครงการครบ 4 เดือนแล้วผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่า มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมีปัจจัยภายใน คือ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ นิติประจำตัว และปัจจัยภายนอก คือ ระบบครอบครัวสภาพสังคมและทัศนคติของคนในสังคม และระบบบริการสุขภาพ สำหรับรูปแบบของการส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบด้วยช่วยเหลือ 11 วิธี คือ

- (1) การให้ข้อมูลและความรู้อย่างต่อเนื่อง
- (2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย
- (3) ให้ความมั่นใจอย่างต่อเนื่อง
- (4) ให้กำลังใจ
- (5) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด
- (6) ให้คำปรึกษา
- (7) ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย
- (8) ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง
- (9) การสอนผู้ป่วย
- (10) เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และ
- (11) ช่วยผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจ

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ ซึ่งผู้วิจัย ได้ตั้งสมมติฐานว่า การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง



ภาพประกอบ 5 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำมาเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยร่วมด้านประชากร ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน มีสมมติฐานย่อยดังนี้

1.1 ผู้คิดเชื่อเอดส์เพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์เพศชาย

1.2 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีอายุสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีอายุน้อย

1.3 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีระดับศึกษาน้อยกว่า

1.4 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

1.5 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีรายได้สูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีรายได้น้อยกว่า

1.6 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

1.7 ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีระยะอาการการดำเนินของโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2. ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีสมมติฐานย่อยดังนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มทุติยภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มารับบริการ คลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีสมมติฐานย่อยดังนี้

3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5. ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางประการตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน ตึก ภปร.3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งมารับบริการที่คลินิกภูมิคุ้มกัน (Immune Clinic) แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนโดยเฉลี่ย 508 คน ต่อเดือน (สถิติของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2542)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากสูตรของยามานะ ได้จำนวน 224 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ตรวจพบเชื้อและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ไม่มีปัญหาการพูด การได้ยิน ความผิดปกติทางจิต และมารับบริการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 ได้จำนวน 216 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล หรือปัจจัยร่วมด้านประชากร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้มารับบริการตามตัวแปรต้นที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะอาการการแสดงของโรค

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้คิดเชื้อเอดส์ ประกอบด้วย

- แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เป็นแบบวัดการรับรู้ของผู้คิดเชื้อเอดส์ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการหรือโรคต่างๆ จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นโรคหรืออาการเจ็บป่วย ท่านโปรดพิจารณาแต่ละข้อว่า

1. ท่านมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการดังกล่าวมาน้อยเพียงใด โดยท่านวงกลมเลือกตัวเลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

0 หัวค

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : น้อยที่สุด

00 ภูมิคุ้มกันทานถดถอย

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : น้อยที่สุด

- แบบวัดการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย เป็นแบบวัดการรับรู้ของผู้คิดเชื้อเอดส์ต่อความรุนแรงของอาการหรือโรคต่างๆ จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นโรคหรืออาการเจ็บป่วย ท่านโปรดพิจารณาแต่ละข้อว่า

1. โรคหรืออาการดังกล่าวมีความรุนแรงต่ออาการเจ็บป่วยในปัจจุบันของท่านน้อยเพียงใด โดยท่านวงกลมเลือกตัวเลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

0 หัวใจ

ความรุนแรง

มากที่สุด : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : น้อยที่สุด

00 ภูมิคุ้มกันทานถดถอย

ความรุนแรง

มากที่สุด : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : น้อยที่สุด

- แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นแบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ท่านโปรดพิจารณาว่า การทำพฤติกรรมแต่ละข้อมีประโยชน์ต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด โดยท่านวงกลมเลือกตัวเลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึของท่านมากที่สุด

0 การเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์ : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : ประโยชน์
มากที่สุด น้อยที่สุด

00 การมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์ : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : ประโยชน์
มากที่สุด น้อยที่สุด

- แบบวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นแบบวัดถึงอุปสรรคในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ท่านโปรดพิจารณาว่า ท่านมีอุปสรรค
 มากน้อยเพียงใดในการทำพฤติกรรมแต่ละข้อ โดยท่านเลือกตัวเลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของ
 ท่านมากที่สุด

0 การเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรค : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : อุปสรรค
 มากที่สุด น้อยที่สุด

00 การมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรค : 5 : : 4 : : 3 : : 2 : : 1 : อุปสรรค
 มากที่สุด น้อยที่สุด

การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก

มากที่สุด

ได้ 5 คะแนน

มาก

ได้ 4 คะแนน

ปานกลาง

ได้ 3 คะแนน

น้อย

ได้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด

ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้
 ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 29.34 – 40.00

การรับรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 18.67 – 29.33

การรับรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 8.00 – 18.66

การรับรู้น้อย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้
 ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 25.67 – 35.00

การรับรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 16.34 – 25.66

การรับรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 7.00 – 16.33

การรับรู้ต่ำ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ เป็นลักษณะมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงของตัวท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง			
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
0	เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนของท่านสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านด้วยความห่วงใย				
00	เมื่อท่านมารับการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจและยินดีให้บริการแก่ท่าน				

การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก

ข้อความที่เป็นลบ

มากที่สุด

ได้ 3 คะแนน

ได้ 0 คะแนน

มาก

ได้ 2 คะแนน

ได้ 1 คะแนน

ปานกลาง

ได้ 1 คะแนน

ได้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด

ได้ 0 คะแนน

ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 14.10 – 21.00 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิมาก

ค่าเฉลี่ย 7.10 – 14.00 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 7.00 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิน้อย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วงๆ เท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	8.10 – 12.00	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มหัตถิภูมิมาก
ค่าเฉลี่ย	4.10 – 8.00	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มหัตถิภูมิปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 4.00	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มหัตถิภูมิน้อย

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการทำกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละกิจกรรมว่ามีความยาก/ง่าย ขึ้นอยู่กับท่าน/ไม่ขึ้นอยู่กับท่าน และอยู่ใต้การควบคุมของท่าน/ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาแต่ละกิจกรรมต่อไปนี้ว่ายากหรือง่าย? ขึ้นอยู่กับท่านหรือไม่? และอยู่ภายใต้การควบคุมของท่านหรือของคนอื่น เหตุการณ์อื่น? ในระดับมากน้อยเพียงใด?

0 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เป็นสิ่งที่...

ง่าย : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : ยาก

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก

ขึ้นอยู่กับฉัน : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก

อยู่ใต้การควบคุม : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : ขึ้นอยู่กับบุคคล

คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น

(ฉันสามารถควบคุมได้)

(ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

การให้คะแนนถ้าตอบในลักษณะง่าย / ขึ้นอยู่กับฉัน / อยู่ใต้การควบคุมของฉัน จะได้คะแนน ดังนี้

มาก ได้ 3 คะแนน

ปานกลาง ได้ 2 คะแนน

น้อย ได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบในลักษณะยาก / ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน / ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น จะได้คะแนน ดังนี้

มาก ได้ -3 คะแนน

ปานกลาง ได้ -2 คะแนน

น้อย ได้ -1 คะแนน

ถ้าตอบไม่ทั้งสอง ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 30.10 ถึง 90.00 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาก

ค่าเฉลี่ย -29.90 ถึง 30.00 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย -90.00 ถึง -30.00 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมน้อย

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวัด
การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง ความหมายในคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำทุกครั้งที่มี
กิจกรรมนั้น

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็น
ส่วนมาก

ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็น
ส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบ ไม่เคยกระทำเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
0	(ข้อความทางบวก) ท่านคิมนมหรือเครื่องคิมประเภท บำรุง				
00	(ข้อความทางลบ) ท่านใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น กรร ไกรตัดเล็บ มีด โกนหนวด เข็มฉีดยา				

การให้คะแนน	ข้อความที่เป็นบวก	ข้อความที่เป็นลบ
ปฏิบัติประจำ	ได้ 3 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติเล็กน้อย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้ 0 คะแนน	ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัย
ได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	46.10 – 69.00	การปฏิบัติมาก
ค่าเฉลี่ย	23.10 – 46.00	การปฏิบัติปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 23.00	การปฏิบัติน้อย

ตอนที่ 6 เป็นส่วนการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี เนื้อหา แนวคิดที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ แบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยจากคำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิเคราะห์สร้างแบบสอบถามจากคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถาม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยทำการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามวัดปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มปฐมภูมิ จำนวน 8 ข้อ และแบบวัดการรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ แบบวัดการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ แบบวัดการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ แบบวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว ไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ กระทำโดย

1. ความเที่ยงตรง (Validity) นำแบบสอบถามและการสร้างเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความกับนิยามของตัวแปรแต่ละตัว จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2. ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Analysis) วิเคราะห์โดยใช้ค่าที (t - test) และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงกว่า 1.75 (แสดงในภาคผนวก ค)

3. ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาความคงที่ภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

- แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74
- แบบสอบถามวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ได้ 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.68
- แบบสอบถามวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้ 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.69
- แบบสอบถามวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ได้ 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

- แบบสอบถามวัดการรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ ได้ 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83
- แบบสอบถามวัดการรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ ได้ 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85
- แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ได้ 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83
- แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ 23 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน ตึก ภปร.3 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน
3. นำแบบวัดที่เก็บมาได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ ในการตอบคำถามวิจัยตามสมมติฐาน

ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC⁺ มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง ปึงจัยร่วมด้านประชากร ปึงจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้ t -test เพื่อทดสอบสมมติฐานในข้อ 1.1, 1.7

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One – way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานในข้อ 1.2 –1.6

4. การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานในข้อ 2, 3, 4

5. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากปัจจัยร่วมด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานในข้อ 5

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษากันคว่ำ

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การแปลความหมายและการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทน	จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F-distribution
ss	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
df	แทน	ขั้นแห่งความอิสระ (Degree of Freedom)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	กำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูป คะแนนดิบ
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูป คะแนนมาตรฐาน
R^2 adjust	แทน	ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่ ปรับแล้ว
PSUS	แทน	การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย
PSEV	แทน	การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย
PBEN	แทน	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ
PTHR	แทน	การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

PRI	แทน	แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ
SECOND	แทน	แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ
SOCIAL	แทน	ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมโดยรวม
PBC	แทน	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
BEHAV	แทน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือการศึกษาตัวแปรที่อาจเป็นสาเหตุ ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับการบริการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 216 ราย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม เพื่อการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เสนอผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย คือ

2.1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีปัจจัยร่วมด้านประชากรแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test)

2.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

2.3 ผลการวิเคราะห์สมการในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์จากปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏผลตาม ตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะตัวแปร

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	เพศหญิง	77	35.6
	เพศชาย	139	64.4
	รวม	216	100.0
2. อายุ	ต่ำกว่า 13 ปี	-	-
	13 – 18 ปี	-	-
	19 – 40 ปี	165	36.6
	41 – 60 ปี	47	44.0
	60 ปีขึ้นไป	4	19.4
	รวม	216	100.0
3. สถานภาพสมรส	โสด	79	36.6
	คู่	95	44.0
	หย่า – หม้าย	42	19.4
	รวม	216	100.0
4. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	3.7
	ประถมศึกษา	45	20.8
	มัธยมศึกษา	75	34.7
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	47	21.8
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41	19.0
	รวม	216	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ	แม่บ้าน	23	10.6
	รับจ้าง	108	50.0
	ค้าขาย	32	14.8
	เกษตรกรรวม	4	1.9
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	10.6
	นักเรียน	1	0.5
	อื่นๆ ระบุ.....	25	11.6
รวม		216	100.0
6. รายได้	ต่ำกว่า 5,000 บาท	69	31.9
	5,001 – 10,000 บาท	81	37.5
	10,001 – 15,000 บาท	31	14.4
	มากกว่า 15,000 บาท	31	14.4
	ไม่ระบุ	4	1.9
รวม		216	100.0
7. การแสดงอาการ ของโรค	ไม่มีอาการของโรค	110	50.9
	มีอาการของโรค	106	49.1
รวม		216	100.0

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 216 ราย คิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35.6

อายุ ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ มีช่วงอายุ 19-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.8 และอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.9

สถานภาพสมรส ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมา มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 36.6 และสถานภาพหย่า/หม้าย คิดเป็นร้อยละ 19.4

ระดับการศึกษา ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา มีระดับการศึกษานอกระบบหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 21.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.8 สำหรับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 19.0 และน้อยที่สุด คือต่ำกว่าประถมศึกษา มีร้อยละ 3.7

อาชีพ ผู้คิดเชื่อเอดส์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.8 อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และแม่บ้าน มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10.6 อาชีพอื่นๆ ที่ผู้คิดเชื่อเอดส์ระบุเช่น อาชีพเสริมสวย ทำธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 11.6 และอาชีพที่น้อยที่สุด คือ นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 0.5

รายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือนของผู้คิดเชื่อเอดส์ส่วนใหญ่มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุด คือ ผู้คิดเชื่อเอดส์มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีจำนวนเท่ากับผู้คิดเชื่อเอดส์มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.4

การแสดงอาการของโรค พบว่าจำนวนผู้คิดเชื่อเอดส์ ไม่มีอาการแสดงของโรค มีจำนวนมากกว่าผู้คิดเชื่อเอดส์มีอาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.9 และ 49.1 ตามลำดับ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้คิดเชื่อเอดส์ (N = 216 คน) ดังปรากฏผลตาม ตาราง 4

ตัวแปร	พิสัยคะแนน		$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
	ต่ำสุด	สูงสุด			
SOCIAL	6	33	21.28	6.20	ปานกลาง
PRI	4	21	14.19	4.85	มาก (ก่อนไปทางปานกลาง)
SECOND	0	12	7.10	2.87	ปานกลาง
PSUS	8	40	25.59	6.33	ปานกลาง
PSEV	8	40	24.75	6.32	ปานกลาง
PBEN	10	35	30.85	4.88	มาก
PTHR	7	35	17.46	7.19	ปานกลาง
PBC	-41	90	59.86	22.44	มาก
BEHAV	28	66	46.99	6.24	มาก (ก่อนไปทางปานกลาง)

จากตาราง 4 พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตัวแปรจะมีระดับคะแนนปานกลาง และมาก ซึ่งเกณฑ์การให้ระดับคะแนน สามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในบทที่ 3

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมโดยรวม (SOCIAL) มีระดับคะแนนปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า การรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ (PRI) มีระดับคะแนนมาก (ก่อนไปทางปานกลาง) และกลุ่มทุติยภูมิ (SECOND) มีระดับคะแนนปานกลาง ซึ่งบุคคลในสังคมรอบข้างของกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อมมีความสำคัญต่อเขาในการประกอบพฤติกรรม และมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติในระดับปานกลาง และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติในระดับมาก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ (PBC) ได้มาก รวมทั้งการกระทำ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ (BEHAV) ได้จริงในระดับที่มาก (ก่อนไปทางปานกลาง)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย

2.1 ผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยจำแนกตามปัจจัยร่วมด้านประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะอาการการแสดงของโรค โดยวิเคราะห์ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้มีรายละเอียด ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1.1 ผู้ติดเชื้อเอดส์เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เพศชาย

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้ค่าสถิติที มีตัวแปรเพศเป็นตัวแปรต้น และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศต่างกัน

เพศ	N	$\bar{X}$	SD	t-value	p-value
หญิง	77	46.9351	6.416	-0.10	0.923
ชาย	139	47.0216	6.163		

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า ผู้คิดเชื้อเอดส์เพศหญิงกับเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1.1 ที่ว่า ผู้คิดเชื้อเอดส์เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย

สมมติฐานข้อที่ 1.2 ผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีอายุสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีอายุน้อยกว่า

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวมีอายุเป็นตัวแปรต้นและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 6-7

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	SD
19 – 40 ปี	165	46.4606	6.2543
41 – 60 ปี	47	48.5319	6.1462
60 ปีขึ้นไป	4	50.7500	0.9574
รวม	216	46.9907	6.2394

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีอายุต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองสูงในผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-ratio	F-value
ระหว่างกลุ่ม	214.5354	2	107.2677	2.8016	0.0630
ภายในกลุ่ม	8155.4461	213	38.2855		
รวม	8369.9815	215			

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่าผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอายุสูงกว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างหรือดีกว่า ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.3 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีระดับศึกษาน้อยกว่า

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ ตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ที่มีระดับการศึกษาเป็นตัวแปรต้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 8-9

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอคส์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	SD
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	50.1250	6.6211
ประถมศึกษา	45	47.5778	6.0434
มัธยมศึกษา	75	46.2133	5.5295
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	47	46.3404	7.7045
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41	47.9024	5.6338
รวม	216	46.9907	6.2394

จากตาราง 8 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-ratio	F-value
ระหว่างกลุ่ม	193.3791	4	48.3448	1.2476	0.2919
ภายในกลุ่ม	8176.6024	211	38.7517		
รวม	8369.9815	215			

จากตาราง 9 แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.4 ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวที่มีสถานภาพสมรสเป็นตัวแปรต้น มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 10-11

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	SD
โสด	79	46.1772	6.6309
คู่	95	47.3263	5.6877
หย่า-หม้าย	42	47.7619	6.6472
รวม	216	46.9907	6.2394

จากตาราง 10 แสดงให้เห็นคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-ratio	F-value
ระหว่างกลุ่ม	87.9592	2	43.9796	1.1311	0.3246
ภายในกลุ่ม	8282.0222	213	38.8827		
รวม	8369.9815	215			

จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้สูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้น้อยกว่า

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวที่มีรายได้เป็นตัวแปรต้น และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 12-13

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	SD
ต่ำกว่า 5,000 บาท	69	46.0435	5.5795
5,001 – 10,000 บาท	81	47.2963	7.0612
10,001 – 15,000 บาท	31	47.5806	5.9597
มากกว่า 15,000 บาท	31	47.4194	5.9821
รวม	212	46.9481	6.2834

จากตาราง 12 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ต่างกัน

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้
คิดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-ratio	F-value
ระหว่างกลุ่ม	85.5740	3	28.5247	0.7196	0.5413
ภายในกลุ่ม	8244.8552	208	39.6387		
รวม	8330.4292	211			

จากตาราง 13 แสดงให้เห็นว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างหรือดีกว่า ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.6 ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน การศึกษาส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวที่มีอาชีพเป็นตัวแปรต้น และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 14-15

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้คิดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	SD
แม่บ้าน	23	49.3043	6.5466
รับจ้าง	108	45.9167	6.4375
ค้าขาย	32	47.7188	4.7399
เกษตรกร	4	45.000	4.5461
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	48.6087	5.4584
นักเรียน	1	42.000	-
อื่นๆ ระบุ	25	47.6000	7.0828
รวม	216	46.9907	6.2394

จากตาราง 14 แสดงให้เห็นคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกัน

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-ratio	F-value
ระหว่างกลุ่ม	374.9149	6	62.4858	1.6334	0.1393
ภายในกลุ่ม	7995.0666	209	38.2539		
รวม	8369.9815	215			

จากตาราง 15 แสดงให้เห็นว่าผู้คิดเชื้อเอสที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.7 ผู้คิดเชื้อเอสที่มีระยะอาการการดำเนินของโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

การศึกษาส่วนนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้ค่าสถิติที มีตัวแปรระยะอาการการดำเนินของโรค เป็นตัวแปรต้น และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอส ที่มีการแสดงอาการของโรคต่างกัน

การแสดงอาการของโรค	N	$\bar{X}$	SD	t-value	p-value
ไม่มีอาการของโรค	110	47.5182	6.350	1.27	0.206
มีอาการของโรค	106	46.4434	6.104		

จากตาราง 16 แสดงให้เห็นว่า ผู้คิดเชื้อเอสที่มีการแสดงอาการของโรค แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

2.2 ผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 2, 3, 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จะนำเสนอในตาราง 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวแปรทุกตัวแปร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้น จึงนำเสนอเพื่อตอบสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตัวแปร	BEHAV	PSUS	PSEV	PBEN	PTHR	PRI	SECOND	SOCIAL	PBC
BEHAV	1.00	-0.0617	0.0078	0.2225***	-0.2180***	0.2017**	0.2011**	0.2507***	0.3753***
PSUS		1.00	0.8852***	0.0783	0.1285	-0.01630	-0.0070	-0.0160	-0.0749
PSEV			1.00	0.1179	0.1842	0.0168	0.0108	0.0182	-0.0724
PBEN				1.00	-0.2049**	0.2416***	0.2177**	0.2896***	0.1063
PTHR					1.00	-0.1999**	-0.0999	-0.2025**	-0.1280
PRI						1.00	0.2415***	0.8938***	0.1712*
SECOND							1.00	0.6511***	0.3213***
SOCIAL								1.00	0.2824***
PBC									1.00

1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายนี้ คือ สมมติฐาน ข้อที่ 2.

ตาราง 18 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
PRI	216	0.2017**
SECOND	216	0.2011**
SOCIAL	216	0.2507***

จากตาราง 18 พบว่า ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2507, p < 0.001$) และ เมื่อแยกพิจารณาในรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2017, p < 0.01$) ซึ่ง

สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.1 และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทศิยภูมิมีความสัมพันธ์ เชิง บวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2011$, $p < 0.01$) ซึ่ง สนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 2.2

2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายนี้ คือ สมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 19 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

ความเชื่อด้านสุขภาพ	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
PSUS	216	-0.0617
PSEV	216	0.0078
PBEN	216	0.2225***
PTHR	216	-0.2180***

จากตาราง 19 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (PSUS) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (PSEV) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่ง ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3.1 และ 3.2 ตามลำดับ

การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ (PBEN) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2225$, $p < 0.001$) สนับสนุน สมมติฐาน ข้อที่ 3.3

การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (PTHR) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2180$, $p < 0.001$) สนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 3.4

3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายนี้ คือ สมมติฐานข้อที่ 4.

ตาราง 20 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

การรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
PBC	216	0.3753***

จากตาราง 20 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3753, p < 0.001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4.

2.3 ผลการศึกษาเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 5. ศึกษาอำนาจการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับ จุดมุ่งหมายนี้ คือ สมมติฐานข้อที่ 5.

เนื่องจากผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยร่วมด้านประชากรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า ตัวแปรปัจจัยร่วมด้านประชากรที่แตกต่างกัน ไม่มีผลทำให้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยร่วมด้านประชากร

ดังนั้น ขั้นตอนของการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ จาก ตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงได้คัดกลุ่มตัวแปรปัจจัยร่วมด้านประชากรออกไป ซึ่งผลการวิเคราะห์แสดง ดังตาราง 21

ตาราง 21 ผลการค้นหาค่าตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ตัวแปร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ลำดับ	ตัวแปร	b	Beta	t	P	หมายเหตุ
1	PBC	0.1043	0.3753	5.924***	0.000	R = 0.375 R ² = 0.1408 R ² adjust = 0.1368 Constant = 40.743 F = 35.019
2	PBC PBEN	0.0989 0.2360	0.3556 0.1847	5.682*** 2.951**	0.000 0.0035	R = 0.4178 R ² = 0.1746 R ² adjust = 0.1668 Constant = 33.788 F = 22.531
3	PBC PBEN PTHR	0.0946 0.2008 -0.1235	0.3404 0.1572 -0.1422	5.456*** 2.487* -2.244*	0.000 0.0137 0.0258	R = 0.4402 R ² = 0.1937 R ² adjust = 0.1823 Constant = 37.2840 F = 16.984

จากตาราง 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อค้นหาตัวแปร ทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า

ลำดับที่ 1. ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแปรแรก คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้ร้อยละ 14.08 ($R^2 = 0.1408$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.375

ลำดับที่ 2. ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สอง คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยสามารถร่วมกันกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.46 ($R^2 = 0.1746$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็น 0.185 และ 0.356 ตามลำดับ

ลำดับที่ 3. ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สาม คือ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ โดยสามารถร่วมกันกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ อธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 19.37 ($R^2 = 0.1937$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็น -0.142, 0.157 และ 0.340 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ สรุปได้จากผลในลำดับที่ 3 ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{BEHAV} = 37.2840 + 0.0946 \text{ PBC} + 0.2008 \text{ PBEN} - 0.1235 \text{ PTHR}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{BEHAV} = 0.3404 \text{ PBC} + 0.1572 \text{ PBEN} - 0.1422 \text{ PTHR}$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้ เป็นการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการรักษาลึกลุมกัน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งสรุปลำดับขั้นตอน และผลการวิจัย ดังนี้

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

ในการศึกษารุ่นนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดย

1. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยจำแนกตามปัจจัยร่วมด้านประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ อาการแสดงของโรค
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. ศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยร่วมด้านประชากร ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
ดังนี้

- 1.1 ผู้ติดเชื้อเอดส์ เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์

เพศชาย

1.2 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอายุสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอายุน้อยกว่า

1.3 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

1.4 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

1.5 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีรายได้สูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีรายได้น้อยกว่า

1.6 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

1.7 ผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มี ระยะเวลาการการดำเนินของโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2. ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้คิดเชื้อเอคส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5. ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งมารับบริการที่คลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร.3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนโดยเฉลี่ย 508 คนต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาคลินิกภูมิคุ้มกัน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 ได้มาจากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากสูตรของ ยามาเน่ และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ตรวจพบเชื้อและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ไม่มีปัญหาการพูด การได้ยิน ความผิดปกติทางจิต ได้จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ 216 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวัด 6 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบวัดข้อมูลทางปัจจัยร่วมด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การแสดงอาการของโรค

2.2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วย (PSUS) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 แบบวัดการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (PSEV) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68 แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (PBEN) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69 และแบบวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (PTHR) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2.3 แบบวัดปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ประกอบด้วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ (PRI) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ (SECOND) จำนวน 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (PBC) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

2.5 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง (BEHAV) จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2.6 ส่วนแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว เลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์

จำนวน 216 ชุด มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของตัวแปร ใช้สถิติการทดสอบค่าที (t-test) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.1 และ 1.7 ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 และ 1.6 ใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สันในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3 และ 4 ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทดสอบสมมติฐานข้อ 5.

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล ได้ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 216 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 เพศหญิงร้อยละ 35.6 ส่วนใหญ่คือร้อยละ 76.4 มีอายุระหว่าง 19 - 40 ปี ร้อยละ 44.0 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 34.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท และร้อยละ 50.9 ของกลุ่มตัวอย่างตรวจพบเชื้อแต่ไม่มีอาการของโรค

2. ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 216 ราย มีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก (ก่อนไปทางปานกลาง) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีการรับรู้ในระดับมาก การรับรู้ของแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิจะมีการรับรู้ในระดับที่มาก(ก่อนไปทางปานกลาง) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ จะมีในระดับปานกลาง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จะมีการรับรู้ในระดับมาก

3. การทดสอบสมมติฐานของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่า

1) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ตามตัวแปรปัจจัยร่วมด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ระยะอาการการดำเนินของโรค พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ติด

เชื่อเอคส์ที่มีปัจจัยร่วมด้านประชากร ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1.

2) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอคส์ ในการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิของผู้คิดเชื่อเอคส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2017, p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2.1

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิของผู้คิดเชื่อเอคส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2011, p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2.2

2.3 ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมโดยรวม ของผู้คิดเชื่อเอคส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2507, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

2.4 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอคส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.1

2.5 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอคส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.2

2.6 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติของผู้คิดเชื่อเอคส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2225, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.3

2.7 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติของผู้คิดเชื่อเอคส์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.2180, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.4

2.8 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอคส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3753, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.

3) ผลการศึกษาอำนาจทำนายของตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 19.37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่า ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้มากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($Beta = 0.340$, $p < 0.001$) รองลงมา คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ($Beta = 0.1571$, $p < 0.05$) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ($Beta = -0.142$, $p < 0.05$)

อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลวิจัยที่ได้จากการศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยจะแยกพิจารณาเป็น 2 ส่วน ตามความสำคัญของปัญหา ดังนี้

1. การศึกษาความเกี่ยวข้องกันระหว่างตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

2. การศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรบางประการใน โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

ส่วนที่ 1. การศึกษาความเกี่ยวข้องกันระหว่างตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ แยกอภิปรายได้ดังนี้

1. เมื่อพิจารณาผลการวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1. ที่ว่า ปัจจัยร่วมด้านประชากรต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ปรากฏว่า ผลการวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐาน กล่าวคือ

ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ว่าจะมีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะอาการแสดงของโรค ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมี

จริงแล้ว
เป็นเช่นนั้น

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี โดยศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ตามตัวแปรเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ผลพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า อายุ และรายได้ของครอบครัว จะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีไข้ผู้ป่วยโรคเอดส์ จะพบผลที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของศรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Diseases) ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ผลพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N = 330) มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลตนเองจัดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย ของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 4.96 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N = 254) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจัดอยู่ในระดับสูง แต่จากผลการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรคเอดส์ในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N = 216) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จัดอยู่ในระดับมาก (ค่อนข้างไปทางปานกลาง)

การที่พบผลแตกต่างของตัวแปรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยวัณโรคอาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรัง แต่เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง สาเหตุจากการสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันเลือดสูง ซึ่งบุคคลที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะสามารถดำรงชีวิตได้ยาวนาน เพราะโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ใช่โรคติดต่อร้ายแรง แต่เป็นโรคที่จะป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคลุกลามมากขึ้นได้โดย

อาศัยการดูแล การปฏิบัติตนของบุคคลเป็นสำคัญ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของบุคคลในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ สำหรับโรควัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อและเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากเชื้อวัณโรค (Mycobacterium Tuberculosis) ซึ่งวัณโรคปอดมีการค้นพบวัคซีนป้องกันโรค และมียารักษาวัณโรคโดยเฉพาะ มีการค้นพบยารักษาวัณโรคชนิดใหม่ ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ภายในเวลาที่สั้นลงรวมทั้งมีการรักษาทางด้านศัลยกรรมทรวงอกซึ่งช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น

สำหรับในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น กล่าวได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคระบาดร้ายแรงที่สุดในบรรดาโรคติดเชื้อต่างๆ ในปัจจุบันและเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก การติดเชื้อเอดส์นั้นมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคม การแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจของประเทศ และมีผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อเอดส์มากมายหลายด้าน เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต ผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงมาก หรือเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ปอดอักเสบ เกิดโรคแทรกซ้อนในระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง ความรุนแรงของโรคเอดส์จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตลอดจนยังไม่มีวัคซีนป้องกันและยารักษาให้หายขาดได้ ซึ่งสามารถแยกพิจารณาได้ 2 กรณีดังนี้

ในกรณีความรุนแรงของโรคพบว่าโรคเอดส์ในความรู้สึของผู้ติดเชื้อ หมายถึง ความสิ้นหวัง ไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาด โรคนี้เป็นแล้วต้องตาย จะตายเมื่อไรไม่รู้ เป็นภาวะของการหมดคุณค่า (เพียว ศรีแสงทอง, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอดิรัตน์ วัฒนไพสิน (2539) และรัตนา ตำโรงทอง (2539) ที่ได้สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่าเป็น "โรคที่ไม่มีทางรักษา" "โรคที่ตายแล้ว" "โรคที่สังคมรังเกียจ" "โรคผู้ให้บริการมีพฤติกรรมต่ำ" "โรคที่พัฒนามาจากโรคผู้หญิง" ได้สะท้อนให้เห็นถึง ความรู้สึกที่ท้อแท้ หดหู่ ห่วงกังวล กังวลใจ เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต และอนาคตที่จะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้ เข้ามาเป็นภาวะสิ้นหวัง ไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผล ไม่พึงพอใจในชีวิตของตนเอง ผู้ติดเชื้อเอดส์นั้นถึงแม้จะอยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ เพียงแต่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์จะมีปัญหาทางจิตสังคมเป็นอย่างมาก มีความทุกข์ทรมาน สิ้นหวัง ขาดผู้ช่วยเหลือหมดคุณค่าเกิดความขัดแย้งในจิตใจไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ตระหนักรู้อยู่เสมอว่าตนเองไม่มี ความหวังในชีวิต ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่า คนยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่รอด มี กังวลใจต่อชีวิต เพราะผู้ป่วยจะเชื่อว่าเมื่อตนเองเป็นโรคเหล่านี้แล้วตน

เองมีโอกาสรักษาจากการเป็นโรคและ สามารถป้องกันการลุกลามของโรคได้ ทำให้การดำเนินของโรคที่จะรุนแรงเพิ่มขึ้นนั้นลดลงได้

ในกรณีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ผู้คิดเชื่อเอดส์ทุกคนมีการรับรู้และตระหนักว่าจะต้องปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและต้องพยายามหาหนทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด พยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้นๆ โดยพยายามส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง รักษาอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เพื่อลดการดำเนินไปสู่การเกิดโรคเอดส์ให้ช้าลง ซึ่งในโลกยุคปัจจุบันเป็นโลกของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ผู้คิดเชื่อเอดส์สามารถที่จะรับรู้ ข้อมูล ข่าวสารจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การแสวงหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องสุขภาพ ผ่านทางสื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ได้เป็นอย่างดี และทำให้ผู้คิดเชื่อเอดส์เกิดการรับรู้ การใส่ใจ การตอบสนอง ความจำเป็นพื้นฐานได้เท่าๆ กัน ทำให้มีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวต่อโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรควัณโรค เพราะว่าผู้ป่วยสองกลุ่มนี้ ถึงแม้จะต้องปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองเช่นกัน แต่จากลักษณะของโรค ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และโอกาสรักษาจากการเป็นโรคสูงกว่าทำให้ผู้ป่วยสองกลุ่มนี้มีแรงผลักดันเกิดความพยายามในการที่จะปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองได้แตกต่างกันเพราะผู้ป่วยบางรายถ้ามีแรงผลักดันและมีความพยายามมากก็จะมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพตนเองสูง แต่ถ้าผู้ป่วยบางรายไม่มีแรงผลักดัน ไม่มีความพยายามก็จะละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังเช่น ผู้ป่วยวัณโรคปอดบางรายที่มีการศึกษาสูง มีความรู้ดี มีรายได้มากจะมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพราะเข้าใจถึงอาการและการรักษาของโรคว่า วัณโรคปอดเป็นโรคที่ควบคุมได้ และไม่มีอาการลุกลามต่อไปจนกระทั่งเนื้อปอดถูกทำลายถ้ารับประทานยาที่แพทย์แนะนำให้อย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยาหรือหยุดยาเอง ก็ทำให้ในการรักษาวัณโรคได้ผลดี แต่ถ้าในผู้ป่วยบางรายที่มีความรู้ น้อย รายได้น้อย อาจไม่มารับการรักษาไม่มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และหยุดยาเองไม่รับประทานยาต่อเนื่องครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จะทำให้เชื้อวัณโรคคือต่อยาไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

กล่าวโดยสรุป จากลักษณะโรค การดำเนินของโรค และการเน้นการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ ทำให้ผู้คิดเชื่อเอดส์ทุกกลุ่มทุกสถานภาพต่างๆ ต่างมีความตระหนักที่จะต้องปฏิบัติ ทำให้ไม่เกิดแรงผลักดัน และความพยายามที่จะปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเองให้แตกต่างกัน ซึ่งต่างกับผู้ป่วยโรคอื่น ที่พบว่าทุกกลุ่มอายุหรือกลุ่มที่มีสถานภาพต่างกันจะมีแรงผลักดัน กำลังใจ ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมได้ต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2. เมื่อพิจารณาผลการวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4 ปรากฏผลสนับสนุน ดังต่อไปนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.2007 ($P < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.1 แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิต่ำ คือการได้รับการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติพี่น้อง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่ำด้วย ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผลกระทบจากการติดเชื้อเอดส์ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความบกพร่อง มีข้อจำกัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการแสดงบทบาทของตนเองที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงาน ผู้ติดเชื้อเอดส์ อาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้จากการประกอบอาชีพลดลง หรือไม่มีเลย ซึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ทำงานได้น้อยลง นอกจากนี้ยัง รู้สึกว่าตนเองเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอดส์มักมีการคิดเขินอายโอกาสทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในด้านแรงงานและบริการบางอย่างรวมทั้งด้านการเงินและสิ่งของจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เกิดความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกหวั่นไหวต่อการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ความรัก ความเอาใจใส่ ต้องการระบายความคับข้องใจความทุกข์ของเขาด้วยความสนใจ ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกว่าตนไร้คุณค่า (Penneo. 1984 : 460) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมินี้ สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เชื่อว่ามีคนให้ ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง หรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb. 1976 : 300) ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมไทย ที่มีความผูกพัน ภายในเครือญาติค่อนข้างเหนียวแน่น บิดามารดามีความรักห่วงใยต่อบุตรธิดาอย่างลึกซึ้ง ทั้งขณะที่ยังเป็นเด็กและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หรือแม้กระทั่งแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม ความผูกพันระหว่างครอบครัวเก่าและครอบครัวใหม่ก็ยังมีอยู่ มีการไปมาหาสู่ซึ่งกันและกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้านซึ่งทำให้ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง จะให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่ต่อกัน เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เมื่อได้รับการตอบสนองที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว จะเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีเสถียรภาพมั่นคง และมีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น สามารถควบคุมตนเองในการแก้ปัญหา เกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาต่อสู้อุปสรรคต่างๆ อันเนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ คอลเลตตา (Coletta. 1981 : 191) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากมารดาของตัวเอง ด้านอารมณ์ ด้านการเงิน มารดาวัยรุ่นจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีพฤติกรรมการเป็นมารดาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรภักดิ์ (2537) ได้วิจัย เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรค

เอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราคนราคร โดยการศึกษาเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย คือให้คำปลอบโยน คำปรึกษาแนะนำ รับฟังการปรึกษาหารือ ไม่แสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลไปได้มาก ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร กาญจนรังสีชัย (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอินทางเส้นเลือดที่เข้ามารับการบำบัดขั้นตอนพิชที่โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลตากสิน ผลการวิจัย พบว่า ผู้เสพยาโรอินส่วนใหญ่ การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายในรูปแบบครอบครัว เครือญาติ และการสนับสนุนนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

2. แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.2011 ($p < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.2 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในสังคมต่อผู้ป่วยโรคเอดส์จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลและองค์กรรอบข้างอย่างเหมาะสม อย่างเช่น การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเรื่องปกติมิใช่เรื่องน่ารังเกียจ ทั้งยังช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการยอมรับ แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว หรือแนวทางการใช้ชีวิตให้ถูกต้องเพื่อความยืนยาวของชีวิต ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจที่จะอยู่ในสังคมต่อไป และยังสามารถช่วยส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลให้มีการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีอีกด้วย ทั้งด้านการได้รับการบริการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับการบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ค่าบริการต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง และหากมีปัญหาสามารถติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงความช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูล หรือคำปรึกษาแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เกิดเสถียรภาพทางด้านร่างกายและช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้ง เกิดกำลังใจที่จะติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และนอนหลับอย่างเพียงพอ รวมทั้งสามารถที่จะปรับตัวในการลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังณริยา ปทุมวัน (2534 : 41) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การศึกษาของ นัศรุลัย โจอารีย์ (อุไรพันธ์ เมฆา. 2541:37; อ้างอิงมาจาก นัศรุลัย โจอารีย์. 2533:83-86) ในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของเบลซิค (Belchic. 1996) ได้ศึกษาเรื่องความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกในการเป็นพ่อแม่ของพ่อแม่เด็ก 3 กลุ่ม คือ เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เด็กพิการ และเด็กที่มีพัฒนาการปกติ ผลการวิจัย พบว่า พ่อแม่เด็กก้าวร้าว และพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อน ระบุว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมในปริมาณที่มากจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อจิตใจสามารถลดความวิตกกังวลและสิ้นหวังได้มากการศึกษาของวู้ดรอฟฟ์ (Woodroffe. 1993) ได้วิจัยเรื่องความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information Support) บุคคลที่จะให้ข้อมูลข่าวสารต้องเป็นบุคลากรระดับวิชาชีพทางการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้พวกเขากล้าที่จะเผชิญกับความจริงและสู้หน้ากับผู้อื่นได้ การศึกษาของจารีชีวิตกิ (อุไรพันธุ์เมฆา. 2541:35; อ้างอิงมาจาก Jarazewski. 1995) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม การประเมินคุณค่าของตนเอง ความทุกข์จากการเกิดโรค และความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณ (2533) ได้วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาวะจิตสังคม ของผู้ติดเชื้อเอดส์ในชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 6 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ระบุว่าพวกเขาต้องการความเข้าใจทางสังคม การยอมรับ และสัมพันธ์ที่ดีจากบุคคลอื่น

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ จะมีผลภายในจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น

3. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.1 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่รับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ และไมแมน ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง จะเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดในการที่จะทำให้บุคคลนั้นๆ เลือกรับปฏิบัติที่เขาเชื่อว่ามีประโยชน์ต่อเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุดด้วย ในกรณีที่วิธีการปฏิบัติหลายวิธี แต่ถ้ามีเพียงวิธีเดียวก็จะเลือกที่จะปฏิบัติ

มากกว่าหลักเลี้ยง (Becker and Maiman, 1974 : 13-15) ซึ่งอาจเนื่องจากบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ไม่เชื่อการรักษาของแพทย์ ทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนผิดไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 78) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 59) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดปัญหา สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 59) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการ โรคซิฟิลิสของคณงาน โรงโม้หินจังหวัดสระบุรี การศึกษาของมอนท์ โกเมอรี และคณะ (ยาวรัตน์ สุภกรรม, 2540:38; อ้างอิงมาจาก Montgomery et al. 1980) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นไม่สามารถวัดความสัมพันธ์ออกมาได้ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจเป็นเพราะผู้คิดเชื่อแม้ว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคอย่างชัดเจนรวมทั้งอาจยังไม่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์จึงส่งผลให้การรับรู้ในส่วนนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์

4. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 3.2 แสดงว่า ผู้คิดเชื่อเอดส์ ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัดดอล และวีลเลอร์ (Rundall and Wheeler, 1979 : 191 – 200) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคภูมิคุ้มกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยินยอมรับภูมิคุ้มกัน ไข้หวัดใหญ่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าการ รับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536 : 53) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติด พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และการศึกษาของ ประยงค์ ตั้งพงษ์ (2534 : 66) พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่ง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณเองคิดเชื่อเอดส์ แต่บางรายยังไม่มีอาการแสดงของโรค บางรายอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นกับตนยังอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้คิดเชื่อเอดส์จึงทำให้ผู้คิดเชื่อเอดส์ มีความเชื่อว่า อาการหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นยังไม่ก่อให้เกิดความรุนแรงต่างๆ เช่น พิการ เสียชีวิต จึงส่งผลให้การรับรู้ในส่วนนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

กล่าวโดยสรุป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย เป็นเรื่องภายในจิตใจของผู้ป่วย ที่อาจเกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ จึงทำให้การรับรู้ในสองส่วนนี้ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง

5. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.2225 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้คิดเชื่อเอดส์ ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูง และถ้ามีการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติต่ำ จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองน้อย อธิบายได้ว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม และการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดนั้นเป็นผลจากความเชื่อปัจจุบันของบุคคลนั้นและความคาดหวังของบุคคลที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่รัก ซึ่งผู้คิดเชื่อเอดส์ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัติมีผลดีในการป้องกันการโรค สามารถสืบค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ตลอดจนสามารถบรรเทาอาการหรือรักษาอาการของโรคได้ โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และมีการรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และ โรเซนสตอก (Becker and Rosenstock. 1997:268-277); รัลดอล และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1979:191-200); เคิร์ชท์ และ โรเซนสตอก (Kirscht and Rosenstock. 1977:115-124); รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) ; นักสุวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61); ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66); ศิริพร พงษ์โกภา (2532 : 93); นิตยา ภาสุพันธ์ (2529 : 82); พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ (2531 : 55) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นเพราะการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของบุคคลซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

6. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ

-0.2180 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้คิดเชื่อเอดส์ที่รับรู้ถึงอุปสรรคปัญหาหรือความยุ่งยากที่จะปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองต่ำจะมีแนวโน้มการปฏิบัติในการทำพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมาก และผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย อธิบายได้ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ฯลฯ ฉะนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับปัจจัยข้างต้น ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532:88); กรแก้ว กอวัฒนา (2531:199); เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 106); นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61); รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98); ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 57); สนิท พึ่งสาย (2539 : 125); ศิริพร พงษ์โกคา (2532 ; 93); สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60); นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

7. การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.3753 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4. แสดงว่า ผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสูงจะมีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง และผู้คิดเชื่อเอดส์ที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมน้อย จะมีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทำให้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พัฒนาต่างจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่เป็นต้นแบบ นั่นคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะเป็นตัวกำหนดเจตนาที่จะทำพฤติกรรม เช่นเดียวกับกำหนดพฤติกรรมที่มีความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นยากหรือง่ายเพียงใด และบุคคลสามารถควบคุมให้พฤติกรรมที่ต้องการทำนั้นสำเร็จลงได้ โดยการพิจารณาความสามารถในการทำพฤติกรรมกับความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเอื้ออำนวย หรือ ปัจจัยขัดขวางการกระทำพฤติกรรมนั้น เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้คิดเชื่อมีการรับรู้และประเมินว่า การประกอบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับเขาเป็นสิ่งที่ง่ายและสามารถกระทำได้ด้วยตนเองไม่ต้องขึ้นกับบุคคลอื่นหรือสถานการณ์อื่นที่เป็นตัวกระตุ้นให้เขากระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีงานวิจัยที่พบผลการศึกษาสอดคล้อง ดังเช่นงานวิจัยของ อาริวรรณ รุ่งทวิวิช (2541 : 98) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

รีไซเคิลขยะมูลฝอยทางตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรีไซเคิลขยะมูลฝอยทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจิระนันท์ พากเพียร (2540 : 77) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการป้องกันการคิดเชื่อแบบครอบจักรวาลทางตรงจะมีผลให้นักศึกษามีความเข้าใจ และพยายามที่จะป้องกันการคิดเชื่อแบบครอบจักรวาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3241, p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เมื่อนักคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพโดยรับรู้ว่าตนจะได้ประโยชน์และเกิดสิ่งที่ดีขึ้นกับตนแล้ว ถ้าตนปฏิบัติกิจกรรมนั้นและรับรู้ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้นได้โดยสามารถขจัดปัญหาหรืออุปสรรคในการทำพฤติกรรมนั้นได้แล้วตนจะได้รับผลประโยชน์จากการกระทำหรือการปฏิบัตินั้น จึงทำให้การศึกษารับรู้ในสามส่วนนี้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติส่วนตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์คือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย สำหรับตัวแปรนอกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 2 การศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรบางประการในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์

ผลการศึกษา พบว่า ชุดตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอดส์ได้ ซึ่งเรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นตัวแปรทำนายตัวแรกที่มีอิทธิพลสูงสุดสามารถทำนายได้ร้อยละ 14.08 รองลงมา คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นตัวทำนายอันดับที่ 2 โดยสามารถทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มขึ้น จากการใช้ตัวแปรทำนายตัวแรก ร้อยละ 3.38 และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเป็นตัวทำนาย อันดับที่ 3 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มขึ้น จากการใช้ตัวแปรสองตัวแรก ร้อยละ 1.91 ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร เป็นกลุ่มตัว

ทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 19.37 อภิปรายได้ว่า

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวแปรที่มีประสิทธิภาพการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายใต้กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ โดยใช้ตัวแปรทั้งหมด 7 ตัว คือ ตัวแปรจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ตัวแปร และเพิ่มตัวแปรนอกอีกหนึ่งตัวแปร คือการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวแปรที่สามารถทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 19.37 ซึ่งตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์สูงสุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($Beta = 0.340, p < 0.001$) ซึ่งเป็นตัวแปรเดียวที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้สูงถึงร้อยละ 14.08

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวแปรแรกที่มีความสำคัญมากที่สุดที่สามารถเข้าสมการทำนายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง 7 ตัวแปร (จากตาราง 17) คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้นพบว่ามีเพียง 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กับความพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์มากที่สุด ($r = 0.3752, p < 0.001$) จึงทำให้เป็นตัวแปรแรกที่มีความสำคัญและมีอำนาจในการทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังมีพฤติกรรมการไร้ขีดละเลย (อาร์วีวรรณรุ่งทิวณิช. 2541) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (จิระนันท์ พากเพียร. 2540) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Ann. 1994) พฤติกรรมการใช้ถุงยางของนักศึกษาปริญญาตรี วัยเจริญพันธุ์ (Gene. 1994) พฤติกรรมการใส่ถุงมือ (Fox. 1994)

ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นตัวแปรสำคัญอันดับที่สอง ($Beta = 0.157, p < 0.05$) ที่สามารถเข้าในสมการทำนายได้ เนื่องจาก เมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์จากตาราง 17

จะพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.2225, p < 0.001$) เป็นลำดับที่สองรองจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจึงทำให้เป็นตัวแปรที่สองที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังเช่น พฤติกรรมการปฏิบัติการรักษาตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาล (กิตติยา เศรษฐไพโรจน์. 2533) พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูติทางเส้นเลือด (เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. 2532) พฤติกรรมการตรวจเต้านมของ जानิค ซี ฮาลอล (Hallal. 1982) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวทำนายการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยสามารถใช้อธิบายความแปรปรวนของการตรวจเต้านมได้ร้อยละ 0.16 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส ของคนงานโรงไม้หิน (นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. 2536) พฤติกรรมสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. 2531)

สำหรับการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเป็นตัวแปรสุดท้ายที่สำคัญเป็นอันดับที่สาม ($\text{Beta} = -0.142, p < 0.05$) ที่สามารถเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นลำดับที่สามเมื่อพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ ($r = -0.128, p < 0.001$) จึงทำให้เป็นตัวแปรที่สามที่เข้าในสมการทำนายและทำให้ประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังเช่น พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ซิฟิลิโคซิส (นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. 2536) พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (สุรี โอภาสศิริวิทย์. 2531)

ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ เนื่องจากตัวแปรการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทำให้ไม่สามารถเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้

สำหรับตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิและตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ ถึงแม้จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.2017, p < 0.01$) และ ($r = 0.2011, p < 0.01$) ตามลำดับแต่พบว่า ไม่สามารถเข้าสมการในการทำนายครั้งนี้ได้ อาจเป็นเพราะแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่ม

หุติยภูมิมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r = 0.2416$, $p < 0.001$) และ ($r = 0.2177$, $p < 0.001$) ตามลำดับในระดับที่สูงกว่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจึงทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติได้เข้าในสมการและทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มหุติยภูมิไม่สามารถเข้าในสมการทำนายได้

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอคส์ภายใต้กรอบการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้และเมื่อนำมารวมกับตัวแปรการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและตัวแปรการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำนายเพิ่มขึ้นโดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 19.37 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายได้ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสูงคือ สามารถควบคุมการทำพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมที่ดีที่เหมาะสมได้มากและรับรู้ว่าจะทำเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อตนเองพร้อมทั้งรับรู้ว่าจะจัดจางหรืออุปสรรคในการปฏิบัตินั้น มีน้อยก็จะทำให้บุคคลมี พฤติกรรมการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่ดีที่สุด ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื่อเอคส์ ดังนั้น ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอคส์ให้เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ถึงแม้พบว่าผู้คิดเชื่อเอคส์มีระดับของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่มากก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังแสดงในตาราง 34 (ภาคผนวก ง) จะพบว่า ข้อคำถามบางข้อยังมีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ปลอดโปร่ง การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การลดความตึงเครียดโดยการนั่งสมาธิ อ่านหนังสือ การอ่านเอกสารหรือรับฟังข่าวสารโรคเอดส์ และการยอมรับภาวะสุขภาพเจ็บป่วยซึ่งเป็นข้อคำถามที่ควรจะนำไปปลูกฝัง ส่งเสริม กระตุ้นเตือนให้ผู้คิดเชื่อเอคส์ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้คิดเชื่อเอคส์เกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทำพฤติกรรมนั้น (เช่น การลดความตึงเครียดโดยการนั่งสมาธิ หรืออ่านหนังสือเป็นกิจกรรมที่ควรกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอคส์ตระหนักว่าเป็นสิ่งที่ง่ายสำหรับเขา

และเขาสามารถควบคุมที่จะทำกิจกรรมอันนี้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องขึ้นกับบุคคลอื่นหรือเหตุการณ์อื่นที่จะมาเป็นแรงผลักดันให้เขาต้องทำกิจกรรมนี้ หรือการอ่านเอกสารรับฟังข่าวสารโรคเอดส์ ก็เป็นกิจกรรมที่ควรกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอดส์กระทำ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เห็นถึงข้อดีของการทำกิจกรรมนี้เพื่อให้เขาเกิดการรับรู้และเชื่อว่าการทำกิจกรรมนี้เป็นสิ่งที่ดีและง่าย เขาสามารถที่จะควบคุมการทำกิจกรรมนี้ได้ด้วยตนเอง เป็นต้น) ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่ดีและคงที่ต่อตนเองได้

2. นอกจากการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมแล้ว จากผลการวิจัยนี้ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดี คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติให้เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ในการวิจัยนี้แม้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีระดับของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับที่มาก ทั้งในแง่ของคะแนนรวมและคะแนนรายข้อก็ตาม แต่ตัวแปรนี้ก็ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอีกทั้งยังสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ และจากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($SD = 4.88$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความแตกต่างกันในคะแนนด้านนี้ นั่นคือ ยังมีบางคนที่คะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่มาก ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการลดความกลัว วิตกกังวลในสิ่งที่ไม่เข้าใจ หรือมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอาการของโรคเอดส์ให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และเห็นถึงผลประโยชน์ผลดีที่ตนจะได้รับจากการปฏิบัตินั้น อันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น

3. นอกเหนือจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติให้น้อยลง กล่าวคือจากผลการศึกษาวิจัย พบว่าตัวแปรนี้ก็สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอดส์มีระดับของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติในระดับที่น้อยลง โดยเฉพาะการลดอุปสรรคถึงขีดขวางเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ การอ่านเอกสารหรือรับฟังข่าวสารโรคเอดส์ การเลือกอยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก และการออกกำลังกายปฏิบัติ ดังแสดงในตาราง 32 (ภาคผนวก ง) ซึ่งพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพบว่าเป็นข้อคำถามที่ยังมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติในระดับที่มาก ดังนี้ เราควรทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการรับรู้อุปสรรคของการ

ปฏิบัติให้น้อยลง โดยอาจพยายามเน้นให้เห็นถึงประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เพื่อจะได้ลดปัจจัยที่ขัดขวางในการทำนั้นลงและจะทำให้ผู้คิดเชื้อเอดส์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีได้

4. ประการสุดท้ายควรส่งเสริมการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้คิดเชื้อเอดส์ให้เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แม้พบว่าตัวแปรนี้ไม่สามารถเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ได้แต่ตัวแปรนี้ก็ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งยังมีระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิอยู่ในระดับคะแนนมาก (ก่อนไปทางปานกลาง) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิอยู่ในระดับคะแนนปานกลาง ดังนั้น จึงเป็นปัจจัยที่น่าจะนำไปพัฒนาเพื่อให้ผู้คิดเชื้อเอดส์เกิดการรับรู้ในระดับที่สูงขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง โดยการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การแสดงความห่วงใย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ คำปรึกษาตลอดจนคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้คิดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และเปิดโอกาสให้ผู้คิดเชื้อเอดส์ได้พูดคุย ซึ่งอาจก่อให้เกิดกำลังใจ และคลายความทุกข์กังวล จากการได้รับทราบว่า มีบุคคลอื่นๆ ที่ประสบปัญหา เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษารั้ครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ จึงควรจะนำตัวแปรนี้มาศึกษาร่วมด้วย
2. นอกจากนี้ จากผลการศึกษาวิจัย พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองผู้คิดเชื้อเอดส์ได้ร้อยละ 19.37 ส่วนอีกร้อยละ 80.63 อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ ดังนั้น ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ครั้งต่อไป ควรประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำนาย และอธิบายถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้คิดเชื้อเอดส์ให้เพิ่มมากขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดลำนเา.
- กิตติยา เตชะไพโรจน์. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อุดลำนเา.
- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมชลอการรักษของผู้ป่วยวัณโรคปอด วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อุดลำนเา.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. "สถานการณ์โรคเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2541," วารสาร โรคเอดส์. 10 (1):1-9; 2541.
- กองระบาดวิทยา. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ประจำปีวันที่ 31 สิงหาคม 2539. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539. อุดลำนเา.
- กองโรคเอดส์. สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องเอดส์ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ในเอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. หน้า 241. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527 .
- จรูญ ทองถาวร. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2530.
- จรรยา เศรษฐบุตร. "แนวความคิดและทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ : ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 50 ปี," ใน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มานุษยวิทยาการแพทย์. หน้า 8-26. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529 .
- จารุณี สุดดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อุดลำนเา.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อุดลำนเา.

- จิระนันท์ พากเพียร. การทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุมวงจรในคลินิกทันตกรรมของนักศึกษาทันตภิบาล : ทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- จิตรรา เจริญภัทรภักซ์. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบาราศณราดูร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.อัดสำเนา.
- จิราพร ถนอมกล่อม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้ส่งสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- จันทพงษ์ วะสี. “ไวรัสก่อโรคมุมิคุ้มกันเสื่อม,” ในเอกสารประกอบการบรรยายพิเศษเรื่องผลกระทบของโรคเอดส์ต่อการพัฒนาประเทศ และนโยบายของประเทศไทยเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและป้องกัน. มหาวิทยาลัยมหิดล อาคารเรียนรวมบัณฑิตศึกษา ศาลาฯ, 2537.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. คู่มือโรคเอดส์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลียงเชียง, 2532.
- ศรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการใน สำนักงานโรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2536.
- ทิตยัทยา หยมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- ทรงพล หุคผาด. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาล ราชบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิซของคณงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

- นวลจันทร์ เกรียวฉนิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยหัวใจ วายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา เย็นฉ่ำ. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดอุบัติเหตุของบุคลากรภายใน โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎ และ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา โชตินอก. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ โรคของจระเข้ของมารดาในการเลี้ยงดูเด็ก อายุ 2-5 ปี อำเภอบางละมุง จังหวัด นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- บรรจง คำหอมกุล และคณะ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2535.
- บุษกร สุรรังสรรค์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษ ทางเสียงของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคใน ศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. “โรคเอดส์และตัวทำในปี 2532,” ในเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องเอดส์ : ภัยมืดที่ป้องกันได้. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงแรม เชียงใหม่พลาซ่า จังหวัดเชียงใหม่, 2532.
- ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ. โรคเอดส์ปี 2536. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โครงการโรคเอดส์ สภาอากาศไทยและคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

ประสพสุข อินทรักษา. ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมสุขภาพ,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา.

หน่วยที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ประยงค์ ตั้งพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ประสพ ยุทธเมธากร. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

ประเสริฐ ทองเจริญ. เอกลักษณ์อาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.

เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

เพียว ศรีแสงทอง. มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองและการเปิดเผยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ ศูนย์กลางประสานงานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย โครงการประสานงานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย โครงการโรคเอดส์สภาวิชาชีพไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539. อัดสำเนา.

พริภา ชัยโกศล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

พิกุล นันทชัยพันธ์. การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี : การศึกษาเชิงคุณภาพ รายงานการศึกษาประกอบวิชาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (NSGR 612 : Independent Study). หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่ม ที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร,” รายงานการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

เพชรรัตน์ อมรชีวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อ ป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

พวงพยอม การัญญา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์. “สภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ (วิจัยนำเรื่อง),” ในเอดส์รีเสิร์ชอิน ไทยแลนด์ (AIDS Research in Thailand), หน้า 85-86. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

ภาวนา กิริติขดวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำ จังหวัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

มนัส จินตนะคิลกุล. การเปรียบเทียบรูปแบบของฟิชโบนกับรูปแบบของทรีแอนดิสในการ ศึกษาพฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งซ่อมสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของครูและ ผู้นำท้องถิ่นในเขตเลือกตั้งที่ 1 จังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 28 ธันวาคม 2529. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร. เอดส์: การดูแลรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทไชร์ จำกัด, 2535.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรค เอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

มัลลิกา มัติโก. “แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริม สุขภาพ,” ใน คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. โครงการขำยงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

ยงยุทธี พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาว
ชนบทในจังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรี
 นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติ
กรรมของผู้ป่วยระดับอำเภอจากไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

เยาวรัตน์ สุกกรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยว
กับการป้องกันโรคพิษและเห็บอีกเสบของเด็กนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรี
 นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยจิตสรวางประการ
กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

รัตนา ตำโรงทอง. แนวคิดการอธิบายโรค การปฏิบัติตน และการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อ
และผู้ป่วยโรคเอดส์: กรณีศึกษาในสำนักงานสงฆ์แห่งหนึ่ง. ปรินญาณิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.

รุ่งศรี ศศิธร. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทาง
สุขภาพกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จากการทำงานของคนงานก่อสร้างใน
บริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

รุ่งศรี ยุ่งทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมใน
การป้องกันโรคเอดส์ ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

วัฒนา วุฒิวรรณ. การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้ และไม่ใช่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน
การโรคและ โรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรคเขต 3 จังหวัด
ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วรรณระวี อังนิจ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

- วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ อำนาจภายใน – ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- วีณา ศิริสุข “พฤติกรรมยอมรับในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง,” พฤติกรรมสุขภาพช่วยงานวิจัยสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี, 2535.
- ศิริพร พงษ์โกคา. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท. ม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สุกชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญผดุง. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- เสมอจันทร์ อะนะเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ วท. ม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- สนิธ พึ่งสาย. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สมทรง รักษ์เผ่าและ สรวงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. หน้า 37-41. โครงการสวัสดิศึกษาการ. สถาบันพระบรมราชชนก : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มกราคม 2540.
- สมทรง สุกศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.

สมพร ไตศิริวัฒนา. การศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติด ณ โรงพยาบาลนนทบุรี และคลินิกยาเสพติดของสำนักงานมัย
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
 อัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมใจ ยิ้มวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการ
ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2531. อัดสำเนา.

สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน เพื่อป้องกัน
การโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
 อัดสำเนา.

สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
ขนิษฐการพิมพ์, 2527.

สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัครมนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ
ป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2528. อัดสำเนา.

สุภาพร ศว่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้
ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2531. อัดสำเนา.

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

ศุภักตร์ วาณิชเสณี และคนอื่นๆ. “การสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอดส์ครั้งแรกในผู้ติดยาเสพติดในคลินิกรักษาของกรุงเทพมหานคร,” วารสารโรคเอดส์. 2 :75-82; 2532.

สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล
รัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สุวารีวรรณ กิจสมัคร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรม
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรียญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

โสพรรณ โพทะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับ
การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535 ทั่วราชอาณาจักร. หน้า 79. ม.ป.ท., 2535.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. หน้า 6. ม.ป.ท., 2536.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. หน้า 173 – 174. ม.ป.ท., 2537.

สำนักงานกฤษฎีกา. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540 – 2544. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ, หน้า 4. 2539.

อดิรัตน์ วัฒนไพลิน. อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ
เอช ไอ วี ที่ไม่แสดงอาการ:การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร. ปรียญานิพนธ์ กศ.ค. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

อนงค์ พานิชปฐมพงศ์. “ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย,”
ใน ข่าวสารการพยาบาล. 2 (2) :พฤษภาคม – สิงหาคม 2529.

อังกริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรค
มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

อรทัย รวยอาจิน. ความเชื่อและพฤติกรรมในการตรวจปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแบบแผน
ควบคุมโรคมาลาเรียในเขตชนบทของประเทศอินเดีย. วิทยานิพนธ์ ศ.ค. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์, 2531. อัดสำเนา.

- อรวรรณ ประสาทสุวรรณ. ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อารีวรรณ รุ่งทิวณิช. พฤติกรรมการใช้เคลือบฟันของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตทดลองโครงการใช้เคลือบฟันของกรุงเทพมหานคร : ศึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- อุสมพร ปรีนทราภิบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- อุไร พันธุ์เมฆา. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- อังคณา จิราจินต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสัชย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือดขณะเข้าบำบัดรักษาชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- Allan, J.D. "Focusing on living, not dying : A naturalistic study of Self-care among seropositive gaymen," Holistic Nursing Practice. 4 : 56-63; Febreuary, 1990.
- Ajzen, I and T.J. Madden. "Prediction of Goal-Directed Behavior Attitude, Intentions and Perceived Behavioral," Journal of Experimental Social Psychology. 22 : 453 - 474 ; 1986
- Becker, M.H. and L. Maiman. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health And Medical Care Recommendation," Medical Care. 13: 10-24; January, 1975.
- Becker, M.H. and L. Maiman. "The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory," The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Edited by M.H. Becker, p. 9-25. New Jersey. Charles B. slack Inc., 1974 .

- Becker, M.H. and I.M. Rosenstock. "Compliance with a Medical Regimen for Asthma : a Test of Health Belief Model," Journal of Publi Health Report. 93 : 268 – 277; May – June, 1977 .
- Becker, M.H. and et al. "The Health belief model and prediction of dictary Compliance : A field experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18:348-366; December, 1977.
- Belchic, Jill Kimberly. "Stress, Social Support, and Sense of Parenting Competence: A Comparision of Mothers and Fathers Children with Autism, Down Syndrome, And Normal Development across the Family Life Cycles, "Dissertation Abstracts International. 57(2): 574-A; August 1996.
- Brown, J.P., M.Mc. Greedy. "The hale elderly; health behavior and It's correlates," Research in Nursing and health. 9: 317-329; December, 1986
- Blue, L.C. "The Predictive Capacity of the Theory of Reason Action and the Theory of Planned Behavior in Exercise Research: An Integrated Literature Review," Research in Nursing and Health. 18: 105-121; 1995.
- Calman, M.W. and S. Moss "The Health Belief Model and compliance with Education at a class in Breast Self Examination," Journal of Health and Social Behavior. 25: 198-210; June, 1984.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 83: 300-314; September – October, 1976.
- Coletta, N.D. "Social Support and Risk of Maternal Rejection by Adolescent Mothers," The Journal of Psychology. 109:191-197; August, 1981.
- Cockerham,W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliff : Prentice – Hall Inc., 1982.
- Cummings, K.M. et al. "Psychosocial Determinants of Immunization Behavior in a Swine Influenza Campaign," Medical Care. 17:639-649;6 June, 1979.
- Darbyshire, J.H. "HIV infection and Tuberculosis," Quarterly Journal of Medicine. 80: 563-564; July, 1991.
- Dingwall, R. Aspects of Illness. p.3. New York : St. Martin Press, 1976.

- Dunchy, C.A. "Mental Health Needs of clients Along the Continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, " In Psychiatric Mental Health Nursing. p. 716-719. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1991.
- Flaskerud, J.H. & P.J. Ungvarski, HIV/AIDS : A Guide to nursing care. p. 241-242. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1992.
- Fairchild, P.G. "Acquired immunodeficiency Syndrome," Infections Diseases. 336-340; 1992 .
- Gene, Burzette Rebecca "Undergraduates Condom Use: Thee Theory of Planned Behavior and The Role of Perceived Vulnerability to AIDS," Dai-B. 55 : 2033 ; November, 1994.
- Green, Lawrence W. and et al. Health Education Planning : A Diagnostic Approach. Palo Calif: May field Publishing, 1980.
- Hallal, J.C. "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self – Examination in Adult Women," Nursing Research. 31 : 137-142 ; May – June, 1982.
- Haefner, D.P. and J.P Kirscht. "Motivational and Behavioral Effect of Modifying Health Belief, " Public Health Report. 40 : 478-483 ; July, 1970.
- Hongvivatana, T. National strategies for Self – care. Thailand : Center for Health Policy studies Mahidol University, 1990.
- Kelly, J.A. and J.S. Lawrence. The AIDS Health Crisis : Psychological and Social Intervention. 2nd ed. USA : Plenum Press, 1988.
- Kegeles and others. "Survey of belief about cancer detection and taking papanicolaou tests," Public Health Reports. 80: 123; September, 1965.
- Kegeles, S.S. "Some Motive for Seeking Preventive Dental care," Journal American Dental Association. 116-173 ; 1963.
- Kirscht, J.P. and I.M. Rosenstock "Patient Adherence to Antihypertensive Medical Regimen," Journal of Community Health. 3: 115-124; 1977.
- Langile, J.K. "Social Network, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18: 244-265; September, 1977.

- Leavitt, F. "The health beliefs model and utilization of ambulatory care services," Social Science and Medicine. 13 : 105 – 112; 1979.
- Levin, L.S. "The layperson as the primary health care practitioner," Public Health Reports. 91 : 206-210; March, 1976.
- Levinson, S.F. and P.G. O'Connell. "Rehabilitation Dimensions of AIDS : A Review," Achieves Physical of Medical Rehabilitation. 72 : 690-696; August, 1991.
- Lovejoy, N.C. et al. "Potential Correlates of Self-care and Symptom distress in homosexual bisexual man who are HIV seropositive," Oncology Nursing Forum. 18 : 1174-1185; July, 1991.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. p. 150. Norwalk : Appleton Crofts, 1982.
- Pender, Nola, J. "Health – Protection (Preventive) Behavior," Health Promotion in Nursing Practice. 43-51; 1991.
- Pender, Nola, J. "Theories for understanding health protection; " Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Stamford : Appleton V Lange. 35-38; 1996.
- Pinneo, R. "Living with Coronary Atery Diseases : the Nurse's Role," The Nursing Clinics of North America. 19:459-467; September, 1984.
- Phipps, W.J. et al. Medical – Surgical Nursing Concept and Clinical Practice. 4th ed. USA: 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 : 20-21; July, 1993.
- Ragsdale, D., J.R. Morrow. "Quality of life as a function of HIV classification. " Nursing Research. 39: 355-359; June, 1990.
- Ragsdale, D., J.A. Kotarba and J.R. Morrow. "Quality of life of hospitalized persons with AIDS," Journal of Nursing Scholarship. 24 : 259-265; April, 1992.
- Rokeach, M. Belief Attitude and Value: A Theory of Organization and Change. Sanfransisce: Jossey Bass, 1970.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origin of the Health Belief Model," The Health Belief Model and Personal Health Behavior. p. 1-9. Edited by M.H. Becker. New Jersey : Charles B. Slack Inc., 1974.

- Rundall, T.J. and R.C. Wheeler. "Factors Associated with Utilization of the Swine – Flu Vaccination Programme among Citizens in Tompkins Country," Medical Care. 17 : 191-200; 2 February, 1979.
- Schcibe, K.E. Beliefs and Value. p.159. New York : Holf Rinehart and Winston Inc., 1970.
- Smith, J "The idea of health: A philosophical inquiry," Advances in Nursing Science. 3 : 43-50; 1981.
- Stillman, M.J. "Women's Health Beliefs About Breast Cancer and Beast Self – Examination," Nursing Research. 26 : 121-127 ; April, 1997.
- Ungvarski, P. Coping with infection that AIDS Patients Develop. 55-58; November, 1988.
- Valente, S.M., J.M. Saunders and G. Uman. "Self – care Psychological distress, and HIV Disease," Journal of Association of Nurses in AIDS Care. 4:15-25; October-December, 1993.
- Weinberger, M. and Others. "Health beliefs and Smoking behavior, "American Journal of Public Health. 71: 1253-1255; 1981.
- Weissfeld, J.L., J.P. Kirsct and B.M. Brock. "Health Beliefs in a Population : The Michigan Blood Pressure Survey," Health Education Quarterly. 17: 141-155; 1990.
- Weitz, R. "Uncertainly and the lives of persons with AIDS, "Journal of Health and Social Behavior. 30 : 270-281; September, 1989.
- Woodroffe, Annette Angela. "The Social Support Needs of Persons with HIV and AIDS: The Case of Clients with Buddies at the Health Education Resource Organization (HERO)," Dissertation Abstracts International. 54(6):2324-A-2325-A; December 1993.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- 1 คร. นิยะดา จิตต์จรัส
 ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- 2 อาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์
 ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- 3 อาจารย์วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว
 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- 4 อาจารย์ ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท
 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- 5 นางสาววันดี เขี่ยมวานิชนันท์
 นักวิจัย
 ศูนย์วิจัย โครงการโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบระดับของการรับรู้ และการปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพตนเองของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้อย่างเหมาะสม

แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 6 ตอน

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางปัจจัยร่วมด้านประชากร
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง
- ตอนที่ 6 การแสดงความคิดเห็น

โดยขอให้

- ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และโปรดตอบทุกข้อ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล
- การตอบแบบสอบถามในแต่ละฉบับ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบมากที่สุด

ขอขอบคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวพรรณทิพา เหมแหวน

นิติศปริญญโท วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยร่วมด้านประชากร

1. เพศ

() หญิง () ชาย

2. ขณะนี้ท่านมีอายุ ปีเต็ม

() ต่ำกว่า 13 ปี
() 13 – 18 ปี
() 19 – 40 ปี
() 41 – 60 ปี
() 60 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

() โสด
() คู่
() หย่า – หม้าย

4. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

() แม่บ้าน () รับจ้าง
() ค้าขาย () เกษตรกรรม
() ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ () นักเรียน
() อื่นๆ ระบุ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน

() ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,001 – 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท () มากกว่า 15,000 บาท

7. การแสดงอาการของโรค

() ไม่มีอาการของโรค

() มีอาการของโรค โปรดระบุรายละเอียดของอาการที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วย / การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง ค่อไปนี้เป็นโรคหรืออาการเจ็บป่วย ท่าน โปรดพิจารณาแต่ละข้อว่า

1. ท่านมีโอกาที่จะเจ็บป่วยหรืออาการดังกล่าวมาน้อยเพียงใด
2. โรคหรืออาการดังกล่าวมีความรุนแรงต่ออาการเจ็บป่วยในปัจจุบันของท่านมากน้อยเพียงใด

1. หวัด

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

2. ภูมิคุ้มกันทานร่างกายลดลง

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

3. วัณโรคปอด

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

4. ท้องเสีย อุจจาระร่วงเรื้อรัง

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

5. อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

6. อาการหอบหืด

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

7. คิดเชื่อบริเวณผิวหนัง เช่น งูสวัด / ตุ่มหนอง / ผื่นคัน

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

8. คิดเชื่อในระบบประสาท

โอกาสเจ็บป่วย

มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : น้อยที่สุด

ความรุนแรง

รุนแรงมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : รุนแรงน้อยที่สุด

การรับรู้ถึงประโยชน์ / การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ท่านโปรดพิจารณาว่า

1. การทำพฤติกรรมแต่ละข้อมีประโยชน์ต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด
 2. ท่านมีอุปสรรคมากน้อยเพียงใดในการทำพฤติกรรมแต่ละข้อ
- โดยท่านวงกลมเลือกตัวเลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. การเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

2. การมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

3. การอ่านเอกสารหรือการรับฟังข่าวสารโรคเอดส์

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

4. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น รับประทานยาตามขนาดอย่างสม่ำเสมอ

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

5. การเลือกอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก อากาศบริสุทธิ์ ปลอดภัย

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

6. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

7. การสนใจดูแลสุขภาพโดยสังเกตอาการผิดปกติ

ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ประโยชน์มากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : ประโยชน์น้อยที่สุด

อุปสรรคในการทำ

อุปสรรคมากที่สุด : 5 :: 4 :: 3 :: 2 :: 1 : อุปสรรคน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงของตัวท่านมากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง			
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
1.	เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวญาติ พี่น้อง และเพื่อนของท่านสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านด้วยความห่วงใย				
2.	บุคคลในครอบครัวญาติ พี่น้อง และเพื่อนดูแลเอาใจใส่ ปรนนิบัติให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อท่านเจ็บป่วย				
3.	บุคคลในครอบครัวญาติ พี่น้องและเพื่อน ไม่เคยสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านเลย				

4.	เมื่อท่านไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนของท่านสนใจให้คำปรึกษาปลอบโยน				
5.	บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้องของท่านไม่ค่อยมีเวลาให้ท่านได้ปรับทุกข์ในเรื่องการเจ็บป่วย				
6.	เมื่อท่านต้องการไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้องและเพื่อน เต็มใจพาท่านไปรักษา				
7.	เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้องและเพื่อนยินดีให้การช่วยเหลือด้านการเงิน				
8.	เมื่อท่านมารับการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจและยินดีให้บริการแก่ท่าน				
9.	ท่านสามารถปรับทุกข์ บอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านแก่แพทย์ พยาบาล ทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้				
10.	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยินดีให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ท่าน				
11.	เมื่อท่านประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ยินดีให้คำแนะนำเพื่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล				

2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่

ง่าย : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 ขึ้นอยู่กับฉัน : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 อยู่ได้การควบ : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ขึ้นอยู่กับบุคคล
 คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น
 (ฉันสามารถควบคุมได้) (ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

3. การอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก เป็นสิ่งที่

ง่าย : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 ขึ้นอยู่กับฉัน : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 อยู่ได้การควบ : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ขึ้นอยู่กับบุคคล
 คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น
 (ฉันสามารถควบคุมได้) (ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

4. การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา เป็นสิ่งที่

ง่าย : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 ขึ้นอยู่กับฉัน : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 อยู่ได้การควบ : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ขึ้นอยู่กับบุคคล
 คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น
 (ฉันสามารถควบคุมได้) (ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

5. การลดความตึงเครียดโดยการทำสมาธิ อ่านหนังสือ เป็นสิ่งที่

ง่าย : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 ขึ้นอยู่กับฉัน : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 อยู่ได้การควบ : _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ขึ้นอยู่กับบุคคล
 คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น
 (ฉันสามารถควบคุมได้) (ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

10. การยอมรับภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่

ง่าย : : : : : ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 ขึ้นอยู่กับฉัน : : : : : ไม่ขึ้นอยู่กับฉัน
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก
 อยู่ได้การควบ : : : : : ขึ้นอยู่กับบุคคล
 คุมของฉัน มาก ปานกลาง น้อย ไม่ทั้งสอง น้อย ปานกลาง มาก หรือเหตุการณ์อื่น
 (ฉันสามารถควบคุมได้) (ฉันไม่สามารถควบคุมได้)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายในคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ
 หรือกระทำทุกครั้งที่มีกิจกรรมนั้น
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง
 หรือกระทำเป็นส่วนมาก
 ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง
 หรือกระทำเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบ ไม่เคยกระทำเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1.	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่				
2.	ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มประเภทบำรุงสุขภาพ				
3.	ท่านรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยเลือกใช้ แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม				
4.	ท่านพยายามดูแลสุขภาพร่างกายและออกกำลังกาย				
5.	ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่งเหยาะหรือเล่น กีฬาอย่างน้อยครั้งละครึ่งชั่วโมง				
6.	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดมีผู้คนมาก				

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
7.	ท่านพยายามอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอด โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก				
8.	ท่านพยายามดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง บริเวณที่ขับถ่าย				
9.	ท่านพบปะบุคคลอื่นในสถานที่ต่างๆ หรือเข้าร่วม กิจกรรมในสังคมน้อยลง				
10.	ท่านผ่อนคลายความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด โดยการสูบบุหรี่				
11.	ท่านลดความตึงเครียดโดยการนั่งสมาธิ				
12.	ท่านพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยโรคเดียว กัน				
13.	ท่านมาตรวจรักษาพยาบาลตามแพทย์นัด				
14.	ท่านมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการของโรคผิวหนัง เช่น คัน เป็นผื่น แห้ง				
15.	ท่านอ่านเอกสารหรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับโรค เอดส์และการดูแลสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ				
16.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
17.	ท่านดื่มรับประทานยา				
18.	ท่านรับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด				
19.	ท่านสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย				
20.	ท่านสนใจดูแลสุขภาพตนเอง				
21.	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ				
22.	ท่านใช้โทรศัพท์ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ				
23.	ท่านเตือนสติตนเองว่าความเจ็บป่วยและความตาย เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต				

ตอนที่ 6

ส่วนแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

[illegible]

ภาคผนวก ก

การวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 22 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	4.707
2	2.357
3	3.182
4	4.919
5	3.024
6	2.887
7	2.596
8	2.250

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 0.74

ตาราง 23 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	3.138
2	2.683
3	2.496
4	3.780
5	2.746
6	2.667
7	2.191
8	2.250

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 0.68

ตาราง 24 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	6.000
2	1.871
3	3.500
4	2.191
5	1.890
6	1.897
7	2.138

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ 0.69

ตาราง 25 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	6.500
2	4.714
3	2.714
4	7.483
5	3.317
6	5.715
7	2.777

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ 0.86

ตาราง 26 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดการรับรู้ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	2.449
2	3.207
3	2.449
4	3.130
5	3.795
6	4.427
7	3.087
8	1.809
9	2.191
10	3.500
11	2.357

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้ปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม ในข้อ 1-7 เป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ข้อ 8-11 เป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

ตาราง 27 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	5.303
2	5.171
3	3.684
4	2.253
5	2.490
6	2.242
7	4.018
8	3.467
9	2.900
10	2.583

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

เท่ากับ 0.83

ตาราง 28 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
ตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	2.357
2	2.309
3	2.449
4	3.795
5	2.746
6	2.309
7	2.121
8	2.138
9	1.809
10	2.058
11	1.809
12	2.309
13	2.191
14	2.667
15	2.132
16	5.715
17	6.000
18	6.000
19	2.449
20	3.162
21	2.058
22	2.132
23	2.121

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเท่ากับ เท่ากับ 0.86

ภาคผนวก ง

ค่าสถิติแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ตามรายชื่อของแบบสอบถาม

ตาราง 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	3.19	1.11
2	3.64	1.03
3	3.17	1.28
4	3.01	1.24
5	3.34	1.10
6	2.90	1.23
7	3.46	1.25
8	2.88	1.24
รวม	25.59	6.33

ตาราง 30 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	2.98	1.04
2	3.48	1.07
3	3.08	1.24
4	2.85	1.11
5	3.18	1.05
6	2.97	1.23
7	3.28	1.18
8	2.97	1.23
รวม	24.75	6.32

ตาราง 31 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	4.20	1.01
2	4.56	0.83
3	4.34	1.04
4	4.49	0.93
5	4.54	0.83
6	4.27	1.08
7	4.44	0.88
รวม	30.85	4.88

ตาราง 32 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	2.60	1.19
2	2.40	1.40
3	2.54	1.30
4	2.38	1.38
5	2.60	1.30
6	2.61	1.30
7	2.34	1.24
รวม	17.46	7.19

ตาราง 33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามปัจจัยร่วมด้านจิตสังคม

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	2.04	0.98
2	1.98	1.00
3	2.60	0.70
4	1.78	0.99
5	2.29	0.81
6	1.92	1.06
7	1.54	1.12
8	1.79	0.84
9	1.82	0.89
10	1.85	0.89
11	1.62	0.93
รวม	21.28	6.20

ตาราง 34 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1	2.47	0.97
	2.27	1.09
	2.26	1.06
2	1.90	1.31
	2.06	1.07
	1.94	1.23
3	1.88	1.54
	1.84	1.48
	1.71	1.66

ตาราง 34 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
4	1.79	1.47
	1.94	1.16
	1.84	1.27
5	1.50	1.77
	1.90	1.24
	1.84	1.39
6	2.19	1.39
	2.14	1.34
	2.14	1.35
7	1.73	1.60
	1.85	1.36
	1.80	1.47
8	2.14	1.39
	2.24	1.15
	2.19	1.18
9	2.32	1.12
	2.31	0.97
	2.23	1.14
10	1.50	1.87
	2.07	1.20
	1.86	1.52
รวม	59.46	22.44

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพรรณทิพา เหมแหวน
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1571/22 ซอยวัดบางสะแก ถนนริมทางรถไฟ แขวงตลาดพลู เขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10600
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) โรงเรียนศึกษานารีวิทยา
พ.ศ. 2535	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
พ.ศ. 2543	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม
พฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเอดส์ ที่มารับบริการ
คลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทคัดย่อ
ของ
พรรณทิพา เหมแหวน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ
มีนาคม 2543

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 216 คน ได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิและปัจจัยร่วมด้านประชากร) และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าสถิติที่ค่าสถิติเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้วิธี Stepwise

สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่มาก (ก่อนไปทางปานกลาง) มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่มาก และมีการรับรู้ตามตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิในระดับปานกลาง การรับรู้ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิในระดับมาก (ก่อนไปทางปานกลาง) และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติมีการรับรู้ในระดับที่มาก

2. ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Beta = 0.340) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (Beta = 0.157) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Beta = -0.142) ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ 19.37

**SOME VARIABLES FROM HEALTH BELIEF MODEL, PERCEIVED BEHAVIORAL
CONTROL AND SELF-CARE BEHAVIOR OF AIDS PATIENTS AT IMMUNE
CLINIC KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL**

ABSTACT

BY

PUNTIPA HEMWEAN

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master of
Education degree in Development Psychology
at Srinakharinwirot University
March 2000**

The purpose of this research was to study the self-care behavior based on some variables from the Health Belief Model and perceived behavioral control of AIDS patients at Immune Clinic King Chulalongkorn Memorial hospital.

Subjects were 216 AIDS patients at Immune Clinic King Chulalongkorn Memorial hospital who were drawn by purposive sampling. The instruments used for collecting data were questionnaires related to variables from Health Belief Model (self-care behavior, perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived barriers, primary and secondary social support and demographic variables) and a questionnaire of perceived behavioral control. The data were analyzed by mean, standard deviation, percent, t-test, F-test, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

The major results were as follows:

1. Self-care behavior of AIDS patients was at high level (nearly moderate); their health perceived behavioral control was at high level; their health perceptions based on the Health belief Model: perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived barriers and secondary social support were at moderate levels; primary social support was at high level (nearly moderate) and perceived benefits was at high level.

2. Groups of variables which significantly predicted self-care behavior of AIDS patients were perceived behavioral control (Beta = 0.340), perceived benefits (Beta = 0.157) and perceived barriers (Beta = -0.142), with 19.37 percent.