

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
อัมพร จันทรดา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ
ของ
อัมพร จันทร์ดา

25 ก.ค. 2544

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544

อัมพร จันทรดา. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร, อาจารย์ทรงพล ต่อนี้.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
เอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกวันพุธ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 290 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ร้อยละ ทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีที่มีเพศ อายุ ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีที่มีระยะเวลาในการดูแล
ผู้ป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาส
เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05
5. ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน
โรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

SELF CARE BEHAVIOR OF AIDS CAREGIVERS AT RATCHABURI HOSPITAL,
CHANGWAT RATCHABURI

AN ABSTRACT
BY
AMPORN JANDA

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
April 2001

Amporn Janda. (2001). *Self Care Behavior of Aids Caregivers at Ratchaburi Hospital, Changwat Ratchaburi*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr.Napaporn Madhyamankura, Mr.Songpol Tornee.

The purpose of this study was to study self-care behavior of AIDS caregivers at AIDS clinic and inpatient department of Ratchaburi Hospital. Two hundred and ninety AIDS caregivers were sampled by purposive sampling technique. Questionnaires were collected and data were analyzed by using SPSS for Windows program in determining the means, standard deviation, percentage, t-test, F-test and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study were as follows :

1. The AIDS caregivers in Ratchaburi Hospital had a good level of self-care behavior.
2. Sex, age, education, marital status and relation with AIDS patients of the AIDS caregivers had no effect on self-care behaviors.
3. The caregivers having different duration of care of AIDS patient had significant difference in self-care behavior at the level of $P < .05$.
4. Health believes about perceived severity, perceived susceptibility and perceived benefits of taking action were positively correlated to self-care behavior at .05 level of significance.
5. Health believes of self-care behavior as a barrier was negatively related to self-care behavior at .05 level of significance.

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... (๓) วิทยาลัย กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วิมลวัตรเวที)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมานุกร และอาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที แพทย์หญิง สุนันทา ชอบทางศิลป์ อาจารย์นุจรี สะค่อม อาจารย์มาลินี จำเนียร และคุณอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อัมพร จันทร์ดา

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
	ความสำคัญของการวิจัย	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	5
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	5
	ตัวแปรที่ศึกษา	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
	สมมติฐานในการวิจัย	9
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์.....	11
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	25
	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	30
	แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	37
	ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเอดส์.....	42
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	44
	งานวิจัยในต่างประเทศ	44
	งานวิจัยในประเทศไทย	45
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	51
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	52
	ลักษณะของเครื่องมือ	52
	ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	52

สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	53
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	54
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	56
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	57
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
	การวิเคราะห์ข้อมูล	62
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	92
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษา	92
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	92
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	92
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	93
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	93
	อภิปรายผล	95
	ข้อเสนอแนะ	107
	บรรณานุกรม	109
	ภาคผนวก	118
	ประวัติย่อผู้วิจัย	141

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2542.....	3
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	64
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ทาง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล	67
4	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายข้อ	69
5	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายข้อ	74
6	ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มา รับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามพฤติกรรมการ ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ	77
7	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามเพศ.....	78
8	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ.....	79
9	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามอายุ.....	80
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ.....	81
11	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	82

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	83
13	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	84
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	85
15	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์.....	86
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์	87
17	จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	88
18	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	89
19	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	90
20	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี.....	91
21	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี.....	137

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
22	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี..... 139

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล	34
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้สำหรับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	39
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการ ดูแลตนเอง	43

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เอดส์เป็นมหันตภัยร้ายแรงที่ทำลายชีวิตของมนุษย์ทั่วโลก ซึ่งยังไม่มีประเทศใดหยุดยั้งหรือคิดค้นตัวยาเพื่อรักษาให้หายขาดได้และนับวันจะทวีความรุนแรงและสลับซับซ้อนมากขึ้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รวบรวมรายงานการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจำนวน 193 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2538 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งสิ้น 1,297,810 คน และประมาณว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งสิ้นกว่า 16 ล้านคน ซึ่งกระจายอยู่ในทวีปต่าง ๆ ทั่วโลก (World Health Organization. 1995 : 353-358) ในปัจจุบันจากการประมาณการของ UNAIDS (United Programme on HIV / AIDS) และองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 47 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ไปแล้วกว่า 11.7 ล้านคน

สำหรับประเทศไทยนับตั้งแต่มีรายงานของผู้ป่วยโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเพิ่มปริมาณมากขึ้น เช่นเดียวกับกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จากการสำรวจในกลุ่มคนต่าง ๆ ทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในประชากรเกือบทุกกลุ่มอาชีพ และประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ปรากฏอาการอีกกว่า 850,000 ราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 5.60 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการเพิ่มมากขึ้น หากเป็นไปตามการคาดการณ์ดังกล่าว ภายใน 3 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลปีละไม่ต่ำกว่า 40,000 ราย เกินกำลังที่ฝ่ายบริการการรักษาฝ่ายเดียวจะรับมือได้ (เสาวภา พรศิริพงษ์. 2541 : 111) หากจำนวนตัวเลขของผู้ติดเชื้อชี้ให้เห็นแนวโน้มในอนาคตอันใกล้ของผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีปัญหาวิกฤตในเรื่องการรักษาพยาบาล เนื่องจากความต้องการสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก ในขณะที่สถานพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถรองรับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ป่วยอื่น ๆ รวมกันทั่วประเทศได้เพียง 90,000 เตียง (เสาวภา พรศิริพงษ์. 2541 : 112 ; อ้างอิงจาก สภาวิชาชีพไทย โครงการโรคเอดส์. 2538 : 2)

นอกจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและประชากรโดยรวมอีกด้วย กล่าวคือ โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดกับประชากรซึ่งกำลังอยู่ในวัยแรงงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา และทรัพยากรสาธารณสุขต่าง ๆ ในอัตราที่สูงซึ่งสอดคล้องกับ วิไลวรรณ พร้อมมูล (2538 : 154-162) ที่ได้ศึกษาต้นทุนการรักษาผู้ป่วย

โรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ในโรงพยาบาลบาราศนราดูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอาชีพกรรมกรรับจ้าง และอายุเฉลี่ย 33 ปี ค่าใช้จ่ายจากการบริการ (Charge) ที่โรงพยาบาลคิดจากผู้ป่วย ซึ่งเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 3 ครั้ง/ปี มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 32 วัน/ครั้ง มีค่าใช้จ่ายต่อปีเท่ากับ 60,067 บาท หรือ 19,752 บาท/ครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิรัตน์ ศิริสันทนะ และคนยา เหมธัญ (2537 : 193-200) ที่ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์จากมารดา พบว่า ค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct cost) ของเด็กที่ติดเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตเมื่ออายุ 6 ขวบ ประมาณ 93,646 บาท เมื่อนำตัวเลขทั้งหมดมาประมาณตามหลักเกณฑ์ทางระบาดวิทยา ในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2540 จะเป็น วงเงินสูงถึง 524-1,794 ล้านบาท (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. 2541 : 179) นอกจากนี้โรคเอดส์ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมที่แวดล้อมอีกด้วย เพราะผู้ป่วยโรค เอดส์เป็นประชากรกลุ่มที่ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลครอบครัว แต่กลับต้องมาเป็นผู้สร้างภาระ ให้กับครอบครัวและสังคม

จากปัญหาการแพร่ระบาดและผลกระทบดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสังคม จิตวิทยา ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรค เอดส์อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เน้นในการให้ความรู้และบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Counselling) เพื่อให้ผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง และสังคมมีความเข้าใจ ยอมรับผู้ติดเชื้อและ ครอบครัวโดยไม่รังเกียจ มีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยในครอบครัวได้ โดยปรับ รูปแบบการรณรงค์สร้างภาพว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่นำกลัว ให้เป็นรูปแบบของการยอมรับและ การอยู่ร่วมกัน (กองโรคเอดส์. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2541 : 39 - 42)

จากแนวนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 750 เตียง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (Tertiary care) มีเขตความรับผิดชอบ 4 จังหวัด คือ ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และสมุทรสงคราม จะมีผู้ป่วยโรคเอดส์มารับบริการใน ด้านการรักษาพยาบาลและรับบริการปรึกษาทางสุขภาพ ที่คลินิกวันพุธ แผนกผู้ป่วยนอก และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งมีบุคลากรที่จะให้บริการในจำนวน จำกัดเมื่อเทียบกับสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2542 มีผู้ป่วยโรค เอดส์มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีจำนวนมาก ดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2542

เดือน	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
แผนก													
ผู้ป่วยนอก	246	164	197	218	238	306	205	223	246	186	239	247	2,715
ผู้ป่วยใน	90	97	83	93	94	96	86	85	85	78	85	86	1,058

ที่มา : โรงพยาบาลราชบุรี. (2542). รายงานประจำปี. หน้า 25-33.

จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการส่วนใหญ่คือเพศชาย มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด เพชรบุรีมากที่สุด รองลงมาคือประจวบคีรีขันธ์ อาการที่มาพบแพทย์คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น โรคเริม เชื้อราในปาก วัณโรค และเชื้อราในสมอง โดยมีอาการอ่อนเพลีย ไข้สูง สับสน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ภาวะในการช่วยเหลือผู้ป่วยแทบทั้งหมดอยู่ในความดูแลของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งอาจจะเป็นบิดา มารดา หรือภรรยาของผู้ป่วย และเมื่อแพทย์วินิจฉัยให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บุคคลเหล่านี้ต้องติดตามและอยู่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี จุฑาวิจิตร (จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2540 : 3 ; อ้างอิงจาก เกศินี จุฑาวิจิตร. 2533. การศึกษาพฤติกรรม การสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว. หน้า 120) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ต้องการแยกจากครอบครัว และครอบครัวเองไม่ต้องการให้ผู้ป่วยแยกตัวออกไปเช่นกัน ซึ่งจากรายงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยต่อสู้กับชีวิตและโรคภัยต่อไปได้ ในขณะเดียวกันผู้ดูแลซึ่งรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตามความซับซ้อนของความรุนแรงของโรค และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาล ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลบางรายอาจเกิดความเครียดขณะให้การดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการปรับตัวไม่ได้ หรือบางรายอาจได้รับเชื้อโรคฉวยโอกาสจากการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เชื้อวัณโรค เชื้อรา เนื่องจากร่างกายของผู้ดูแลเองก็อ่อนแอหรือป่วยด้วย ผู้ดูแลจึงอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ การขาดความรู้ในการดูแลตนเองและมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง อาจจะทำให้ภาวะสุขภาพ

ของผู้ดูแลเลเวลสูง ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขตระหนักดีว่า การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อได้ทางหนึ่ง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้นำผลของการศึกษาไปปรับปรุงวิธีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ ครอบครัว อยู่อย่างปกติสุขในสังคม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี

ความสำคัญของการวิจัย

1. จะทำให้ทราบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเอดส์ ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของผู้ดูแลได้วิธีหนึ่ง
2. เป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

ข้อดกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย หรือ
2. เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 1,058 คน (ปีงบประมาณ 2542)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 290 คน โดยได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 866-887) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์
- การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์
- การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์

1.2 ปัจจัยพื้นฐานที่ทำการศึกษาค้างนี้ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์
- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน ในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขยับถ่าย และการออกกำลังกาย และการพักผ่อนตามปกติ

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การดูแลตนเองตามพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านการประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การเลี้ยงดูเด็กตามบทบาทของบิดามารดา หรือการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เช่นผู้ป่วยโรคเอดส์

1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เมื่อมีการเบี่ยงเบนของโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รับรู้และสนใจที่จะป้องกันตนเองจากโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย ปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งวัดได้โดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker. 1974 : 83-89) โดยวัดความเชื่อในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ดังนี้

3.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล ในเรื่องโรคเอดส์เป็นโรคติดต่ออันตรายที่สามารถป้องกันได้เมื่อเป็นแล้วจะตายภายใน 5-10 ปี และยังไม่มียาที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

3.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลในเรื่องแนวโน้มของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ หรือโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากผู้ป่วยที่ให้การดูแล

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้วิธีการต่าง ๆ ของผู้ดูแลในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ปัจจัยต่าง ๆ ตามความเป็นจริงที่จะมีผลในการขัดขวางการดูแลตนเองของผู้ดูแล เช่น การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วย หรือภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ของผู้ดูแล

4. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง คุณลักษณะปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 เพศ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

4.1.1 เพศหญิง

4.1.2 เพศชาย

4.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีของอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยแบ่งตามกลุ่มอายุเป็น 4 กลุ่มดังนี้

4.2.1 ต่ำกว่า 30 ปี

4.2.2 อายุ 30-39 ปี

4.2.3 อายุ 40-49 ปี

4.2.4 อายุ 50 ปีขึ้นไป

4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่จบชั้นสูงสุดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

4.3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.3.2 ระดับประถมศึกษา

4.3.3 ระดับมัธยมศึกษา

4.3.4 ระดับอุดมศึกษา

4.4 สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์กับคู่สมรสในปัจจุบันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งได้ดังนี้

4.4.1 โสด

4.4.2 คู่

4.4.3 หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

4.5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ลักษณะความเกี่ยวข้องภายในครอบครัวของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งได้ดังนี้

4.5.1 เป็นบุตร

4.5.2 เป็นภรรยา สามมี

4.5.3 เป็นบิดา มารดา

4.5.4 เป็นญาติ

4.6 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ดูแลมารับหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จนถึงปัจจุบัน จึงแบ่งออกได้ดังนี้

4.6.1 ระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี

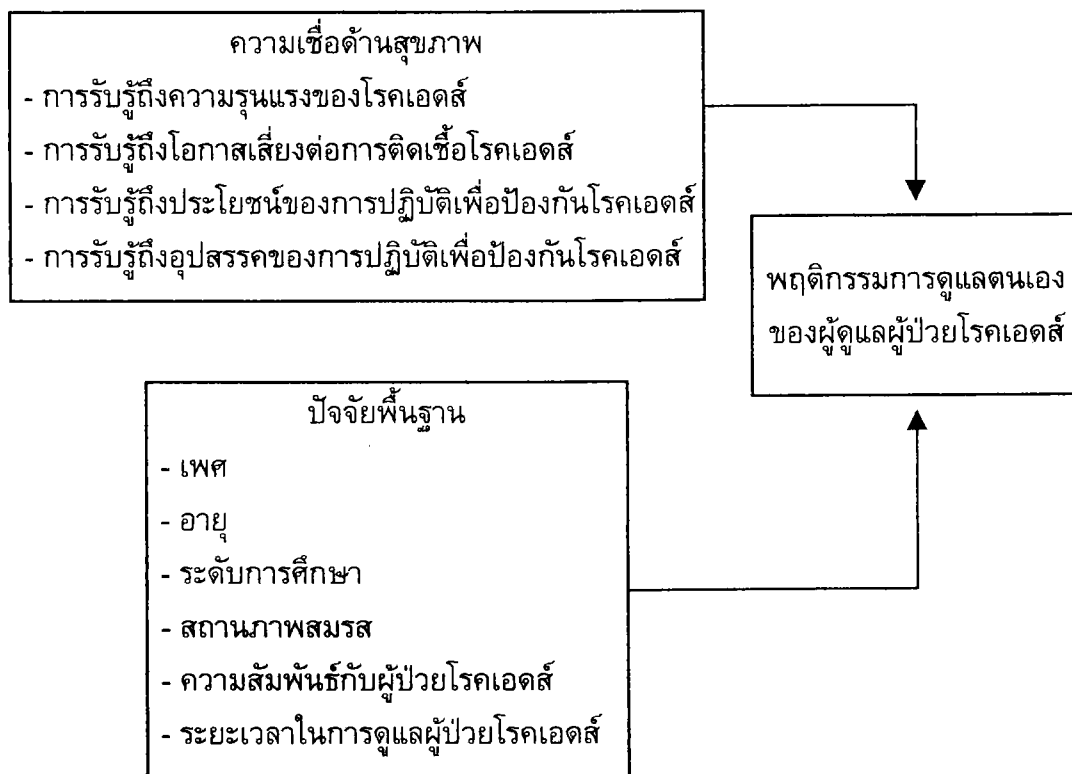
4.6.2 ระยะเวลา 1-2 ปี

4.6.3 ระยะเวลา 2.1-3 ปี

4.6.4 ระยะเวลามากกว่า 3 ปี

5. โรงพยาบาลราชบุรี หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งให้บริการทางสุขภาพ และการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงให้บริการ 750 เตียง

จากการศึกษาสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐานของบุคคลมาศึกษา ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

8. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
9. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
10. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - ความรู้เรื่องโรคเอดส์
 - แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
 - แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - งานวิจัยในต่างประเทศ
 - งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

AIDS ย่อมาจาก Acquire Immune Deficiency Syndrome

เอดส์ คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยไวรัส ชื่อ *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic infection) และ / หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิด รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาทได้ (บรรจง คำหอมกุล และคนอื่น ๆ. 2535 : 1) ระยะสุดท้ายร่างกายจะอ่อนแอลงจนไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อใด ๆ ได้ ก็จะเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย และตายในที่สุด

ลักษณะเชื้อไวรัสเอชไอวี

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ คือ ไวรัสเอชไอวี ซึ่งเป็นสมาชิกของตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ซึ่งจัดเป็นไวรัสรูปทรงกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 90-120 นาโนเมตร ที่มีเปลือกหุ้ม ใจกลางมีรูปทรงแท่ง (Bar) อันประกอบด้วยกรดนิวคลีอิกที่เป็นโปรตีนเป็นแกน

กลางเป็นกรดนิวคลีอิกอาร์เอ็นเอ ชนิดสายเดี่ยว มีลักษณะที่สำคัญก็คือ มีเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) ไวรัสเอชไอวี เป็นสมาชิกในตระกูลย่อยเลนติไวรัส (Lentivirus) ซึ่งมีระยะฟักตัวเป็นเวลานาน มีการติดเชื้อของไวรัสตลอดคือ ไม่มีช่วงปลอดเชื้อและทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมไป ดังนั้นเชื้อไวรัสเอชไอวี จึงมีคุณสมบัติ ดังนี้ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. 2532 : 4 - 7)

1. มีจีโนม (Genome) เป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว แต่มีลักษณะที่เหมือนกัน 2 ชั้น (Diploid)

2. เป็นไวรัสขนาดกลาง รูปทรงกลม มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 90-120 นาโนเมตร ประกอบด้วยแกนกลางที่มีคุณสมบัติที่บรรจุสียีนเลกตรอน เป็นรูปทรงกระบอก มีแคปซิดทรงกลมล้อมรอบ ชั้นถัดมาเป็นเปลือกหุ้มที่มีปุ่มยื่น (Spike) เป็นกลัยโคโปรตีน (Glycoprotein)

3. มีเอนไซม์รีเวิร์ส ทรานสคริปเตส ในการเปลี่ยนอาร์เอ็นเอของไวรัสให้เป็นดีเอ็นเอ เพื่อประสานเข้ากับดีเอ็นเอของเซลล์ ให้เซลล์สร้างจีโนมเพื่อการทวีจำนวนของไวรัสในเซลล์

4. มีความจำเพาะเป็นพิเศษต่อเม็ดเลือดขาวลิมโฟซัยท์ ที่ 4 หรือ ทีเฮลเปอร์ หรือ ซีดี 4 (CD₄) ซึ่งเป็นชื่อสากลใหม่ และเซลล์ประสาท จัดเป็น Lymphotropic และ Neurotropic Virus นอกจากนี้ยังติดเชื้อเพิ่มจำนวนได้ในเซลล์ชนิดอื่น เช่น โมโนซัยท์ (Monocyte) แมโครฟาจ (Macrophage) ลิมโฟซัยท์ชนิดบีเซลล์ (B-lymphocyte) เยื่อบุ และเซลล์เยื่อเมือกบริเวณลำไส้

5. โปรตีนที่เป็นส่วนประกอบสำคัญของไวรัส แยกเป็นโปรตีนของแกนกลาง และโปรตีนของเปลือกหุ้ม ซึ่งมีน้ำหนักโมเลกุลต่าง ๆ กันดังนี้

5.1 โปรตีนของแกนกลาง ประกอบด้วยโปรตีนตัวตั้งต้น (Precursor) คือ p55 แล้วแยกเป็น p24 หรือ p25 น้ำหนักโมเลกุล 24,000-25,000 ดัลตัน เป็นส่วนใหญ่ p24 มีเมธิโอนีน (Methionine) อยู่มาก นอกจากนี้มีโปรตีนจำนวนน้อยอีก 2 ชนิด คือ p18 และ p15 หรือ p13

5.2 โปรตีนของเปลือกหุ้ม ประกอบด้วย โปรตีนตัวตั้งต้นคือ gp160 ซึ่งแยกออกเป็น gp120 หรือ gp110 และ gp41 ซึ่งใน gp41 จะมีซิสตีน (Cysteine) เป็นส่วนประกอบอยู่มาก

พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อจะมีกระบวนการเกิดโรคดังนี้

1. เชื้อไวรัสจะเกาะติดกับซีดี 4 รีเซพเตอร์ (CD₄ receptors) เซลล์ที่มีซีดี 4 รีเซพเตอร์ ได้แก่ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟซัยท์ (Lymphocyte) โมโนซัยท์ (Monocyte) แมโครฟาจ (Macrophage) และเซลล์สมอง

2. เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านทะลุผนังเซลล์และทำลายเปลือกหุ้มออก
3. สร้างดีเอ็นเอ (DNA) จาก อาร์เอ็นเอ (RNA) โดยใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) แล้ว DNA ไวรัสที่สร้างขึ้นใหม่นี้จะรวมตัวกับ DNA ของโฮสต์และแฝงตัวอยู่ในเซลล์ของโฮสต์
4. เมื่อมีการกระตุ้นทำให้มีการสร้าง อาร์เอ็นเอ (RNA) จากดีเอ็นเอ (DNA) ของไวรัส พร้อมทั้งสร้างโปรตีนซึ่งเป็นองค์ประกอบของตัวไวรัส เรียก นิวคลีโอ แคปซิด (Nucleo capsid)
5. ขั้นการแตกหน่อ (Budding) ออกจากเซลล์ของโฮสต์ โดยนิวคลีโอ แคปซิด (Nucleo capsid) จะแตกหน่อออกจากเซลล์ของโฮสต์พร้อมใช้เยื่อหุ้มจากผิวเซลล์ของโฮสต์เป็นเปลือกหุ้มชั้นนอกสุดคือ เอนวิโลป (Envelope) ของไวรัสและเชื้อไวรัสใหม่นี้จะแทรกตัวเข้าเซลล์อื่น ๆ ต่อไป ส่วนเซลล์เดิมจะตายไป ทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ลดจำนวนลง

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จะปรากฏอาการที่แตกต่างกัน มีตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการเลยไปจนถึงมีอาการของมะเร็ง หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ร้ายแรง จนทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการจัดแบ่งระยะต่าง ๆ ของการติดเชื้อโรคเอดส์ จึงเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ พยากรณ์โรคได้แน่นอนมากขึ้น รวมถึงประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพยาธิกำเนิด การดำเนินของโรค การทดลองยาและวัคซีนด้วย ดังที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC, 1986) ได้แบ่งระยะการติดเชื้อเอดส์ เป็น 4 ระยะ คือ (กระทรวงสาธารณสุข. 2532 : 7-8)

1. ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Primary HIV infection) โดยมีอาการคล้ายเป็นหวัด หรืออาการคล้าย Acute mononucleosis syndrome
2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic infection)
3. ระยะต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว (Generalized lymphadenopathy)
4. ระยะเป็นโรคอื่น ๆ (Others disease) แบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อย ดังนี้
 - 4.1 กลุ่มที่มีอาการรบกวนร่างกายเป็นเวลานาน เช่น ไข้เรื้อรัง และอุจจาระร่วงเรื้อรังเกิน 1 เดือน น้ำหนักลดลงเกินกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม โดยไม่ทราบสาเหตุ ระยะนี้คือ ระยะสัมพันธ์กับเอดส์ที่เคยใช้เรียกอยู่
 - 4.2 กลุ่มที่มีอาการทางระบบประสาท จะมีอาการความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ซึมเศร้า สูญเสีย การเคลื่อนไหวที่ละเอียด พบว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มนี้มีอาการจากการติดเชื้อเอชไอวีเอง โดยไม่รวมการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งจะแสดงออกมาในกลุ่มอาการ คือ ใน

ลักษณะของจิตเสื่อม (Dementia) โรคของไขสันหลัง (Myelopathy) และโรคของเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Peripheral nerve neuropathy)

4.3 กลุ่มติดเชื้อมวยโอกาส

4.3.1 การติดเชื้อมวยโอกาสที่เฉพาะเจาะจงจากความหมายของเอดส์ที่ระบุไว้ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ

4.3.2 การติดเชื้อมวยโอกาสอื่น ๆ เช่น เชื้อราในปาก แฮร์รี ลิวโกเพลเกีย (Hairy leukoplakia) เป็นต้น

4.4 กลุ่มมะเร็งฉวยโอกาส ได้แก่ มะเร็งคาโปซิ ซาร์โคมา (Kaposi sarcoma) ซึ่งมักจะลุกลามบริเวณศีรษะ ในปาก ลำคอและท่อทางเดินอาหาร มะเร็งต่อมน้ำเหลืองหรือ ลิมโฟมาโดยเฉพาะลิมโฟมาของเนื้อสมองในระยะแรกซึ่งพบได้บ่อย

4.5 อื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดเข้าในกลุ่มใดได้ เช่น Lymphoid interstitial pneumonitis ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี

สำหรับในประเทศไทย กองระบาดวิทยาร่วมกับกองโรคเอดส์เป็นแกนประสานความร่วมมือกับนักวิชาการจากสถาบันต่าง ๆ ได้แบ่งระยะการติดเชื้อมวยโรคเอดส์ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์. 2536 : 46 – 51)

1. ระยะติดเชื้อมวยที่ไม่ปรากฏอาการ ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ในเลือด
2. ระยะติดเชื้อมวยที่ปรากฏอาการ ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด ร่วมกับมีอาการของโรคหรือกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกัน ดังนี้

- ติดเชื้อราในปากหรือมีแฮร์รี ลิวโกเพลเกีย (Hairy leukoplakia)
- โรคถุงสัตว์ บนผิวหนังที่กินบริเวณกว้างกว่า 1 เดอร์มาโตม (Dermatome)
- มีอาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สับสน จิตเสื่อม ซึม ซัก

ไม่รู้สึกรักตัว

- อูจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- ไข้ เป็นประจำหรือเป็น ๆ หาย ๆ นานกว่า 1 เดือน
- น้ำหนักตัวลดลงเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม
- อ่อนเพลีย หดแรงแมนานกว่า 1 เดือน
- ผื่นที่ผิวหนังเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ และเกล็ดเลือดต่ำ
- ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน
- ต่อมน้ำเหลืองนอกบริเวณขาหนีบโตนานกว่า 1 เดือนอย่างน้อย 2 แห่ง

3. ระบุเป็นเอดส์เต็มขั้น จะมีอาการดังนี้

3.1 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการซึ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคซึ่งบ่งว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

- ติดเชื้อแคนดิดาของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด
- มะเร็งบริเวณคอชนิดแพร่กระจาย
- คีโอดิโดมัยโคสิส (Coccidiomycosis) ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอดหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือข้อปอด
- คริปโตค็อกโคสิส (Cryptococcosis) นอกปอด เช่นที่สมองและไขสันหลังหรือแพร่กระจายทั่วตัว
- คริปโตค็อกโคสิส และมีอาการระงวนนานมากกว่า 1 เดือน
- โรคติดเชื้อไซโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus) ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 1 เดือน
- มีอาการทางระบบประสาทจากเชื้อเอชไอวี (HIV Encephalopathy) เรียกเอชไอวีดีเมนเชีย (HIV Dementia), เอดส์ดีเมนเชีย (AIDS Dementia) หรือ Subacute encephalitis จากเชื้อเอชไอวี
- ติดเชื้อเริ่มชนิดแผลเรื้อรังหรือเยื่อเมือกนานกว่า 1 เดือนหรือชนิดแพร่กระจายของผิวหนังบริเวณอวัยวะภายในหรือทั้งตัวในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน
- ฮิสโตพลาสโมสิส (Histoplasmosis) ชนิดแพร่กระจายของ อวัยวะต่าง ๆ
- ไอโซสปอเรียสิส (Isosporiasis) และมีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
- มะเร็งแคโปซิ ซาร์โคมา ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
- ลิมโฟมา ชนิดเบอร์คิท (Burkitt's lymphoma)
- ลิมโฟมา ชนิดอิมมูโนบลาสติก (Immunoblastic)
- ลิมโฟมาของเนื้อสมองในระยะแรก
- ติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียม เอเวียม คอมเพล็กซ์ (*Mycobacterium avium complex*) หรือโรคติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียม แคนซาซีไอ (*M. kansasii*) ชนิดแพร่กระจาย ซึ่งลุกลามตามอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือข้อปอด
- ติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียม สปีชีส์อื่น โดยเป็นชนิดแพร่กระจายนอกเหนือจากปอด
- ติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลสิส (*Mycobacterium tuberculosis*) บริเวณปอดหรือนอกปอด
- โรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียเป็นซ้ำๆ โดยเป็นมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
- โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ

- โรคติดเชื้อเพนิซิลเลียม มาร์เนฟฟีไอ (*Penicillium marneffei*)
- เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวในสมองหลายตำแหน่งอย่างรุนแรง (*Progressive multifocal leukoencephalopathy*)
- ติดเชื้อแซลโมเนลลาในกระแสเลือด (*Salmonella septicemia*) ซ้ำๆ มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
- ท็อกโซพลาสโมซิส (*Toxoplasmosis*) ในสมอง ในผู้ป่วยเด็กอายุเกิน 1 เดือน
- อาการผอมแห้ง โดยผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ร่วมกับมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังหรือมีไข้เรื้อรังอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 30 วัน ซึ่งไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น มะเร็ง วัณโรค ลำไส้อักเสบหรือคริปโตสปอริดิโอซิส

3.2 ผู้ป่วยเอดส์ที่พบเม็ดเลือดขาวซีดี 4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตรเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับตรวจพบ ซีดี 4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตรอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อเป็นการยืนยัน เนื่องจากการคลาดเคลื่อนของการตรวจได้ง่าย ในกรณีไม่ปรากฏโรคหรือกลุ่มอาการอื่น ๆ หรือการวินิจฉัยโดยอาศัยโรค หรือกลุ่มอาการอื่น ๆ ยังไม่แน่นอน

3.3 ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มลูกที่ติดเชื้อจากแม่ แบ่งเป็น 2 กรณี

3.3.1 ผู้ป่วยเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 เดือน ซึ่งคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ ถ้าตรวจพบอาการหลัก และอาการรอง อย่างละ 2 ข้อ

อาการหลัก (Major signs) ได้แก่

- น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 หรือเลี้ยงไม่โตหรือมีภาวะขาดอาหารมากกว่า หรือเท่ากับระดับสอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ
- มีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน เรื้อรังหรือเป็น ๆ หาย ๆ นานมากกว่า 1 เดือน
- มีประวัติไข้เรื้อรังหรือเป็น ๆ หาย ๆ นานมากกว่า 1 เดือน อาการแสดงนี้ในบางรายจะปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดคำนิยามของไข้ คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส
- มีปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกัน ร่วมกับภาพรังสีปอด แสดงลักษณะ *Bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltration* ติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยที่ไม่พบเชื้ออื่นใด และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือมีอาการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในตำแหน่งเดิม หรือตำแหน่งใหม่ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี หลังจากรักษาหายในครั้งก่อน

อาการรอง (Minor signs) ได้แก่

- ต่อม้ำเหลืองโตทั่วไป หรือดับ ม้ามโต โดยต่อม้ำเหลือง นอกเหนือบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1 เซนติเมตร ยกเว้นต่อม้ำเหลืองบริเวณข้อศอกโตไม่กำหนดขนาด และต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1.5 เซนติเมตร เมื่อรวมกันแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ตำแหน่งขึ้นไป ถ้าเป็น 2 ข้างในตำแหน่งเดียวกันให้นับเป็น 1 ตำแหน่ง หรือคลำได้ตับ และ/ หรือ ม้ามโตมากกว่า 2 เซนติเมตรจากชายโครง

- ตรวจพบการติดเชื้อราในเยื่อปวก

- มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำ ๆ หลายครั้ง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ คออักเสบ

- มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือนซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ กรณีเลือกอาการหลัก ข้อ 4 ไม่สามารถใช้อาการนี้เป็นอาการรอง

- มีผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว ลักษณะผื่นแดงอักเสบคล้ายผื่นแพ้เรื้อรัง

- มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีของ แม่ขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กหรือตรวจพบแอนติบอดีในเด็ก

3.3.2 การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตขณะอายุน้อยกว่า 15 เดือน ว่าเป็นโรคเอดส์ เมื่อตรวจพบ 1 อาการหลัก และ 1 อาการรองข้างต้น จากผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีของแม่ขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอดหรือตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน

อย่างไรก็ตาม การที่แบ่งระยะการติดเชื้อโรคเอดส์ดังกล่าว นั้น มิใช่หมายความว่า การเป็นโรคเอดส์จะเริ่มจากระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ แล้วกลายเป็นผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ จากนั้นจึงกลายเป็นเอดส์ตามลำดับ

การตรวจและวินิจฉัยโรคเอดส์ (จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. 2538 : 20-22)

การตรวจและวินิจฉัยโรคเอดส์ กระทำได้โดยการตรวจเลือดและน้ำลายวัดระดับแอนติบอดี สารโปรตีนที่ร่างกายผลิตขึ้นเพื่อต่อสู้หรือกำจัดเชื้อโรคที่เข้ามาในร่างกายต่อเชื้อเอดส์ซึ่งจะเริ่มตรวจพบได้ภายหลังจากรับเชื้อมานาน 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน การตรวจคัดกรอง (Screening test) ขั้นต้นจะใช้วิธีอีไลซ่า (ELISA : Enzyme-Linked-Immunosorbent Assay) เป็นการตรวจหาแอนติบอดีในเลือดว่า มีแอนติบอดีที่ทำปฏิกิริยากับเชื้อเอดส์หรือไม่ ถ้ามีจะทำให้ทำนายที่ใช้ในการทดสอบเปลี่ยนสีแสดงว่า เลือดมีผลเป็นบวก คือ มีการติดเชื้อเอดส์ ซึ่งจะต้องทำการยืนยัน (Confirmatory test) โดยใช้เวสเทิร์น บลอต (Western blot) ซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันว่า มีแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์จริง ถ้ามีผลเป็นบวกอีกก็แสดงว่า มีการติดเชื้อเอดส์ แต่การตรวจอาจให้ผลเป็นลบ (Negative หรือไม่พบแอนติบอดี) ในกรณีที่เพิ่งได้รับเชื้อและร่างกายยังไม่ได้สร้างแอนติบอดี ดังนั้นในการศึกษาวิจัย นักวิทยาศาสตร์จะใช้วิธีการ

หาโปรตีนในส่วนแกนกลางของไวรัส (p24) ซึ่งเป็นแอนติเจน เชื้อโรคหรือโมเลกุลแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกายของตัวเชื้อเอชไอวี วิธีนี้จะให้ผลการตรวจที่แม่นยำและตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะติดเชื้อใหม่ ๆ

วิธีตรวจเลือดเอชไอวีหรือตรวจน้ำลายในปัจจุบันจะมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สูงมาก คือ มีความไวสูงถึงร้อยละ 99.80 และจากผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีนั้นจะให้ผลได้ทั้งบวกและลบ

ผลเลือดบวก จากการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลนั้นได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย โดยร่างกายได้สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อเอชไอวีแล้ว แต่ผลการตรวจอาจให้ผลบวกเทียมได้ ดังนั้นควรทดสอบยืนยันผลการตรวจดังกล่าว หากพบเลือดเป็นบวกต่อเชื้อเอชไอวีจริง หลังจากตรวจยืนยันแล้วบุคคลนั้นจะมีผลบวกเช่นนั้นไปตลอดชีวิต ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นลบได้ในอนาคต เพราะเชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสในกลุ่ม Retrovirus ซึ่งมีคุณสมบัติพิเศษแตกต่างจากเชื้อไวรัสชนิดอื่นดังนี้

1. สามารถหลบเลี่ยงจากการถูกทำลาย จากภูมิคุ้มกันของร่างกายคนปกติ ด้วยการหลบเข้าไปอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด ที ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocytes) ทำให้แอนติบอดีที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ไม่สามารถทำอันตรายต่อเชื้อเอชไอวีที่บุกรุกเข้ามาในร่างกายได้

2. สามารถนำเอาส่วนของยีน (Gene) ในตัวมันไปแฝงเป็นส่วนหนึ่งของยีน (Gene) เม็ดเลือดขาวในคน โดยอาศัย เอนไซม์ (Enzyme) รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse transcriptase) เป็นตัวสร้าง DNA จากแม่พิมพ์ RNA แล้วยีน DNA จึงแฝงเป็นส่วนหนึ่งของยีนเม็ดเลือดขาวในคน นอกจากนี้พบว่า ไวรัสมีเอนไซม์ที่กระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้มีการสร้างยีน โดยที่ตัวมันไม่ต้องแบ่งตัวเอง ทำให้มีการเพิ่มจำนวนยีนของไวรัสได้อย่างรวดเร็วจนสามารถทำลายเม็ดเลือดขาวที่มันอาศัยอยู่ได้

3. สามารถกระตุ้นให้เซลล์บางชนิดของร่างกาย มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเกิดเป็นมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้ เช่น กระตุ้นให้เซลล์เยื่อบุหลอดเลือดแบ่งตัวมากจนเกิดเป็นมะเร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi's sarcoma หรือสามารถกระตุ้นให้เซลล์ต่อมน้ำเหลืองแบ่งตัวจนเกิดเป็นมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่เรียกว่า Lymphoma เป็นต้น

ผลเลือดลบ จากการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หมายถึง การตรวจเลือดไม่พบภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อเอชไอวี แต่ผลการตรวจอาจให้ผลลบเทียมได้ ดังนั้นผลเลือดลบจากการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จึงหมายถึง บุคคลนั้นยังไม่ได้รับเชื้อหรือบุคคลนั้นอาจได้รับเชื้อแล้ว แต่ยังไม่อยู่ในระยะฟักตัว ซึ่งสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ผลเลือดลบจากการตรวจหาเชื้อเอชไอวีจะเปลี่ยนเป็นลบได้ในช่วง 2-3 เดือน ภายหลังรับเชื้อเข้าไปแล้ว ดังนั้นผู้ที่มิผลเลือดลบควรปฏิบัติตนดังนี้

1. ควรตรวจเลือดซ้ำ เพื่อยืนยันภายหลังจากมีพฤติกรรมเสี่ยงมาแล้ว 2-3 เดือน

2. ระหว่างรอผลการตรวจเลือดเพื่อยืนยัน ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลใด หากจำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และงดบริจาคโลหิต

3. ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อมิให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แม้ผลการตรวจยืนยันจะเป็นลบก็ตาม

การติดต่อ

เชื้อไวรัสจะอยู่ในของเหลวที่ออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ไวรัสดังนี้แพร่เฉพาะทางเลือด น้ำกามและน้ำในช่องคลอดเท่านั้น ดังนั้นการติดต่อของเชื้อเอชไอวีจึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 วิธี คือ

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ชายกับหญิง ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอชไอวีอยู่และไม่ได้ป้องกันโดยใส่ถุงยางอนามัย เพราะเชื้อเอชไอวีจะออกมาจากน้ำกามของผู้ชายและน้ำเมือกในช่องคลอดผู้หญิง โดยเฉพาะในเมือกโลหิตขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกามและ น้ำเมือก ถ้ามีเลือดออกมา เช่น ขณะมีประจำเดือน ขณะที่ประจำเดือนยังไม่หมดและถ้ามีบาดแผลที่เกิดจากการร่วมเพศ เช่น ทางทวารหนัก การฉีกขาดทางช่องเพศ การมีแผลกามโรค มีเลือดหรือน้ำเหลืองออกมาจะยิ่งถ่ายทอดโรคให้คนอื่นได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า โอกาสที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีสูง นอกจากนี้ยังประกอบอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ พบว่าในระยะ Window period ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute HIV infection) กับระยะที่เป็นเอชไอวีเต็มขั้นจะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่่นอนได้สูงเพราะเป็นระยะที่มีเชื้อจำนวนมากในเลือด จำนวนคู่่นอนที่เปลี่ยนหน้าเข้ามา ถ้ายิ่งสับสนมากก็ยิ่งเสี่ยงมาก การร่วมเพศทางทวารหนัก จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าทางช่องคลอดและทางปากตามลำดับ การมีเพศสัมพันธ์ขณะที่หญิงมีประจำเดือนหรือการร่วมเพศที่ทำให้มีบาดแผลจนเลือดไหลจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายเช่นกัน

2. การติดต่อทางเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ที่มีเชื้อเอชไอวี เช่น โดยการถ่ายเลือดหรือผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ที่ได้รับพลาสมาสดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การใช้เข็มฉีดยา หลอดฉีดยาที่เปื้อนเลือดของคนติดเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้เข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาร่วมกันในกลุ่มติดยาเสพติด โดยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดหรือการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การถูกเข็มฉีดยาหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดของผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีในระหว่างการปฏิบัติงาน การใช้เข็มหรือเครื่องมือแพทย์ที่ไม่สะอาด การสัก การฝังเข็ม การเจาะรูตุ้มหู รวมทั้งการเสริมสวยที่ใช้ของมีคมที่ไม่สะอาดที่อาจจะเปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปลูกถ่ายอวัยวะ การผสมเทียม ถ้าอวัยวะหรือน้ำอสุจิที่นำมาให้คนไข้มามีเชื้อเอชไอวีอยู่ก็จะปนเปื้อนมากับเลือดหรือเมือกเลือดขาวได้

3. การติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก ลูกสามารถติดเชื้อจากแม่ได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด ซึ่งพบว่าแม่ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสแพร่เชื้อแก่ลูกในครรภ์

ได้ร้อยละ 30-50 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ลูกมากหรือน้อยขึ้นกับ ระยะการติดเชื้อของแม่ พบว่าระยะที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดสูงคือระยะ Viremia กับระยะที่เป็นเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อได้มากกว่าระยะอื่น

การติดเชื้อของลูกจากแม่ในระยะก่อนคลอดคือ การรับเชื้อของลูกในมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ของการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก กลไกที่เชื้อผ่านจากระบบไหลเวียนของแม่ไปยังระบบไหลเวียนของลูกนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากเชื้อไวรัสไปทำลายเซลล์ที่ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายของรก คือ ไทรโอฟลาส (Trophoblast) หรืออาจผ่านเซลล์เยื่อบุของรกโดยกระบวนการซึมผ่านแบบพาสซีฟ หรือแอคทีฟ (Passive or active transport)

การติดเชื้อของลูกระหว่างคลอดคือ การรับเชื้อของลูกโดยการสัมผัสทางตรงกับสิ่งคัดหลั่งจากมดลูกและช่องคลอด ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นอันดับสองรองจากในเลือด

การติดเชื้อของลูกระยะหลังคลอด คือ การรับเชื้อของลูกจากน้ำนมของแม่โดยมีการศึกษาพบว่าลูกติดเชื้อเอชไอวีจากการดูดนมแม่ที่เพิ่งตรวจพบเลือดบวกต่อเอชไอวีภายหลังคลอดแล้ว และการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า แม่ที่ไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีรายหนึ่งมีภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้วได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี หลังจากให้ลูกดูดนม 6 สัปดาห์ พบว่าลูกมีอาการบ่งบอกถึงการมีการติดเชื้อ และจากการตรวจเลือดลูกเมื่ออายุได้ 17 เดือน พบว่ามีเลือดบวกต่อเอชไอวี แต่การติดต่อโดยวิธีนี้พบในอัตราต่ำ

การรักษาโรคเอดส์

ประพันธ์ ภาณุภาค (2535 : 201-206) ได้แบ่งขั้นตอนการรักษาโรคเอดส์ออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งฉวยโอกาส

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มักรักษาด้วยอาการของโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส ซึ่งจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากวินิจฉัยได้ถูกต้อง เช่น การรักษาโรคมะเร็งในหลอดเลือด (Kaposi' sarcoma) รักษาได้โดยใช้ยา วินคริสทีน (Vincristine) หรือ วินบลาสทีน (Vinblastine) หรือโดยวิธีรังสีรักษา

2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (Antiviral therapy)

ในปัจจุบันยังไม่มียาที่จะกำจัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้เพราะ จีโนม (Genome) ของไวรัสได้แฝงตัวอยู่ใน ดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ของโฮสต์ (Host cell) ได้มีรายงานการศึกษาที่สามารถหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัสเอดส์หลายชนิด เช่น ซูรามิน (Suramin) , แอนติโมนอท์สเตท (Antimonotungstate) , ฟอสคาร์เมท ฟอสโฟโนโฟเมท

(Foscarnet phosphonoformate) เป็นต้น แต่ยาเหล่านี้ได้ผลดีเฉพาะในหลอดทดลอง ยังไม่
มีผลในการหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในคนและมีผลข้างเคียงมากเกินกว่าที่จะนำมาใช้
ในการรักษา

ในขณะนี้ยาที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีและมี
การใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ ยาไซโดวูดีน (Zidovudine : ZDV)

ยา ZDV มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส
(Reverse transcriptase) เมื่อให้ยานี้แก่ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการทางคลินิกขึ้นอย่างชัด
เจน เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อัตราและความถี่ของโรคติดเชื้อลดลง คณะกรรมการอาหารและ
ยาของสหรัฐ จึงยอมรับให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ เมื่อเดือน
มีนาคม พ.ศ. 2530 สำหรับประเทศไทยยานี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นยารักษาโรคเอดส์
ปลายปี พ.ศ. 2530 เฉพาะชนิดแคปซูล (100 มิลลิกรัม) วิธีการใช้ยามีทั้งชนิดฉีดและรับ
ประทาน ขนาดของการใช้คือ 2 ถึง 3 แคปซูล ทุก 4 ชั่วโมง หรือ 3.5 มิลลิกรัมต่อวัน
แบ่งรับประทานวันละ 6 ครั้ง (ทุก 4 ชั่วโมง) กรณีที่รับประทานยาไม่ได้ใช้ขนาด 2.5
มิลลิกรัม (ไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง) ให้ทุก 4 ชั่วโมง

ยา ZDV มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะโลหิตจาง
 เป็นต้น

ขณะนี้มีการศึกษาสำหรับรักษาโรคเอดส์อย่างกว้างขวาง โดยมุ่งเน้นที่จะยับยั้ง
การเพิ่มของจำนวนไวรัสที่ระยะต่าง ๆ ตลอดวงจรชีวิตของไวรัส ได้แก่

1. ยับยั้งการเกาะกับเซลล์ เช่น เดกซ์ทราน-ซัลเฟต (Dextran-Sulfate) หรือ
สารละลายของ ซีดี 4 (CD₄) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับ ซีดี 4 รีเซพเตอร์ (CD₄ Receptor) ที่
ผนังของเซลล์

2. ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse
transcriptase) เช่น Ddc ไดดีออกซี ซัยติดีน (Dideoxy cytidine)

3. ยับยั้งการสร้างโปรตีนของไวรัส เช่น ฟอสโฟโรไทเอท (Phosphorothioate)
และโอลิโกไดออกซินิวคลีโอไทด์ (Oligodeoxynucleotides) บางตัว

4. ยับยั้งการแตกหน่อของไวรัส เช่น อินเตอร์เฟอรอน (Interferons)

3. การสร้างเสริมภาวะต้านทานที่เสียไป

วิธีนี้เป็นวิธีที่จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งถูกทำลายไปนั้นดีขึ้น จึงเป็น
ความหวังอย่างหนึ่งในการรักษาโรคเอดส์ แต่ก็ยังอยู่ในระหว่างการทดลอง วิธีการที่ใช้ได้แก่
การเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก (Bone marrow transplantation) เป็นต้น

4. การรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากถูกรังเกียจและกีดกันจากสังคม จึงต้องมีบริการที่จะรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย บริการดังกล่าวประกอบด้วย

1. การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วย (Counselings) โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและวิธีการแพร่กระจายของเชื้อ ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและความจำเป็นในการหยุดยั้งหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่มหรือแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น
2. การส่งคนสงเคราะห์โดยให้มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และอาชีพที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วย

ปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์

เมื่อเชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์จะปรากฏอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาการแสดงออกของการติดเชื้อเอดส์นั้นเกิดจากผลโดยตรงของเชื้อเอดส์ที่มีต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย

1.1 ปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสดติดเชื้อได้ง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์หลายประเภท และหลายชนิด เช่น โพรโตซัว ไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา เชื้อแต่ละชนิดมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกัน บางระบบของร่างกายมีการติดเชื้อจากเชื้อโรคหลายชนิด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะพบได้ทั้งเชื้อแบคทีเรีย โพรโตซัว และเชื้อรา แต่ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ *Pneumocystis Carinii Pneumonia* (PCP) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการปอดบวม ซึ่งได้แก่ มีไข้ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอ ไอมีเสมหะเป็นเลือด เหนื่อยออกตอนกลางคืน ซีดเขียว เสียงหายใจผิดปกติ มีเสียงผิดปกติของปอด (บรรจง คำหอมกุล. 2535 : 49) การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการท้องร่วงอาจไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงถ่ายเป็นน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นการติดเชื้อของลำไส้เล็กจากเชื้อ *Cryptosporidium* ผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีอาการถ่ายเป็นน้ำ ไม่สบาย คลื่นไส้ ปวดบิด ผู้ติดเชื้อบางคนถ่ายอุจจาระวันละประมาณ 10-15 ลิตร ทำให้น้ำหนักลดรุนแรง เกิดภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ ขาดอาหาร และเกิดอาการอ่อนเพลีย (บรรจง คำหอมกุล. 2535 : 44) เป็นต้น ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้เป็นการติดเชื้อที่คุกคามต่อชีวิต และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสุขภาพเลวลง และต้องมาพบแพทย์บ่อย ๆ บางรายแพทย์อาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ คือ อาการอุจจาระร่วง โดยจะพบได้ถึงร้อยละ 60 ผู้ติดเชื้อเอดส์มาพบแพทย์ด้วยอาการท้องร่วง อาจไม่รุนแรงจนถึงรุนแรง ถ่ายเป็นน้ำ อาจมีตะคริวที่ท้อง ปวดท้อง อ่อนเพลียไม่มีแรง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจถ่ายอุจจาระถึง 10-15 ลิตรต่อวัน และอาจมีผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักเปื่อยเป็นแผล ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

1.3 ปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง ผู้ติดเชื้อเอดส์มักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีรอยโรคผิวหนัง เช่น ตุ่มพอง ผื่น ปวด คัน ตุ่มน้ำแตก มีรอยโรคและมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมา แผลจากสะเก็ดบางครั้งหายยาก โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อที่ผิวหนัง ผิวแห้ง เลือดจาง การลุกลามของมะเร็งหลอดเลือดที่ผิวหนัง ขาดการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการไม่สมส่วน และปฏิกิริยาของผิวหนังต่อยาที่ใช้รักษาทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการผิวหนังแห้งแตก (Xerosis) มีอาการอักเสบและมีการติดเชื้อของผิวหนังได้ง่าย โรคติดเชื้อที่ผิวหนังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะตั้งแต่ยังไม่มีการจนถึงเอดส์เต็มขั้น

1.4 ปัญหาเกี่ยวกับภาวะเลือดออกจากการมีเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอดส์ การลุกลามมะเร็งหลอดเลือดไปที่หลอดเลือดและไขกระดูก ถูกกด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีเลือดออกมาก มีรอยชอกช้ำ หรือเลือดซึมใต้ผิวหนัง อาจมีเลือดออกที่เหงือกหรือที่อวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย

1.5 ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจ วัณโรคปอดและปอดอักเสบจาก *Pneumocystis Carinii* เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ เหนื่อย หายใจลำบาก หายใจถี่ขึ้น ซีดเขียว มีอาการเจ็บหน้าอกจากไอเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและพักผ่อนได้น้อย

1.6 ปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม หรือดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เนื่องจากอ่อนเพลีย มีไข้สูง มีอาการเจ็บปวด มีการติดเชื้อของระบบประสาท ทำให้การทำงานของระบบประสาทเสื่อมลง เช่น สูญเสียการมองเห็น สูญเสียความคิดจากภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน ทำให้มีอาการเกร็ง กล้ามเนื้อสั่น กระตุก เป็นต้น

1.7 ปัญหาเกี่ยวกับการขาดอาหารและน้ำ ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์มีภาวะขาดอาหารและน้ำ จากอาการท้องร่วง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ไข้สูง มีแผลในปาก เชื้อราในปากและหลอดอาหาร มะเร็งหลอดเลือดในปาก และหลอดอาหาร น้ำย่อยในทางเดินอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด และการฉายแสง รวมทั้งปัญหาทางจิตและสังคม การขาดอาหารประเภทโปรตีนและสารพลังงาน การขาดวิตามินต่าง ๆ จะมีส่วนอย่างมากต่อเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ความสามารถต่อสู้เชื้อโรคลดลง เกิดการติดเชื้อซ้ำ

ได้ง่าย และมีภาวะการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การขาดโปรตีนและสารพลังงาน จะทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง น้ำหนักลด

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ

2.1 ปัญหาความตึงเครียดทางอารมณ์ ความเจ็บป่วยทางกายจากการป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ รู้สึกว่า ตนเป็นโรคที่น่ารังเกียจ คนทั่วไปไม่กล้าติดต่о ต้องถูกแยก ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และมีความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวอาการของโรค กลัวทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย กลัวสังคมทอดทิ้ง กลัวถูกแยกครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกคับข้องใจ เนื่องจากความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม หรือไม่สามารถทำงานได้ เพราะสมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนไป นอกจากนี้การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตและการที่ต้องปฏิบัติตามเยี่ยงผู้ป่วยไปตลอดชีวิตเช่น ต้องระมัดระวังเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแนวการรักษา การที่ต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์เป็นอย่างมาก

2.2 ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ แต่ผลจากการมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนคนปกติทั่วไป และมักจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตลอด ทำให้มองตนเองว่าเป็นบุคคลไร้คุณค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อน การที่สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาท จากการพึ่งพาผู้ติดเชื้อเอชไอวีขณะเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้ที่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพึ่งพา นี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิมได้ เกิดความเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวสูญเสียไปได้

จากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคเอชไอวีส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทุกะบบของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความรุนแรงของโรค และสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นปกติได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอชไอวี นอกจากผู้ดูแลจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคในวิถีชีวิตตามปกติของตนเองแล้ว จะต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ และโรคเอชไอวีที่ต้อง โดยเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย และจะต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในฐานะผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลบางคนอาจเป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยปกติตามพัฒนาการของชีวิตแล้วต้องการผู้มาดูแลตนเองมากกว่า แต่เมื่อบุตรป่วย ก็ต้องปรับตัว ปรับวิถีชีวิตมาให้การดูแล

ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลบางคนอาจมีฐานะเป็นทั้งแม่ ภรรยา ผู้หาเลี้ยงครอบครัว หรือเป็นผู้ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยเรียน รวมทั้งอาจต้องมีการเลี้ยงดูน้องเล็ก ๆ การรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นภาระหนัก ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจะต้องคำนึงถึง เพื่อให้การสนับสนุน ส่งเสริม และชี้แนะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และดูแลตนเองต่อไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล จึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โอเรม (Orem. 1980 : 35) ได้เผยแพร่แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการพยาบาลเมื่อ ค.ศ. 1958 และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษานำมาประยุกต์ใช้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 18)

ความหมายของการดูแลตนเอง (Self Care)

การดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเรม (Orem) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 22)

การดูแลตนเอง ตามความหมายของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรง

รักษาไว้ซึ่งชีวิต ภาวะการมีสุขภาพดี และความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care)

การดูแลตนเองในความหมายของโอเรม กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 23-25)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์และสภาวะทั้งภายในและภายนอก เป็นความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตและการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ เพื่อสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำในสิ่งที่เหมาะสมได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ดำเนินการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย เพราะเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากข้อจำกัดการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนจากโรคซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยบุคคลที่จะต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้เรียกว่า **Dependent care agent** และการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลอื่น ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกนั้น จะประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น (**Self-care requisites**) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 27-35)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (**Universal self-care requisites**) เป็นการดูแลตนเองของทุกคนในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ การดูแลตนเองนี้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการที่จะคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่และสุขภาพของบุคคล ซึ่งได้แก่

- 1) การคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- 2) การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 4) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น

5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

6) การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการทั้งในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร เป็นต้น ตลอดจนการป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด ได้แก่ การปรับตัวทางสังคม การสูญเสียบุคคลซึ่งเป็นที่ยรักและญาติมิตรต่าง ๆ การเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีโครงสร้างหรือมีหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค หรือการรักษาของแพทย์ ซึ่งความต้องการด้านนี้ได้แก่

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่สุขภาพอย่างเหมาะสม

3.2 รับรู้สนใจผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 รับรู้อัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับปรุงบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพามบุคคลอื่น ๆ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองได้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมควรใจที่จะกระทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ และเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจอย่างมีเป้าหมาย เช่น การแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจง หรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมดียิ่งขึ้น เพื่อสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข เพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยได้ การดูแลตนเองจึงเป็นการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ ความรู้ และการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในการติดต่อสื่อสารทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดียิ่งขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งของตนเองและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem. 1991 : 175) ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor. 1989 : 134) โดยที่โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31-36)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capability for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)

เป็นลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช้การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่กระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระ และจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลรักษา เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ผู้ดูแลจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (Taylor. 1989 : 134) และระดับความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถที่จะตรวจสอบสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการดูแลและการปรับการดูแล ตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นและปฏิบัติการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการนั้น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2540 : 18) โดยใช้พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้นความต้องการการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีดังนี้คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 ร่างกายได้รับอากาศเพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อราในปอด วัณโรคของปอด ปอดอักเสบจากเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยจะมีอาการไอแห้ง ๆ หอบเหนื่อย ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการ และช่วยเหลือโดยการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ หรือในที่ที่ไม่แออัดหรืออับชื้น หรือหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม ในขณะเดียวกันจะต้องดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและบุคคลในครอบครัวไม่ให้สัมผัสกับเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย และจะต้องดูแลตนเองและครอบครัวให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทและไม่อับชื้นด้วยเช่นกัน

1.2 ร่างกายได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในระบที่มีอาการหรือระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยจะมีความพร่องในการดูแลตนเองในทุก ๆ ด้าน เนื่องจากน้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย ติดเชื้อในทางเดินอาหารและลำไส้ อุดจากระวังเรื้อรัง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 60 ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บที่ปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้สูง ตัวและตาเหลือง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ผู้ดูแลจะต้องรับภาระและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนให้ทั้งหมด ซึ่งเป็นภาระที่หนักและต้องใช้ความสามารถอย่างสูงประกอบกับความวิตกกังวลในอาการและการดำเนินของโรคของผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นบุตรหรือสามีของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลละเลยการรับประทานอาหารและน้ำ ย่อมทำให้ร่างกายอ่อนแอ และทรุดโทรมลงได้

1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นโรคซึ่งแตกต่างไปจากโรคอื่น โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม มีลักษณะเฉพาะที่แพร่กระจายในกลุ่มที่เป็นปัญหาในสังคม และบุคคลที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย เพราะนอกจากจะต้องคอยดูแลผู้ป่วยแล้วจะต้องคอยปกปิดความลับในการตรวจวินิจฉัยการดำเนินโรคของผู้ป่วย รวมทั้งจะต้องคอยดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลในครอบครัว ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลนี้ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การปวดเมื่อย หายใจขัด ขาดสมาธิ ถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือท้องผูก ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ดูแล (กรมสุขภาพ. 2541 : 2-3)

1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มักเป็นภาวะวิกฤต และอาจทำให้ผู้ดูแลคิดฆ่าตัวตาย หรือภาวะสุขภาพเสื่อมโทรมลงเนื่องจากปัญหาในการปรับตัว เพราะนอกจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อจากสามี ทำให้ตนเองจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์แล้ว ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของสามีคือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าครองชีพของครอบครัว และภาระในการดูแลครอบครัว ซึ่งภาระดังกล่าวคือความทุกข์และจะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวที่ยาวนาน ก่อให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพและกิจกรรรมการนอนหลับพักผ่อนในแต่ละวัน

1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ให้สามารถเผชิญกับชีวิตในแต่ละวันแล้ว ผู้ดูแลต้องช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ในขณะที่โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว น่ารังเกียจและน่าละอาย ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและความผูกพันในครอบครัว

1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความปลอดภัยที่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องสนใจระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ป้องกันการถูกสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าตา หรือบาดแผล ต้องระมัดระวังในการใช้ของมีคมกับผู้ป่วย ต้องดูแลให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดปาก จมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น รวมทั้งการรู้จักล้างมืออย่างถูกวิธีและรู้จักวิธีทำลายเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precaution) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องแสวงหาความรู้ และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ดำเนินไปได้ด้วยดี เป็นการแบ่งเบาภาระในเรื่องการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติอีกด้วย

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในด้านนี้เป็นการดูแลตนเองในขณะเผชิญกับปัญหาตามขั้นตอนพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจร

ชีวิต นับตั้งแต่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคเอดส์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว การปรับตัว ปรับความรู้สึก และแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อช่วยในการค้นหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล สามารถที่จะปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับความสามารถที่จะดูแลตนเอง โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลโดยไม่ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ รู้จักแสวงหาวิธีผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก เพื่อลดการกดดันจากปัญหาต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว เพื่อประคับประครองจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ดูแลให้สามารถต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.1 ผู้ดูแลรู้จักที่จะแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

3.2 รับรู้และสนใจต่อระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยง และผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

3.3 ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การฟื้นฟูสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจ ตามภาวะการเบี่ยงเบนสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.4 รับรู้และสนใจที่จะปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาสู่ตนเองและครอบครัว

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเองและครอบครัวในการยอมรับสภาพความเป็นจริงในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ ตลอดจนความจำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริงโดยปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อจัดระบบในการดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power component of self care)

พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Ten power component of self care) ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่ (อรรถัย โสมนรินทร์. 2538 : 34-36)

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง สนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ได้แก่ การมีเวลาสนใจ เอาใจใส่และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการป้องกันตนเองของผู้ดูแลไม่ให้เกิดปัญหาใน

การป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันบุคคลในครอบครัวไม่ให้สัมผัสกับสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนการกระทำตนอย่างไรเพื่อมิให้เชื้อเอดส์ได้แพร่ต่อไปถึงผู้อื่น และมีความรับผิดชอบในการที่จะปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในการดำเนินชีวิต

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลสามารถมีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมไม่เชื่องช้าหรือเร็วเกินไป ไม่บ่นเหนื่อย อ่อนเพลีย หรือรู้สึกเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรม มีการนอนหลับและรับประทานอาหารที่พอเพียง มีความพึงพอใจ ไม่หงุดหงิดเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่ควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ดูแลเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงสามารถแยกแยะเหตุและผล เช่น การได้รับเชื้อต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกายจะทำลายภูมิคุ้มกันหรือการไม่เลืกยาเสพติดซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลในการทำลายภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น ในรายที่มีอาการของโรคเอดส์ชัดเจนต้องหลีกเลี่ยงการลงว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ นอกจากนี้อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานต้องสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารเนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคน้อย

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ โดยผู้ดูแลมีความสามารถอดทนในการที่จะริเริ่ม โดยมองเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลตนเองและสุขภาพและกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อมิให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

ผู้ดูแลทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจมาพบแพทย์โดยเร็วเพื่อการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ ได้แก่ การมีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระเหลวบ่อยครั้ง เป็นต้น และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทราบและสามารถแยกแยะปัจจัยที่จะสนับสนุนและข้อจำกัดต่อการดูแลรักษาสุขภาพ

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองและโรคเอดส์จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการติดต่อ สอบถาม แพทย์ พยาบาล หรือผู้รู้เมื่อพบปัญหา หรือมีข้อข้องใจในการดูแลผู้ป่วยโดยสามารถที่จะถ่ายทอดและรับข่าวสารได้

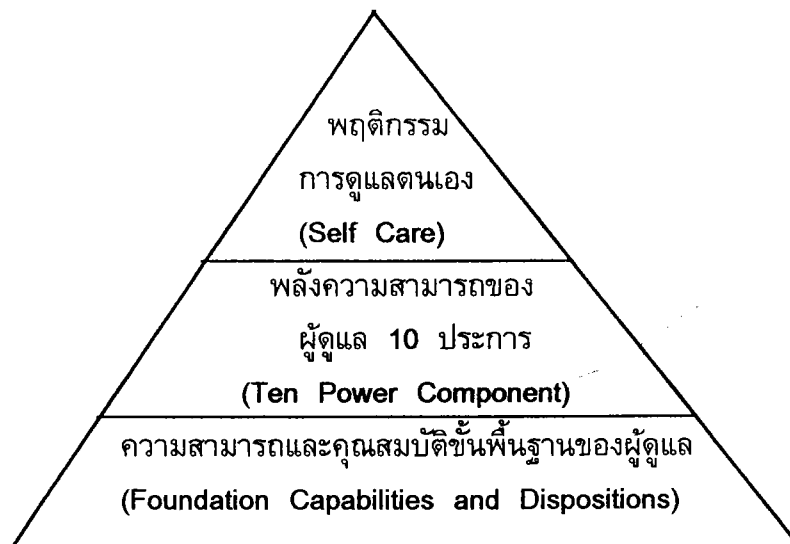
อย่างถูกต้องชัดเจน เหมาะสมและนำมาปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

9. ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของการกระทำต่าง ๆ นั้นให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแล

10. มีความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions)

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะสามารถปฏิบัติการเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแลและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล และความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ ส่วนพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ดูแล ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล.

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถที่จะเรียนรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำเป็นฐานของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยทักษะ การเรียนรู้ ความจำ การอ่านเขียน ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล การมองเห็น การสัมผัส การเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งนิสัยประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องสามารถควบคุมและดูแลตนเองให้สามารถปฏิบัติการเพื่อการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

นอกจากความสามารถทั้ง 3 ประการข้างต้นแล้ว ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 48) ในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำปัจจัยพื้นฐานบางประการมาพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

เพศ

ตามแนวความคิดของโอเรม ไม่ได้อธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเพศแต่ได้ชี้ให้เห็นว่า เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศจึงน่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันด้วย (อรรถัย โสมนรินทร์. 2538 : 41 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985. *Nursing Concepts of Practice*. p.42)

อายุ

ผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในวัย 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยของการมีครอบครัว มีความมั่นคงในด้านหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ย่อมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี (อรรถัย โสมนรินทร์. 2538 : 41 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991. *Nursing Concepts of Practice*. p.239-246) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพิงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 71) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับการศึกษา

ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้รับจากบ้าน โรงเรียนและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ มีการเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถสูงจะเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี การศึกษาสูงจึงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ (อรรถัย โสมนรินทร์. 2538 : 41) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 40) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้

สถานภาพสมรส

จากการศึกษาของแฮส (Hass. 1990 : 162) พบว่าบุคคลที่มีคู่สมรสจะมีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยในครอบครัวมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส เพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากกว่าผู้อื่น จึงมีโอกาสนำการสนับสนุนช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถัย โสมนรินทร์ (2538 : 70) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่ได้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดีกว่า เนื่องจากไม่ต้องวิตกกังวลในการแบ่งเวลามาให้การดูแลคู่สมรสหรือบุตร และไม่ก่อให้เกิดความรังเกียจจากคู่สมรส

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคเอดส์ภายในครอบครัวจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวจะช่วยพัฒนาและสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51)

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem. 1985 : 35) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ย่อมจะเข้าใจถึงความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และจะเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมาเป็นเวลานานได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามภาวะการเจ็บป่วยเป็นเวลานานของผู้ป่วยอาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียด อาจทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

ในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น เป็นความสามารถที่สลับซับซ้อน และเป็นภาระที่ต้องใช้ความสามารถอย่างสูงกว่าคนปกติโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นอกจากจะต้องดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองแล้ว ต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2535 : 30)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950 -1960 โดยโรเซนสตอก (Rosenstock) ฮอธบัม (Hochbaum) และคีเกลส์ (Keagles) ได้ให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่า ทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตน

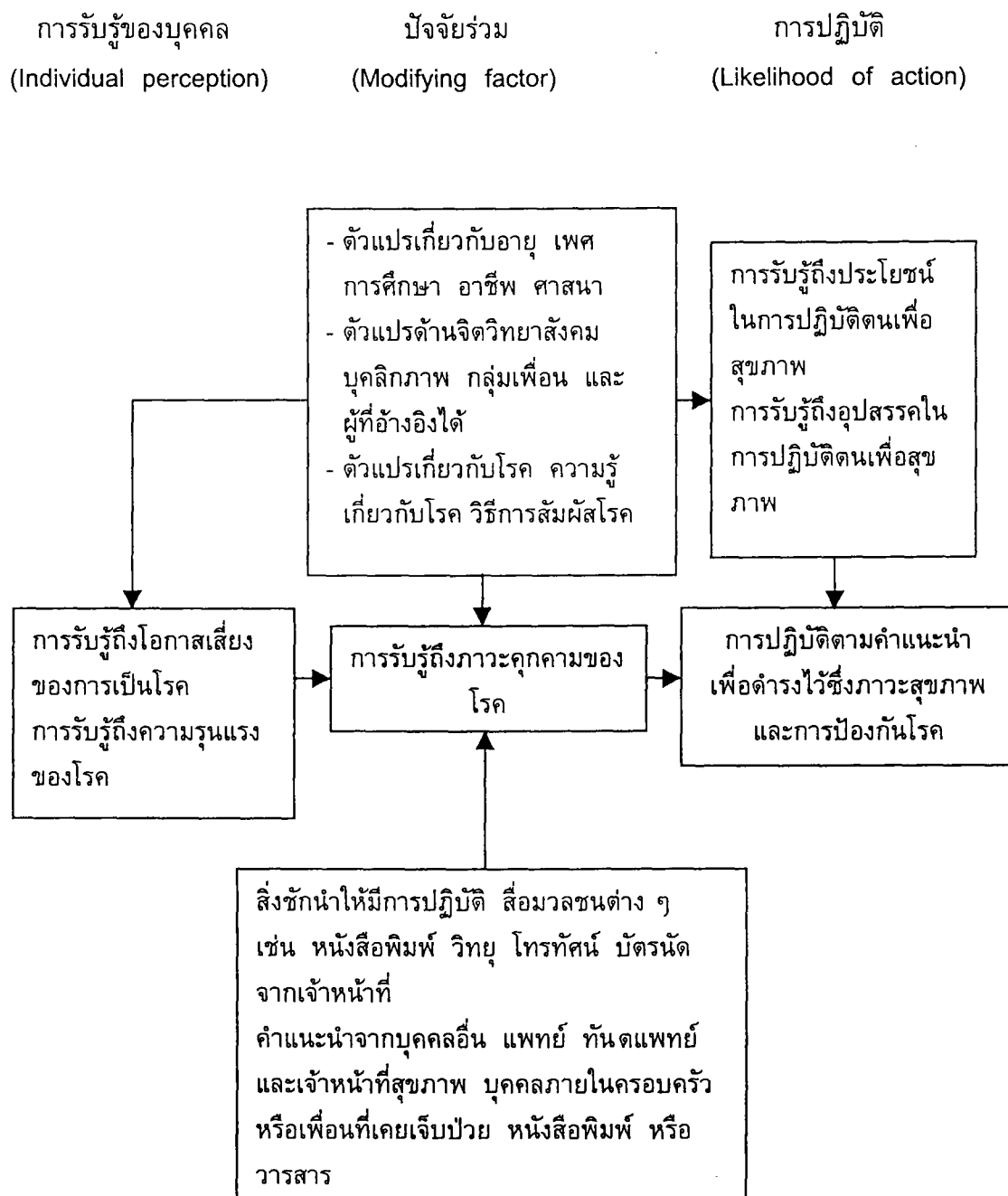
พอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้เกิดแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา องค์ประกอบที่โรเซนสตอกกล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตของเขาพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคไม่ควรมียุทธศาสตร์ต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรคของบุคคลโดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้ (Becker. 1974 : 29-30)

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายในคน เช่น อาหาร หรือความเจ็บปวด หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ดังภาพประกอบ 3 (กองสุขศึกษา. 2542 : 20 ; อ้างอิงจาก Becker, Drachman & Kirscht. 1974. *American Journal of Public Health*. p. 206)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้สำหรับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ต่อมาเบเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 197) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว เบคเกอร์ (Becker) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ โดยรวมแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ เข้าเป็นองค์ประกอบของแบบแผน ดังนี้

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Percieved severity) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตราย สามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อการครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีขึ้น ปัจจัยนี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ การที่ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ไม่สามารถหรือไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันขึ้น เช่น อาจจะมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ มากกว่าที่จะมีพฤติกรรมร่วมมือทางด้านสุขภาพ สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมักเป็นผู้ที่ไม่เอาใจใส่ต่อความรุนแรงที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ความพิการ หรือภาวะต่าง ๆ ที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำจะน้อยลงเมื่อโรคนั้น ๆ อยู่ในภาวะที่ไม่แสดงอาการ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหรือมีอาการรุนแรงกว่าน่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่า

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Percieved susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรสดังกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัย การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคเรื้อรัง หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่น ๆ ได้ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived benefit) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดได้ว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และความเชื่อต่อประโยชน์ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นก็คือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และลดความรุนแรงของโรค (Becker and Maiman, 1975 : 13-25) บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรค หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barrier) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของบุคคล ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ คลิงเกอร์ (นิตยา ภาสนันท์, 2529 ; อ้างอิงจาก Klinger, 1984 : 32-37) พบว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

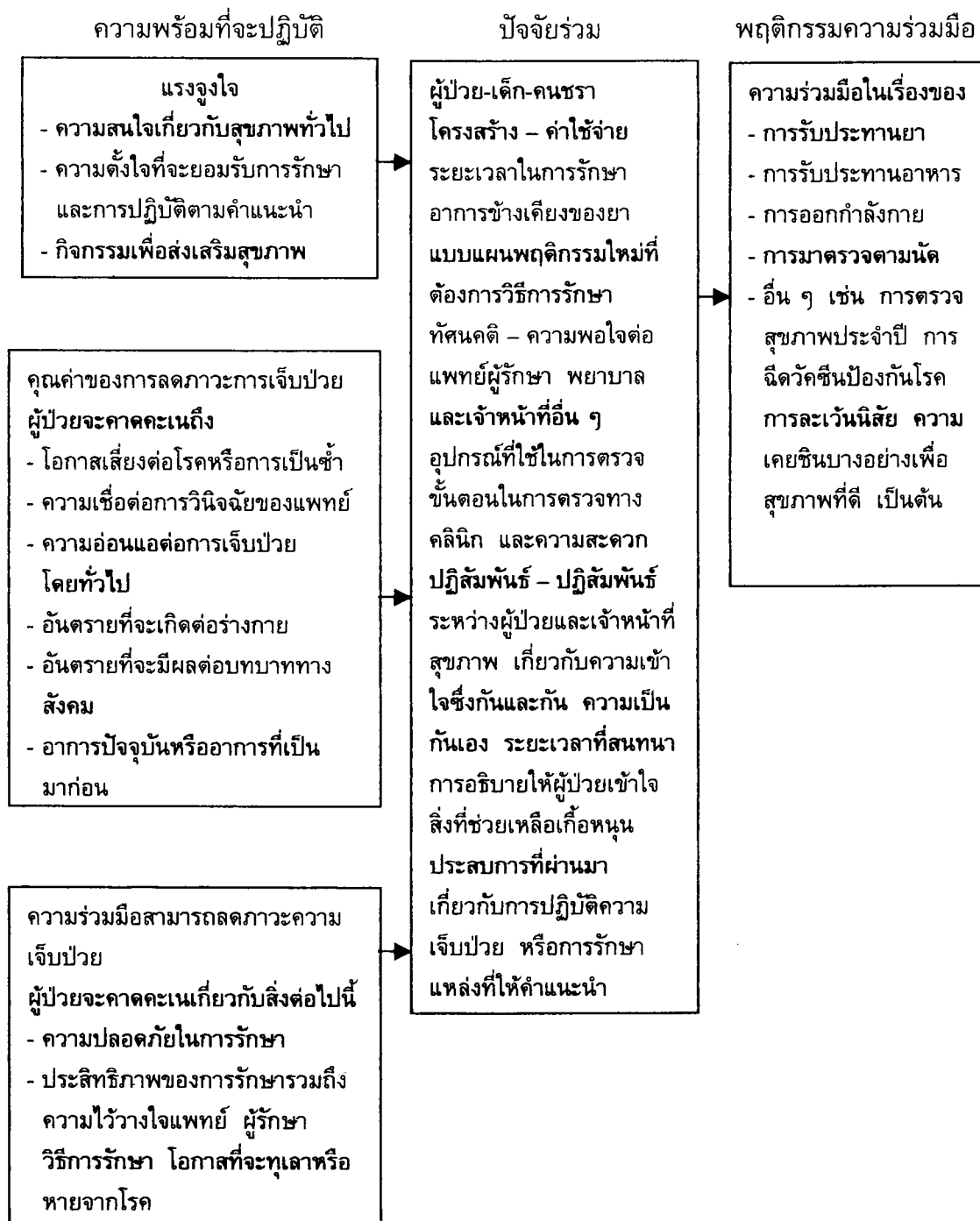
จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974 : 29-30) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยดังภาพประกอบ 3 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ในทำนองเดียวกัน เมื่อนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ก็สามารถกล่าวได้ว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีและถูกต้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะสามารถดูแลตนเองได้ดีและสามารถแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

1. โรคเอดส์เป็นโรคที่มีอาการรุนแรง เมื่อเป็นแล้วมีอันตรายถึงชีวิต และยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ หากมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ของมีคมร่วมกับผู้ป่วย
3. การให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุขจะช่วยให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีและป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยโรคเอดส์ได้
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อลดปัญหา อุบัติเหตุ และโรคแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ดูแล

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) อันได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ร่วมกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อม และหันมาดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตัดสินใจที่จะป้องกันการติดเชื้อได้ โดยสรุปเป็นภาพประกอบ 4 (กองสุศึกษา. 2542 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Becker. 1974. *Health Education Monograph*. p. 416)



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในต่างประเทศ และในประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

โรเซนสตอก (Rosenstock. 1969 ; 1974 : 330) สรุปรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยนั้นมีผลต่อการป้องกันรักษาโรค และส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี ซึ่งบุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดีนั้นจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรค

คีเกลล์ (เอี่ยมพร กาญจนรังษิย์. 2532 : 33 ; อ้างอิงจาก Kegeles. 1969. : *Journal of Health and Social Behavior*. p. 115) ได้ศึกษาโดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในโปรแกรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) พบว่า หญิงที่มารับตรวจชิ้นเนื้อเพื่อหาเซลล์มะเร็ง (Pap smear) ส่วนมากเชื่อว่า การตรวจสามารถค้นหาพบโรคได้ในระยะเริ่มแรกก่อนแสดงอาการและมีการพยากรณ์ของโรคดีกว่า

เลิฟจอย และคนอื่น ๆ (Lovejoy and others. 1988 : 155-161) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชายรักร่วมเพศ ชายรักต่างเพศที่มีเลือดบวก 178 คน พบว่า ร้อยละ 73 ของชายที่มีเลือดบวกเหล่านี้มีการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่เพียงพอ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิธีการส่งเสริมสุขภาพและภูมิคุ้มกันของร่างกาย ร้อยละ 12 ต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรม การร่วมเพศที่ปลอดภัย ซึ่งผลจากการศึกษาจะเห็นว่าชายที่มีเลือดบวกส่วนมากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องลงเสี่ยงต่อการลุกลามของโรคได้

ซุงและแมกรอว์ (Chung and Magraw. 1992 : 891-894) ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงติดเชื้อ HIV ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีเป็นจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่ได้รับการยอมรับในสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ บุคลิกและความต้องการของพวกเขาถูกปฏิเสธจากสังคมทำให้ได้รับไม่เพียงพอ ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงการพัฒนา กลุ่มผู้หญิงเหล่านี้และผลจากการร่วมสัมมนาในกลุ่มว่า บ่อยครั้งที่รู้สึกว่าคุณทอด้ทั้งและอับอายจากการถูกตรวจหน้า สูญเสียบทบาทของการเป็นผู้ให้การดูแล การเป็นภรรยาและมารดาและพวกเขาต้องพบกับความวิตกกังวล และสับสนเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศ บางครั้งเขากลัวการที่จะนำเชื้อ HIV มาติดบุคคลในครอบครัว ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวเนื่องกับการมีเพศสัมพันธ์ แพทย์ต้องให้คำแนะนำตามอาการของพวกเขา และต้องการจะให้สุขศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางนรีเวช ซึ่งเกิดจากเชื้อ HIV และประเด็นอื่น ๆ เพื่อเผชิญปัญหาทั้งการเจ็บป่วยและการเป็นมารดา

ซีเลย์ และคนอื่น ๆ (อรทัย โสมนรินทร์. 2538 : 28 ; อ้างอิงจาก Seeley and others. 1993. *AIDs – Caree*. p. 117-122) ศึกษาการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของครอบครัวโดยผู้ให้คำปรึกษา เก็บข้อมูลนานกว่า 6 เดือน จากตัวผู้ดูแลจำนวน 30 ราย พบว่ามีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยอย่างเด่นชัดถึง 27 ราย โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลไม่เพียงพอในเรื่องของ การขาดอาหาร เงินสำหรับการรักษาและผลกระทบจากครอบครัวอื่น ๆ เนื่องจากรังเกียจผู้ป่วยและครอบครัว

แมคเกรท และคนอื่น ๆ (McGrath and others. 1993 : 55-70) ศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ 24 ราย ใน 22 ครอบครัว พบว่ามีเพียง 4 ราย ที่บอกผลการตรวจเลือดแก่ทุกคนในครอบครัว นอกนั้นจะปฏิเสธหรือบอกเพียงบางคนในครอบครัว สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่บอกบุคคลในครอบครัว เนื่องจากกลัวจะเป็นที่กั้วล กลัวได้รับการปฏิเสธและสมาชิกในครอบครัวที่ทราบแสดงความหวาดกลัว ซ้อคและไม่เชื่อผลการตรวจว่าเป็นความจริง กลัวการติดเชื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวหวาดกลัวว่าจะได้รับการรังเกียจและปฏิเสธจากบุคคลภายนอก

งานวิจัยในประเทศไทย

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2530 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 292 ราย เป็นหญิงอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 ราย และผู้ติดยาเสพติด 151 ราย พบว่าการรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

เอี่ยมพร กาญจนรังษิษฐ์ (2532 : 99-103) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเฮอร์อีนทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดรักษานั่นถอนพิษ ในโรงพยาบาลวชิระและโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 100 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่างก็มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 55.11

จารุณี สุดดี (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี จากหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการต่าง ๆ จำนวน 288 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยร่วมทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ สำหรับอายุ ระยะเวลาประกอบ

อาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์

ทิตยทยา หอมทรัพย์ (2538 : 107-110) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์โดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คลินิกผู้ติดเชื้อ เอดส์และเอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี คลินิก 205 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เลิศสิน คลินิกเพื่อสุขภาพหญิง คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลบางรัก คลินิกปรึกษาปัญหา สุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราดูล คลินิกเพื่อสุขภาพกลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 140 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ระดับการศึกษาสูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย

อรทัย โสมนรินทร์ (2538 : 75) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน และติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลบาราศณราดูล และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยรวม และความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มาลินี ภูวนันท์ (2539 : 47-55) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา จำนวน 409 คน พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดี ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะติดต่อโรคเอดส์ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลธิดา ไชยวรรณ และคนอื่น ๆ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาครอบครัวผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปาง และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ จังหวัดลำปาง ในระหว่างเดือนตุลาคม 2537 ถึงกันยายน 2538 อีกทั้งเป็นผู้ที่ยินยอมให้มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่จำนวน 83 ครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (62.70%) อายุเฉลี่ย 28.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อที่ ปรากฏอาการ (Symptomatic HIV patient) อาชีพหลักของครอบครัว ร้อยละ 60.20 มีอาชีพ รับจ้าง รายได้เฉลี่ยครอบครัวละ 29,600 บาทต่อปี จำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ย 4 คนต่อครอบครัว มีผู้สูงอายุ 1.4 คนต่อครอบครัว เด็กอายุ 0-15 ปี เฉลี่ย 1.2 คนต่อครอบครัว ผู้ที่ได้รับการดูแล

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 42.20 คือ บิดา มารดา รองลงมาคือคู่ครอง ซึ่งโดยปกติจะมีอาชีพรับจ้างและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในขณะที่ให้การดูแลร้อยละ 60.30 จะได้รับความรู้และฝึกทักษะตามกระบวนการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย (D-METHOD discharge planning) จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ให้การดูแล มีความรู้และมีทักษะในการดูแลเป็นอย่างดี ตามองค์ความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (D-METHOD) มีเพียงการรับรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา ทางด้านเศรษฐกิจ (Economic) ที่ผู้ให้การดูแลยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาหรือ การหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ สำหรับญาติที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ไม่มีความรังเกียจและให้กำลังใจอยู่เสมอ

ร้อยละ 96.40 ของครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความต้องการให้มีการ ดูแลที่บ้านและมีร้อยละ 71.10 ที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งจะได้รับการช่วยเหลือจาก หน่วยงานภาครัฐมากกว่าเอกชน และเป็นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขมากกว่า ดังนั้นจึงได้ รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าด้านเศรษฐกิจ ทั้งที่เป็นปัญหาใหญ่ของ ครอบครัว ซึ่งมีฐานะยากจน ดังจะเห็นได้จากการสอบถามความต้องการการช่วยเหลือทางด้าน เศรษฐกิจ และมีเพียงร้อยละ 38.70 ที่ได้ขอรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ และกำลังรอ ผลพิจารณาให้การช่วยเหลือ

จากการศึกษาทำให้เห็นว่าครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการ ดูแลที่บ้านจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน และได้การสอนและฝึกทักษะในการดูแล ผู้ป่วยตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (D-METHOD discharge planning) ซึ่งน่าจะเป็น สิ่งที่จะช่วยให้เกิดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และมีความ มั่นใจ อีกทั้งการติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ทำให้ทราบถึงปัญหาและความ ต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันที่รวมทั้งควรมีการ สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการรวมตัวของชุมชนในการที่จะมีส่วนร่วมให้การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

จริยวัตร กมพยัคฆ์ และคนอื่นๆ (2540 : 146-150) ศึกษาการรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวที่มารับการตรวจรักษาในคลินิก โรคติดเชื้อและภูมิคุ้มกัน ดิกรัตนโรคนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 45 คน โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 49 คน และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 คน รวม 119 คน สรุปการศึกษาพบว่าการรับรู้ในเรื่องโรคของทุกกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ดี ความต้องการด้านสุขภาพและความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับต้องการมาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพมหานครต้องการมากในเรื่องยาเพื่อการรักษา และการยอมรับ จากบุคคลอื่น ส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ มีความต้องการในเรื่องเงินเพื่อการรักษา

การหมุนกลับของเวลา ความรู้ในการปฏิบัติตน ยารักษาโรคและการยอมรับจากบุคคลอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่มีความต้องการด้านต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครที่ระดับ .001 ส่วนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายโรคโดยรวมอยู่ในระดับดีไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 119 คนเป็นเพศหญิง 75 คน เพศชาย 44 คน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 20-39 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000-3,999 บาท และรับทราบว่าผู้รับการดูแลมีผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีในระยะ 1-3 เดือนมากที่สุด รองลงมาคือระยะ 4-6 เดือน ผลการศึกษาในเรื่องการรับรู้ต่อโรคเอดส์อยู่ในระดับดีทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งทางด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยกลุ่มผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคแตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับ .001 ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีความต้องการด้านต่าง ๆ โดยรวมอยู่ในระดับต้องการมาก แต่ความต้องการการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติด้านสุขภาพผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ มีการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบ เนื่องจากผู้ติดเชื้อยังสามารถทำงานได้ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างปกติ สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เหมือนเดิม และมีบางส่วนที่มีความรัก ความสงสาร ความเข้าใจยอมรับและเห็นใจมากขึ้น

จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 83 ราย พบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การมีส่วนร่วม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยทางชีวสังคมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

4. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนได้

ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99-104) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 350 ราย พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับดี ความแตกต่างทางเพศ อายุ และระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธารารัตน์ ดวงแข (2541 : ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ในการรับยาครั้งที่สอง ที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมคะแนนเฉลี่ยก่อนไปทางต่ำเล็กน้อย มีค่า 98.93 และพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม แต่ปัจจัยลักษณะประชากร ด้านเพศ อาชีพ และลักษณะการสัมผัสโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นเดียว พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมได้ร้อยละ 33.00

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100 – 107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มีรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมใหญ่อยู่ใน ระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มีรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ สตรีที่มีรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมี

พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน สตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสพการณ์ การมีบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของสตรีที่มีรับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 69 – 74) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปรเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงิน หรือแรงงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ได้ร้อยละ 13.95

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีได้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 1,058 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 290 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และมีวิธีดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ (Yamane, 1996 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 290 คน จากจำนวนประชากร 1,058 คน

2. วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย หรือเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน เป็นเพศชาย 64 คน และเพศหญิง 226 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem) ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 61 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 39 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยเกณฑ์การตรวจสอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ได้แบบ สอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 61 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จำนวน 39 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรค เอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ และได้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จำนวน 28 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ การติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ การรับรู้ถึง อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โดยมีข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนนโดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ด้านการรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดังนี้

	ความเชื่อด้านสุขภาพ ทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อด้านสุขภาพ ทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ส่วนด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ทางบวก (คะแนน)	ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	3	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้สูง

2. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทางบวก (คะแนน)	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ +1

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ 0

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ -1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร IC ได้ข้อคำถามที่มีค่าเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า จำนวน 100 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือตามลำดับดังนี้

2.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) จากข้อคำถามที่สร้างขึ้น 61 ข้อ เลือกได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.10 ถึง 0.64 จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์ จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.63, 0.47, 0.61 และ 0.78 ตามลำดับ

หมายเหตุ ข้อคำถามด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.47 มีการนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้ดีขึ้นก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 – 117) จากข้อคำถามที่สร้างขึ้น 39 ข้อ เลือกได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.23 ถึง 0.68 ได้จำนวน 28 ข้อ จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2543 - ธันวาคม 2543 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง
3. เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส/พีซี (SPSS/PC : Statistical Package for The Social Science / Personal Computer) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนและการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
 - 2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way analysis of variance) หรือแบบทดสอบค่า เอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5 และ 6
- ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls method)

2.5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7, 8, 9 และ 10 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t – test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูต. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคน

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 :

65)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$n\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า **Face validity** ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 116)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา และแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่

-1 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาหาค่าโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยวิธีวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
$\sum s_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
s_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 166)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t – distribution
$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
s_1^2, s_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way analysis of variance) หรือค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F – distribution
MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่าการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q	แทน	ค่า q – statistic ที่ได้จากตาราง
MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้า n ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สูตรดังนี้

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ

$$\tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

 $n_1, n_2 \dots n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k

3.4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7, 8, 9 และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y
n	แทน	จำนวนคน
$\sum x$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด x
$\sum y$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด y
$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง x กับ y
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวกำลัง 2
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของชุดคะแนน y แต่ละตัวกำลัง 2

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t – test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

$$t = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
n	แทน	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
p	แทน ค่าความน่าจะเป็น (Probability) ที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (α) ที่จะปฏิเสธสมมุติฐานกลาง (H_0)
df	แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี

จังหวัดราชบุรี โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ระดับความเชื่อมั่น
 สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 :
 9) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามตัวแปร
 เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะเวลาในการ
 ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการทดสอบค่าที (t – test) และค่าเอฟ (F – test) แล้วนำเสนอในรูป
 ตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การ
 รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน
 โรคเอดส์ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยหาค่า
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้ว
 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการใน
 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับรู้ถึงความรุนแรง
 ของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อ
 ป้องกันโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ดังปรากฏตามตาราง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	226	77.90
ชาย	64	22.10
รวม	290	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	78	26.90
30 – 39 ปี	96	33.10
40 – 49 ปี	68	23.40
50 ปีขึ้นไป	48	16.60
รวม	290	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	26	9.00
ประถมศึกษา	118	40.70
มัธยมศึกษา	90	31.00
อุดมศึกษา	56	19.30
รวม	290	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
4. สถานภาพสมรส		
โสด	54	18.60
คู่	190	65.50
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	46	15.90
รวม	290	100.00
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	27	9.30
บิดา มารดา	57	19.70
ภรรยา สามี	87	30.00
ญาติ	119	41.00
รวม	290	100.00
6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
ต่ำกว่า 1 ปี	169	58.30
1 – 2 ปี	52	17.90
2.1 – 3 ปี	27	9.30
มากกว่า 3 ปี	42	14.50
รวม	290	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือเพศหญิง 226 คน คิดเป็นร้อยละ 77.90 เพศชาย 64 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10

อายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.10 รองลงมาได้แก่ ผู้มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และผู้มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.90 และ 23.40 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.60

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.70 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.00 และ 19.30 ตามลำดับ ส่วนระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.00

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีสถานภาพสมรสอยู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.50 รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 18.60 ส่วนสถานภาพสมรสหม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.90

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ในฐานะญาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมาได้แก่ ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ในฐานะภรรยา สามี และบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 19.70 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.30

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมาได้แก่ 1 – 2 ปี และมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.90 และ 14.50 ตามลำดับ ส่วนผู้มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่าง 2.1 – 3 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.30

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค		
ระดับต่ำ	7	2.40
ระดับปานกลาง	68	23.40
ระดับสูง	215	74.20
รวม	290	100.00
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค		
ระดับต่ำ	1	0.30
ระดับปานกลาง	62	21.40
ระดับสูง	227	78.30
รวม	290	100.00
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ		
ระดับต่ำ	0	0.00
ระดับปานกลาง	31	10.70
ระดับสูง	259	89.30
รวม	290	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ		
ระดับต่ำ	194	66.90
ระดับปานกลาง	68	23.40
ระดับสูง	28	9.70
รวม	290	100.00
พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
ระดับต้องปรับปรุง	0	0.00
ระดับพอใช้	53	18.30
ระดับดี	237	81.70
รวม	290	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.10 มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.30 มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.90 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.70

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เป็นรายข้อ และรายด้าน ดังปรากฏตามตาราง 4 – 6

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์			
1. การติดเชื้อโรคเอดส์ทำให้ร่างกายอ่อนแอ น้ำหนักลด และทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว	2.62	0.71	สูง
2. วัณโรคเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์	2.63	0.67	สูง
3. ถ้ามีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย	2.26	0.76	สูง
4. เมื่อมีเชื้อเอดส์อยู่ในร่างกายแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคเชื้อราในสมองได้	2.71	0.61	สูง
5. เมื่อติดเชื้อโรคเอดส์แล้วจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมากเพื่อการรักษา	2.74	0.59	สูง
6. การคิดค้นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและเวลาเป็นจำนวนมาก	2.86	0.43	สูง
7. การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปทั่วโลกเป็นเรื่องปกติ ไม่รุนแรงเหมือนโรคอื่น ๆ	2.30	0.88	ปานกลาง
8. การตายด้วยโรคเอดส์ของเด็กเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม ไม่ใช่ผลจากการติดเชื้อของมารดา	2.51	0.79	สูง
9. การป่วยด้วยโรคเอดส์ของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงกับบุตรและครอบครัว	2.60	0.70	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
10. โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังประชาชน ทุกคนได้	2.01	0.93	ปานกลาง
รวม	2.53	0.31	สูง
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์			
11. ถ้าท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างผิดวิธีท่านมี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้	2.81	0.50	สูง
12. การใช้ของมีคม เช่น มีดโกน เข็มฉีดยา กรรไกร ตัดเล็บ ร่วมกับบุคคลอื่น มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์ได้	2.87	0.42	สูง
13. ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ หากท่านมีแผลที่ ผิวหนังตามร่างกาย ท่านอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เอดส์ได้	2.88	0.40	สูง
14. การใช้แปรงสีฟันร่วมกับผู้อื่น มีโอกาสเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อโรคเอดส์ได้	2.63	0.60	สูง
15. การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความรอบคอบ และ ระมัดระวัง มีโอกาสติดโรคเอดส์ได้	2.39	0.79	สูง
16. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงครั้งเดียว โดยไม่ใช้ ถุงยางอนามัย อาจจะไม่ติดเชื้อเอดส์	2.32	0.82	ปานกลาง
รวม	2.65	0.33	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค			
17. การซื้อสตัยต่อสามี หรือภรรยาเพียงคนเดียว เป็นวิธี ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ได้	2.92	0.33	สูง
18. การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากให้การดูแลผู้ป่วย จะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยได้	2.74	0.54	สูง
19. ผู้ดูแลใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก ในขณะที่ผู้ป่วยไอหรือ จาม ไม่ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจาก ผู้ป่วยได้	2.30	0.85	ปานกลาง
20. การทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนอนของผู้ป่วยด้วย การต้มหรือใช้ผงซักฟอก จะช่วยป้องกันการติดเชื้อ จากผู้ป่วยได้	2.73	0.56	สูง
21. การรับประทานอาหารที่สะอาด ถูกหลักอนามัยเป็น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้วิธีหนึ่ง	2.94	0.28	สูง
22. ขยะ และของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น มีด โกน เข็มฉีดยา ควรเผาทำลายทิ้ง จะช่วยป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้	2.88	0.40	สูง
23. ทุกครั้งที่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกร – ตัดเล็บ การฝังเข็ม หรือการสักผิวหนัง ต้องทำลาย เชื้อด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์	2.54	0.71	สูง
24. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นวิธีป้องกันโรค เอดส์ได้	2.48	0.74	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
25. การมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง จะช่วย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้	2.83	0.45	สูง
รวม	2.71	0.24	สูง
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค			
26. การป้องกันโรคเอดส์เป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน	1.83	0.93	ปานกลาง
27. อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ มีราคาแพง หาได้ยาก	1.71	0.82	ปานกลาง
28. การมาตรวจตามแพทย์นัดทำให้เสียเวลาและ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	1.54	0.84	ต่ำ
29. การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ ทำให้ความรู้สึก ลดลง	1.72	0.79	ปานกลาง
30. การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศระหว่างสามี หรือ ภรรยา ถือว่าไม่รักกันจริง	1.44	0.75	ต่ำ
31. การสวมถุงมือยางหรือถุงพลาสติก เมื่อต้องสัมผัส เลือด น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย จากตัวผู้ป่วย เป็น เรื่องยุ่งยาก ไม่ถนัด	1.53	0.86	ต่ำ
32. การใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก ในขณะที่ผู้ป่วยไอ หรือจาม เป็นการแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย	1.53	0.84	ต่ำ
33. การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ ระหว่างให้การดูแล ผู้ป่วย จะทำให้ผิวเสีย มือหายบกร้าน	1.35	0.69	ต่ำ

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
34. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ เป็นเรื่องน่าละอาย	1.48	0.77	ต่ำ
35. การทำลายขยะ ของมีคมที่เปื้อนเลือดและน้ำเหลือง จากตัวผู้ป่วย ด้วยการเผาเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน	1.45	0.79	ต่ำ
รวม	1.56	0.50	ต่ำ

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.53$, $S = 0.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.65$, $S = 0.33$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, $S = 0.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับสูง

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ดูแล			
1. ท่านเลือกอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ และถ่ายเทได้สะดวก	1.83	0.39	ดี
2. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด โลง และ ปลอดโปร่ง	1.88	0.35	ดี
3. ท่านอาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.88	0.34	ดี
4. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.79	0.48	ดี
5. ท่านมีเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1.05	0.68	พอใช้
6. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำสะอาด เพื่อ ป้องกันท้องผูก	1.67	0.51	ดี
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่	1.55	0.53	ดี
8. ท่านรับประทานอาหารที่สะอาด และปรุงเสร็จใหม่ ๆ	1.76	0.44	ดี
9. ท่านล้างมือก่อน และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	1.58	0.55	ดี
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 6 – 8 ชั่วโมง	1.65	0.50	ดี
รวม	1.66	0.25	ดี

พฤติกรรม การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

11. ท่านมีเวลาไปร่วมกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปวัด ไป ทำบุญ หรือไปงานสังสรรค์	1.30	0.58	พอใช้
12. ท่านใช้ช้อนกลางตักอาหารในขณะรับประทานอาหาร ร่วมกับผู้อื่น	1.46	0.67	ดี
13. ท่านเตือนสติตนเองอยู่เสมอ ให้ระมัดระวังและ รอบคอบในขณะให้การดูแลผู้ป่วย	1.77	0.51	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
14. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรค ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด หรือวัณโรค	1.49	0.63	ดี
15. ท่านสวมถุงมือยางหรือถุงพลาสติกทุกครั้งที่ต้อง สัมผัสเลือด น้ำเหลือง จากตัวผู้ป่วย	1.45	0.80	ดี
16. ท่านระมัดระวังการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมในที่สาธารณะ	1.69	0.58	ดี
17. ท่านหลีกเลี่ยงการไอ, จาม รดหน้าผู้อื่น	1.88	0.38	ดี
18. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สุขภาพ แข็งแรง	1.14	0.74	พอใช้
รวม	1.52	0.34	ดี

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ตามการเบี่ยงเบนทาง

สุขภาพ

19. ท่านสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง	1.71	0.53	ดี
20. ท่านไปพบแพทย์ เมื่อพบว่าร่างกายมีความผิดปกติ เกิดขึ้น	1.54	0.61	ดี
21. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และ นักสุขศึกษา	1.70	0.49	ดี
22. ท่านขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาพยาบาล สิ่งของ ความรู้ คำแนะนำ	1.33	0.73	พอใช้
23. ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัว ในด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	1.30	0.75	พอใช้
24. ท่านไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด	1.64	0.59	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
25. ท่านสนใจหาความรู้เพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี			
ร่างกายแข็งแรง	1.61	0.60	ดี
26. ท่านสวมเสื้อผ้าให้ความอบอุ่นกับร่างกาย เมื่ออากาศ ชื้นหรือหนาว	1.83	0.40	ดี
27. ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เมื่อมีความผิดปกติ ของทางเดินอาหารและลำไส้	1.57	0.61	ดี
28. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยโรค เอดส์อย่างใกล้ชิด	1.32	0.75	พอใช้
รวม	1.56	0.34	ดี

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.66$, $S = 0.25$) มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.34$) และมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ ระดับพอใช้ ไม่มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองข้อใดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
โดยทั่วไป	1.66	0.25	ดี
ตามระยะพัฒนาการ	1.52	0.34	ดี
ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	1.56	0.34	ดี
รวม	1.59	0.26	ดี

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.26$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีทุกด้าน ไม่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านใดที่ต้องปรับปรุง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังปรากฏตามตาราง 7 – 19

ตาราง 7 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
หญิง	226	1.58	0.26	ดี
ชาย	64	1.59	0.27	ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่เป็นเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.27$ และ $\bar{X} = 1.58$, $S = 0.26$) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองเพศมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
หญิง	226	1.58	0.26	0.07	0.79
ชาย	64	1.59	0.27		

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 9 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ต่ำกว่า 30 ปี	78	1.62	0.21	ดี
30 – 39 ปี	96	1.59	0.25	ดี
40 – 49 ปี	68	1.58	0.24	ดี
50 ปีขึ้นไป	48	1.49	0.34	ดี

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี กลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.62$, $S = 0.21$) รองลงมาได้แก่ อายุ 30 – 39 ปี ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.25$) อายุ 40 – 49 ปี ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.24$) และอายุ 50 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 1.49$, $S = 0.34$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.49	0.16	2.45	0.06
ภายในกลุ่ม	286	19.19	0.07		
รวม	289	19.68			

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 11 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ต่ำกว่าประถมศึกษา	26	1.57	0.29	ดี
ประถมศึกษา	118	1.55	0.30	ดี
มัธยมศึกษา	90	1.63	0.21	ดี
อุดมศึกษา	56	1.59	0.23	ดี

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.63$, $S = 0.21$) รองลงมาได้แก่ ระดับอุดมศึกษา ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.23$) ต่ำกว่า ประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.29$) และประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.55$, $S = 0.30$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกระดับการศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.36	0.12	1.77	0.15
ภายในกลุ่ม	286	19.33	0.07		
รวม	289	19.69			

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 13 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
โสด	54	1.62	0.22	ดี
คู่	190	1.59	0.26	ดี
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	46	1.53	0.32	ดี

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีสถานภาพสมรส โสด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.62$, $S = 0.22$) รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.26$) และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.32$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.21	0.10	1.55	0.22
ภายในกลุ่ม	287	19.47	0.07		
รวม	289	19.68			

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 15 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามความสัมพันธ์กันผู้ป่วยโรคเอดส์

ความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยโรคเอดส์	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
เป็นบุตร	27	1.63	0.20	ดี
เป็นภรรยา สามี	57	1.53	0.33	ดี
เป็นบิดา มารดา	87	1.61	0.24	ดี
เป็นญาติ	119	1.58	0.25	ดี

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงสุด ($\bar{X} = 1.63$, $S = 0.20$) รองลงมาได้แก่ ผู้มีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา มารดา ($\bar{X} = 1.61$, $S = 0.24$) ผู้มีความสัมพันธ์ในฐานะญาติ ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.25$) และผู้มีความสัมพันธ์ในฐานะ ภรรยา สามี ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.33$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในทุกฐานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.31	0.11	1.56	0.20
ภายในกลุ่ม	286	19.37	0.07		
รวม	289	19.68			

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 17 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ระยะเวลา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ต่ำกว่า 1 ปี	169	1.55	0.29	ดี
1 – 2 ปี	52	1.65	0.23	ดี
2.1 – 3 ปี	27	1.63	0.21	ดี
มากกว่า 3 ปี	42	1.62	0.19	ดี

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.65$, $S = 0.23$) รองลงมาได้แก่ ระยะเวลา 2.1 – 3 ปี ($\bar{X} = 1.63$, $S = 0.21$) และ ระยะเวลามากกว่า 3 ปี ($\bar{X} = 1.62$, $S = 0.19$) และระยะเวลาดำกว่า 1 ปี ($\bar{X} = 1.55$, $S = 0.29$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.62	0.20	3.11*	0.02
ภายในกลุ่ม	286	19.06	0.06		
รวม	289	19.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน – กูลส์ (Newman – Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแล		ต่ำกว่า 1 ปี	มากกว่า 3 ปี	2.1 – 3 ปี	1 – 2 ปี
	$\bar{X}$	1.55	1.62	1.63	1.65
ต่ำกว่า 1 ปี	1.55	-	0.07	0.08	0.10*
มากกว่า 3 ปี	1.62		-	0.01	0.03
2.1 – 3 ปี	1.63			-	0.02
1 – 2 ปี	1.65				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 – 2 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 1 ปี ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ	n	r	p
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	290	0.33*	0.00
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค	290	0.15*	0.01
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ	290	0.39*	0.00
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ	290	-0.14*	0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7, 8 และ 9 ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 ที่ว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
8. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
9. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

10. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 290 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1996 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 35 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 28 ข้อ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.90 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.70 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะญาติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.00 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59

2. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.9 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.10 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

1.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี มีความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยสามารถอธิบายได้ คือ

ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยหรือบุคลากรสาธารณสุขถึงผลของการติดเชื้อ ความรุนแรงของโรค อาการ และอาการแสดงของโรค อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นผู้สัมผัสและปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นเป็นระยะ ๆ ประกอบกับผู้ดูแลในบางส่วนเป็นภรรยา หรือสามีของผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีอาจมีการติดเชื้อเอดส์และอาจจะแสดงอาการของโรคเอดส์ในอนาคต จึงมีความวิตกกังวลว่าตนเองเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ จากการดูแลผู้ป่วยหรือจากการเป็นภรรยา สามีของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องสนใจที่จะเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นอย่างดี และถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค และรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2540 : 139) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100-107) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค มะเร็ง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพา เหมแหวน (2543 : 144-145) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการ คลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความเชื่อทางสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 82) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่ คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การต้านทานโรค การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาราวรัตน์ ดวงแข (2541 : 3) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำเล็กน้อย

ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ตระหนักดีว่า ตนเองเป็นผู้รับภาระในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาของการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนาน รับรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอดส์และเชื้ออื่น ๆ ประกอบกับการได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเข้ากับการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย และสะสมประสบการณ์เรียนรู้เพิ่มขึ้น จนทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นเรื่องไม่ยุ่งยากไม่ซับซ้อน สามารถให้ความร่วมมือและปฏิบัติได้ นั่นคือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 103) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาล ราชวิถี พบว่าสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชาราวรัตน์ ดวงแข (2541 : 3) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำเล็กน้อยและสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 76) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีความเชื่อเรื่อง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับไม่ดีถึงปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : 82) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ขณะเข้ารับการรักษา

ชั้นก่อนพิช พบว่า ความเชื่อต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพิงใจ สุวริยะไพศาล (2542 : 66) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 130) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับการบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

1.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการเฝ้าดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและต้องดูแลที่บ้านอย่างใกล้ชิด ย่อมมีประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องโรคเอดส์ ตลอดจนวิธีช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับภาวะการดำเนินโรค ในขณะเดียวกันก็ต้องระมัดระวังการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนจากผู้ป่วย โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และบริการต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ จึงสนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคและกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น จะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการรับรู้ โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ นั้น ๆ ซึ่งการรับรู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง คุณสมบัติดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการคิดไตร่ตรอง ตั้งเป้าหมายที่จะดูแลตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้ และสร้างรูปแบบที่จะดูแลตนเอง (สมจิต หงษ์เจริญกุล. 2537 : 34-37) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99-100) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพิงใจ สุวริยะไพศาล (2542 : 67) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสัชย (2532 : 82) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติด

เส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นตอนพิษ พบว่าพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100-107) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค มะเร็ง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้

2. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีที่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งหญิงและชายต้องสัมผัสโดยตรงกับโรคที่ตนเองเชื่อว่าจะมีความรุนแรงและเป็นอันตราย ผู้ดูแลมีโอกาสติดโรคเอดส์ และโรคแทรกซ้อนบางชนิดจากผู้ป่วยได้ ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำ คำปรึกษา และความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในระยะที่เฝ้าดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 96) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540 : 83) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 104) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก วันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเพศชายกับเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกันแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิรพรรณ แสงพิทักษ์ (2541 : 65-70) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.10 อายุต่ำกว่าคิดเป็น ร้อยละ 26.90 อายุ 40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.40 และอายุ 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 16.60 ซึ่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน วัยที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต มีวุฒิภาวะ และมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ เลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองในทางที่เหมาะสม ประกอบ กับโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง เมื่อเป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความ กลัวว่าตนเองอาจพลาดพลั้ง ติดเชื้อโรคเอดส์จากผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จึง จำเป็นต้องระมัดระวังในการดูแลตนเอง เพื่อมิให้ติดเชื้อจากผู้ป่วยไม่ว่าผู้ดูแลจะมีอายุเท่าใด ก็ตาม ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538 : 62) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐาน กับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2540 : 95) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ ลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด ราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 146) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์เรื้อรังปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคเอดส์เรื้อรังปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ สอน และสาธิตวิธีปฏิบัติการ

ให้การดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรสาธารณสุข ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่ตนเองปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง ประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคใกล้ตัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะเรียนรู้ถึงอันตรายของโรค และวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยที่ตนต้องให้การดูแล ดังนั้น จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 106) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่ คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพนทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 69) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 115) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเริมปากมดลูก ของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเริมปากมดลูกแตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ผู้ดูแลสมัครใจที่จะกระทำตามความสามารถที่มีอยู่ และเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจอย่างมีเป้าหมาย ประกอบกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นบุคคลภายในครอบครัว เป็นเครือญาติ เป็นคู่สมรส ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนย่อมตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสใดก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา

พงษ์สมบุรณ์ (2539 : 74) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538 : 70) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล พบว่าสถานภาพสมรส โสด สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดีกว่าเนื่องจากไม่ต้องวิตกกังวล ในการแบ่งเวลามาให้การดูแลคู่สมรสหรือบุตร

2.5 จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวชนบท ลักษณะสภาพสังคม ชนบทธรรมเนียม ประเพณีในชนบทเป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างพี่น้อง เครือญาติ มีความผูกพันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยไม่ทอดทิ้ง ถึงแม้ว่าจะรู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิต แต่ด้วยความผูกพันภายในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้านใดก็ตาม ก็จะพยายามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยยอมเข้าใจถึงอันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ หากไม่ระมัดระวังตนเอง ซึ่งถ้าผู้ดูแลเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนจากผู้ป่วยแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้านใด ก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem) ที่ว่าระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51)

2.6 จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง

สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-2 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่ำกว่า 1 ปี แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นาน ย่อมเข้าใจถึงความต้องการในการดูแลตนเองจากการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้ประสบการณ์การเรียนรู้สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน ตามภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ตนดูแล ดังคำกล่าวของ โอเรม (Orem, 1985 : 35) ที่ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการระมัดระวังตนเองให้ปลอดภัย จากการติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการดูแลผู้ป่วยของตน ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 1 ปี อาจยังไม่เข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์มากนัก เนื่องจากในระยะแรก ๆ อาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ยังไม่เด่นชัด ผู้ป่วยยังคงมีสภาพร่างกายแข็งแรง ประกอบกับผู้ดูแลเพิ่งเริ่มมาให้การดูแลผู้ป่วย บางครั้งอาจจะเลยการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อ โดยคิดว่าผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการ อาจจะยังไม่แพร่เชื้อ หรือผู้ดูแลยังมีสุขภาพแข็งแรง และอยู่ในวัยที่สามารถที่จะต่อต้านเชื้อโรคได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538 : 71) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแล พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

3.1 จำแนกตามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์สูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับดีเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต ไม่มียาและวิธีรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นโรคเอดส์แล้วจะถูกสังคมรังเกียจ ประกอบกับผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าผู้ป่วยโรคเอดส์จะเจ็บป่วยอยู่ที่บ้านหรือต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับรู้สภาพและการดำเนินโรค ตลอดจนวิธีป้องกันและบำบัดรักษา จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัวว่า ถ้าไม่มีการดูแลตนเองอย่างดีแล้ว อาจเกิดการติดเชื้อโรคเอดส์จาก

ผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลได้ และเมื่อติดเชื้อโรคเอดส์แล้วจะมีอาการรุนแรง จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด จึงทำให้การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 45) ที่ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี ภูวนันท์ (2539 : 47-55) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 155) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 69-74) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณทิพา เหมหวาน (2543 : 131) ที่ได้ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการไม่รู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 จำแนกตามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลค่อนข้างต่ำเล็กน้อย ($r = 0.15$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์ รับรู้ว่าตนเองเป็นผู้มีโอกาสร้อยต่อ

การติดเชื้อโรคเอดส์ได้ เกิดความกลัวว่า หากต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน อาจมีการพลาดพลังที่จะสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดอันตรายต่อผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้โดยตรง การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เป็นการป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคเอดส์จากผู้ป่วยได้ดีที่สุด ถึงแม้จะต้องสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ ก็ตาม หรืออาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูงมาก ย่อมพยายามหลีกเลี่ยงการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากผู้ป่วยได้ ดังนั้นความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จึงมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอตำบเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำบเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสของการเกิดโรควัณโรคปอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 154) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ถนอมกล่อม (2540 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญใจ สุวริยะไพศาล (2542 : 70) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 131) ที่ได้ศึกษาดัชนีประสาธน์ จากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 จำแนกตามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรค โดยปกติบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าจะเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย และจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพต่อการป้องกันหรือรักษาโรคสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งอาจเป็นทั้งภรรยาสามีของผู้ป่วย หรือบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวรู้ว่าโรคเอดส์สามารถติดต่อไปสู่บุคคลอันเป็นที่รักของตนเองได้ง่าย หากไม่มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการติดโรคจากผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด พยายามสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและครอบครัว ดังนั้น ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี ภูวนันท์ (2539 : 47-55) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 140) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ สุวริยะไพศาล (2542 : 70) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติ ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

3.4 จำแนกตามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีการรับรู้ถึงปัญหา อุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การรับรู้ถึงความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หากอยู่ในระดับต่ำ จะไม่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่จะขัดขวางการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดีและถูกต้อง ดังนั้น การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 57) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด เขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 157) ที่ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เหมแหวน (2543: 131) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชวิน (2541 : 106) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมมะเร็ง จังหวัดลพบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 67) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem) โดยมีตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเอดส์ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ตัวแปรส่วนใหญ่ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล ยกเว้นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะการมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อ และมีการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดี และถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงควรจัดกิจกรรมการให้สุศึกษาสำหรับญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องมารับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ผู้ดูแลรับทราบผลการติดเชื้อของผู้ป่วย เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การเรียนรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และควรจัดต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ในรูปของการให้คำปรึกษาหรือรูปแบบการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อและประสบการณ์มากขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย

2. จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้น จึงควรมีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในกลุ่มเสี่ยง จะเป็นการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้และความเชื่อเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้วิธีหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงศักยภาพของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการดูแลผู้ติดเชื้อเพื่อนำมาเป็นกลวิธีสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาแนวทางและกลวิธีดำเนินงานสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ และวิธีป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกตุณี จุฑาวิจิตร. (2523). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (ประชาสัมพันธ์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคเอดส์. (2539). สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคเอดส์. (2541). รวบรวมความก้าวหน้านโยบาย, แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2532). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์. เอกสารวิชาการประกอบการอบรม ครู ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2532). แนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. บรรณาธิการโดย วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองระบาดวิทยา. (2542. มีนาคม). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน. 30 (3) : 69-75.
- กุลธิดา ไชยวรรณ, จิราภรณ์ ยาชมภู และลีซ่า กันธมาลา. (2539). "การศึกษาการให้บริการการดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน ในจังหวัดลำปาง," รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์, กรมควบคุมโรคติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. (2542, มกราคม-เมษายน). "ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเอดส์," วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 29(1).
- จันทนา พงษ์สมบุรณ์. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จิตรา เจริญภัทรภัสส์. (2537). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นโรงพยาบาลบาราศนราดรุ. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตามขอของผู้ป่วยโรคต่อกระจาก โรงพยาบาลเมตตา ประชาธิปไตย (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา ใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สศ.ด. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็ก และการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชนวนพิมพ์.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทาง สังคมและปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาล ตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคนอื่น ๆ. (2540). "การรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติด้าน สุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : ทบวงมหาวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี สุดดี. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- ชัยยศ คุณานุสนธ์ และคนอื่น ๆ. (2539). "สถานการณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2538-2539," วารสารโรคเอดส์. 8 (4) : 191-199.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเนรมิต.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธารรัตน์ ดวงแข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บรรจง คำหอมกุล และคนอื่น ๆ. (2535). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2535). "ยาต้านไวรัส," ใน เอดส์ การดูแลรักษา. บรรณาธิการโดย มัธนา หาญวนิชย์. หน้า 201-206. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดีไซน์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535). "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระพัฒนา.
- ประยงค์ ลัจจงพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและลักษณะบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด เขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2531). เอดส์กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

- ปวิรรธน แสงพิทักษ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ. (2530 : 55). "ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร," รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุลย์ สุทธสุภา และสนิท วงศ์ประเสริฐ. (2541). "ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติต่อการแก้ปัญหาโรคเอดส์ของชาวเขาโดยใช้สื่อโสตภาษาชาวเขา," รายงานวิจัย. เชียงใหม่ : ทบวงมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มาลินี ภูวนันท์. (2540. มกราคม). "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา," วารสารวิชาการ เขต 12. 8(1) : 47-56.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2540). คู่มือการเรียบเรียงปรินูญานิพนธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิชัยพาณิชย์.

- เยาวดี วิเศษรัตน์. (2542, มิถุนายน – กรกฎาคม). “ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีที่อาศัยในเขตเมืองจังหวัดยโสธร,” *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน*. 14(5) : 7 – 11.
- โรงพยาบาลราชบุรี. (2542). รายงานประจำปี. ราชบุรี : ม.ป.พ.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2540). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สุวีริยาสาส์น.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม) “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 8(3) : 9.
- วิไลวรรณ พร้อมมูล. (2538). “การคาดคะเนค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบาราศนราดูล,” *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 4 : 154-162.
- วิรัตน์ ศิริสันทนะ และคนยา เหมธัญ. (2537). “การติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี จากมารดาสู่ทารกที่เชียงใหม่,” *กุมารเวชศาสตร์*. 33 : 193-200.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. (2541). “ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของโรคเอดส์,” ใน *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ด้วย บุญมงคล และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ. หน้า 175-203. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งแสง .
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). *สถิติประชากรทั้งประเทศ*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2537). *สถิติการศึกษาและสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ วี เจ พรินติ้ง.
- สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวภา พรสิริพงษ์. (2541). “ปฏิกิริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว,” ใน *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. บรรณาธิการโดย พิมพ์ด้วย บุญมงคล และคนอื่น ๆ. หน้า 112. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- สุคนธา คงศีล และคนอื่น ๆ. (2535). "ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข," รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชีลา ดันชัยนันท์. (2541). "ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของโรคเอดส์," ใน องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ด้วยบุญมงคล และคนอื่น ๆ บรรณาธิการ. หน้า 152-154. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งแสง.
- สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์. (2536). โรคติดเชื้อเอช ไอ วี และเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ที่ พี พริน จำกัด.
- สุริพร ธนศิลป์. (2538). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวารีวรรณ กิจสมักร. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา สำนักงานฯ.
- อะเคื้อ อุณหเลขณะ และคนอื่น ๆ. (2542). "ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์และติดเชื้อ เอช ไอ วี," วารสารโรคเอดส์. 11 (3) : 143.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษานั่นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด LYMPHOCYTE. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Chales. B. Slack, Inc.

- Becker, M. H. & Maiman, A. B. (1975). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," In *the Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Chales B. Slack, Inc.
- Chung, J. Y. & Magraw, M. M. (1992). "A group Approach to Psychosocial Issues Faced By HIV-Positive Women," *Hospital and Community Psychiatry*. 9 : 891-894.
- Evers, G. and others. (1986). "Appraisal of Self-Care Agency Scale : Research Program to Test Validity and Reliability," In : *Proceeding of International Nursing Research Conference*. New Frontiers in Nursing Research, University of Alberta. Edmonton, Canada.
- Hass, D. (1990). "The Relationship between Coping Dispositions and Power Components of Dependent-Care Agency," In *Parents of Children with Special Health Care Needs*. (Doctoral Dissertation) College of Nursing , Wayne State University, Detroit.
- Lovejoy and others. (1988). "Self – Care Behaviors and Information Needs of Seropositive Homosexual / Bisexual Men," *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 1 : 155-161.
- McGrath, J. W. and others. (1993). "AIDS and The Urban Family : Its Impact in Kampala, Uganda," *AIDS-Care*. 1 : 55-70.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing Concepts of Practice*. 2nd ed. New York : Mc.Graw Hill.
- . (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York : Mc.Graw Hill.
- . (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. ST. Louis : Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton Century Crafts.
- Rosenstock, Irwin M. (1974). "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," *Health Education Monographs*. 2 : 330-386.
- Taylor, S. (1989). "An Interpretation of Family within Orem' s General Theory of Nursing," *Nursing Science Quaterly*. 2(3) : 131-137.

World Health Organization. (1995). *Weekly Epidemiology Record*. 70 (57) :
353-358.

_____. (1997). *The Grobal Network on HIV/AIDs*.

Yamane, Taro. (1967). *Statistics : An Introductory Analysis*. New York : Happer
and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม





๙๕ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัมพร จันทร์ดา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี" โดยมี รองศาสตราจารย์นายพร มัธยมมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงสุนันทา ขอบทางศิลป์ นายแพทย์ 7 ด้านเวชกรรม และ นางอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย นักวิชาการสุศึกษา 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอัมพร จันทร์ดา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5664

โทรสาร. 258-4119



๙๕ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัมพร จันทร์ดา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์นุจรี ฮะค่อม หัวหน้างานพัฒนานักศึกษาระดับปริญญาโท และ อาจารย์มาลินี จำเนียร หัวหน้างานวิเทศสัมพันธ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอัมพร จันทร์ดา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๐๘๘



บัณฑิตวิทยาลัย

123

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๕ กันยายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัมพร จันทร์ดา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี" โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัชฌิมานุกร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน ๕๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ในระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอัมพร จันทร์ดา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๕๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓ ๕๕๐



บัณฑิตวิทยาลัย 124
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัมพร จันทร์ดา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี และขอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน ๒๕๐ คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ในระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอัมพร จันทร์ดา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 2. แพทย์หญิง สุนันทา ชอบทางศิลป์ | นายแพทย์ 7 ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลราชบุรี |
| 3. นางอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย | นักวิชาการสุขศึกษา 7 หัวหน้าฝ่ายสุขศึกษา
โรงพยาบาลราชบุรี |
| 4. นางมาลินี จำเนียร | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานนิเทศสัมพันธ์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 5. น.ส.นุจรี ฮะค่อม | พยาบาลวิชาชีพ 6
หัวหน้างานพัฒนาหลักสูตรและการสอน
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

**พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี**

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการให้สุขศึกษา และช่วยเหลือ ผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี

3. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ตอนที่ 2. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีด้วยกัน 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

ตอนที่ 3. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล มีด้วยกัน 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัย และนำมา พัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวอัมพร จันทรดา)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง

เขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง

1. เพศ

- () หญิง
() ชาย

2. อายุ

- () ต่ำกว่า 30 ปี
() 30-39 ปี
() 40-49 ปี
() อายุ 50 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

- () ต่ำกว่าประถมศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() อุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

- () โสด
() คู่
() หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่

5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแล

- () บุตร
() บิดา มารดา
() ภรรยา สามี
() ญาติ (โปรดระบุ)

6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

- () ต่ำกว่า 1 ปี
() 1-2 ปี
() 2.1-3 ปี
() มากกว่า 3 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความเหล่านี้แต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ ตามความเป็นจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบ ถือหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์			
1. การติดเชื้อโรคเอดส์ทำให้ร่างกายอ่อนแอ น้ำหนักลด และทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว			
2. วัณโรคเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์			
3. ถ้ามีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย จะทำให้ป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่างได้ง่าย			
4. เมื่อมีเชื้อเอดส์อยู่ในร่างกายแล้ว จะทำให้ป่วยเป็นโรคอะไรในสมองได้			
5. เมื่อติดเชื้อโรคเอดส์แล้วจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมากเพื่อการรักษา			
6. การคิดค้นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและเวลาเป็นจำนวนมาก			
7. การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปทั่วโลกเป็นเรื่องปกติ ไม่รุนแรงเหมือนโรคอื่น ๆ			
8. การตายด้วยโรคเอดส์ของเด็ก เป็นเรื่องของเคราะห์กรรม ไม่ใช่ผลจากการติดเชื้อของมารดา			
9. การป่วยด้วยโรคเอดส์ของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อรุนแรงกับบุตรและครอบครัว			
10. โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังประชาชนทุกคนได้			
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และภาวะแทรกซ้อน			
11. ถ้าท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างผิดวิธีท่านมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้			
12. การใช้ของมีคม เช่น มีดโกน เข็มฉีดยา กรรไกรตัดเล็บร่วมกับบุคคลอื่น มีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้			
13. ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ หากท่านมีแผลที่ผิวหนังตามร่างกาย ท่านอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้			
14. การใช้แปรงสีฟันร่วมกับผู้อื่น มีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้			

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
15. การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความรอบคอบ และระมัดระวัง มีโอกาสติดโรคเอดส์ได้			
16. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงครั้งเดียว โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย อาจจะไม่ติดเชื้อเอดส์			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค			
17. การซื้อสตั๊ดต่อสามี หรือภรรยาเพียงคนเดียว เป็นวิธีช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ได้			
18. การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากให้การดูแล ผู้ป่วย จะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยได้			
19. ผู้ดูแลใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก ในขณะที่ผู้ป่วยไอหรือจาม <u>ไม่</u> ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจากผู้ป่วยได้			
20. การทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนอนของผู้ป่วยด้วยการต้มหรือใช้ผงซักฟอก จะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยได้			
21. การรับประทานอาหารที่สะอาด ถูกหลักอนามัยเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้วิธีหนึ่ง			
22. ขยะ และ ของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น มีดโกน เข็มฉีดยา ควรเผาทำลายทิ้ง จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้			
23. ทุกครั้งที่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกร-ตัดเล็บ การฝังเข็ม หรือการสักผิวหนัง ต้องทำลายเชื้อด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์			
24. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นวิธีป้องกันโรคเอดส์ได้			
25. การมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้			
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค			
26. การป้องกันโรคเอดส์เป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน			
27. อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์มีราคาแพงหาได้ยาก			
28. การมาตรวจตามแพทย์นัดทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย			
29. การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ ทำให้ความรู้สึกลดลง			

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
30. การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศระหว่างสามี หรือภรรยา ถือว่าไม่รักกันจริง			
31. การสวมถุงมือยางหรือถุงพลาสติก เมื่อต้องสัมผัสเลือด น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย จากตัวผู้ป่วย เป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่ถนัด			
32. การใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก ในขณะที่ผู้ป่วยไอ หรือจาม เป็นการแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย			
33. การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ ระหว่างให้การดูแล ผู้ป่วยจะทำให้ผิวเสีย มือหยาบกร้าน			
34. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์เป็นเรื่องน่าละอาย			
35. การทำลายขยะ ของมีคมที่เปื้อนเลือดและน้ำเหลืองจากตัวผู้ป่วยด้วยการเผาเป็นเรื่องยุ่งยาก ขับซ้อน			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความเหล่านี้แต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ ตามความเป็นจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบ คือหลักเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|------------------|---------|--|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง | การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติ ไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน |
| ไม่เคยปฏิบัติ | หมายถึง | การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติ |

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ดูแล			
1. ท่านเลือกอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ และถ่ายเทได้สะดวก			
2. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด โล่ง และปลอดโปร่ง			
3. ท่านอาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
4. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
5. ท่านมีเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
6. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำสะอาด เพื่อป้องกันท้องผูก			
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่			
8. ท่านรับประทานอาหารที่สะอาด และปรุงเสร็จใหม่ ๆ			
9. ท่านล้างมือก่อน และ หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง			
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง			
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ			
11. ท่านมีเวลาไปร่วมกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปวัด ไปทำบุญ หรือไปงานสังสรรค์			
12. ท่านใช้ช้อนกลางตักอาหารในขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น			
13. ท่านเตือนสติตนเองอยู่เสมอ ให้ระมัดระวังและรอบคอบในขณะให้การดูแลผู้ป่วย			
14. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด หรือวัณโรค			
15. ท่านสวมถุงมือยางหรือถุงพลาสติกทุกครั้งที่ต้องสัมผัสเลือด น้ำเหลือง จากตัวผู้ป่วย			
16. ท่านระมัดระวังการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมในที่สาธารณะ			
17. ท่านหลีกเลี่ยงการไอ, จาม รดหน้าผู้อื่น			
18. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง			
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ			
19. ท่านสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง			
20. ท่านไปพบแพทย์ เมื่อพบว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น			

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
21. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และนักสุขศึกษา			
22. ท่านขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านคำรักษาพยาบาล สิ่งของ ความรู้ คำแนะนำ			
23. ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัวในด้านการดูแล เมื่อเจ็บป่วย			
24. ท่านไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด			
25. ท่านสนใจหาความรู้เพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง			
26. ท่านสวมเสื้อผ้าให้ความอบอุ่นกับร่างกาย เมื่ออากาศชื้นหรือหนาว			
27. ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เมื่อมีความผิดปกติของทางเดินอาหารและลำไส้			
28. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างใกล้ชิด			

ภาคผนวก ค
ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 21 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อ
ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1.	0.11*
2.	0.59
3.	0.47
4.	0.63
5.	0.29
6.	0.29
7.	0.15
8.	0.10*
9.	0.31
10.	0.36
11.	0.19
12.	0.33
13.	0.39
14.	0.41
15.	0.10*
16.	0.15
17.	0.37
18.	0.49
19.	0.15
20.	0.42
21.	0.17
22.	0.22
23.	0.35
24.	0.38
25.	0.31
26.	0.24
27.	0.27

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
28.	0.36
29.	0.51
30.	0.64
31.	0.62
32.	0.43
33.	0.40
34.	0.64
35.	0.47

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านเท่ากับ 0.63, 0.47, 0.61 และ 0.78 ตามลำดับ

ตาราง 22 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัด
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1.	0.32
2.	0.27
3.	0.36
4.	0.35
5.	0.59
6.	0.38
7.	0.34
8.	0.50
9.	0.38
10.	0.46
11.	0.45
12.	0.38
13.	0.44
14.	0.31
15.	0.37
16.	0.42
17.	0.32
18.	0.68
19.	0.43
20.	0.48
21.	0.30
22.	0.23
23.	0.39
24.	0.30
25.	0.37
26.	0.38

ตาราง 22 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
27.	0.51
28.	0.23

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
เท่ากับ 0.83

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวอัมพร จันทรดา
วันเดือนปีเกิด	4 กันยายน 2498
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลราชบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2517	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสตรีประชากร
พ.ศ. 2522	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลสงขลา
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร