

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ
ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น
จังหวัดเชียงราย

พีชญา ดิงาม



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ
ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น
จังหวัดเชียงราย



พีชญา ดิงาม

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา

(ดร.สมคิด จุฬาวัว)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างดียิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ดร.สมคิด จูหว่า อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำปรึกษาและช่วยแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ถ่ายทอดความตั้งใจในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ให้เจริญก้าวหน้าเกิดประโยชน์กับสังคมสุขภาพ

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธการ สืบสมบัติ คุณพิสมัย รวมจิตร และ คุณนรินทร์ สุรียนต์ ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ ของแบบสอบถาม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขให้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแก่น เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ซึ่งรับผิดชอบให้บริการ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เล่มนี้จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ หากขาดข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ และทุกคนในครอบครัว ที่ได้เคย ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้กำลังใจ และสนับสนุนผลักดันให้เกิดความมานะพยายาม ในการใฝ่ศึกษาและให้โอกาสในการพัฒนาความรู้แก่ผู้ศึกษาค้นคว้า

ท้ายที่สุดนี้หากมีสิ่งขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้ศึกษาขออภัยเป็นอย่างสูง ในข้อบกพร่องและความผิดพลาดนั้น และผู้ศึกษาหวังว่าการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ คงมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่สนใจจะศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

พีชญา ดิงาม

ชื่อเรื่อง	การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
ผู้ศึกษาค้นคว้า	พีชญา ดิงาม
ที่ปรึกษา	ดร.สมคิด จูหว่า
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	พฤติกรรม, ส่งเสริมสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มประชากร จำนวน 95 ราย ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา 35 ราย และกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.38) เมื่อแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 0.32) ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 0.27) ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Title THE STUDY OF HEALTH PROMOTION BEHAVIORS IN HIV PATIENTS:
THE COMPARISON BETWEEN HILLTRIBES AND LOWLAND UNDER
TREATED IN WIANG KAEN HOSPITAL, CHIANG RAI

Author Peechaya Deengam

Advisor Dr.Somkid Juwa

Academic Paper Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

Keywords behaviors, health promotion, HIV patient

ABSTRACT

The purpose of the study is to compare health promotion behaviors in HIV patients between hilltribes and lowland under treated in Wiangkaen Hospital. The sample group consisted of 95 patients, 35 hilltribes and 60 lowland patients. The research tool of this study is a questionnaire, consist demographic data and the health promotion behaviors. This questionnaire is developed from the health promotion theory of Pender. The data was analyzed to calculate frequency, percentage, mean (\bar{x}) and standard deviation (S.D.) Research results:

An overview of the sample group reviewed that the mean of health promotion behaviors score in participations is in good level ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.38). The comparison of health promotion behaviors sum total score between hilltribes and lowland groups found that both groups have total score in good level ($\bar{x} = 3.03$, S.D. = 0.32) ($\bar{x} = 3.18$, S.D. = 0.27). Analyzed in health promotion behaviors found that life purpose and environmental control in two groups is different by statistical significant ($P=0.05$)

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความรู้เรื่องโรคเอดส์	6
ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	10
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	12
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	18
งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	20
กรอบแนวคิด.....	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	24
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	28
4 ผลการวิจัย	29
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	29
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation)	38
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นชายเขากับผู้ป่วยพื้นราบ โดย Independent sample t-test.....	41
5 บทสรุป	43
สรุปผลการวิจัย	43
อภิปรายผลการวิจัย.....	44
ข้อเสนอแนะ	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	58
ภาคผนวก ก ข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วม.....	59
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	62
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการทำวิจัย	65
ภาคผนวก ง เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์.....	72
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	73

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ และระดับการศึกษา.....	29
2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพหลัก รายได้และความเพียงพอ ของรายได้.....	30
3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามการอาศัย บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ให้การดูแลและการบอกการติดเชื้อเอชไอวี.....	32
4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ และสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี.....	33
5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระยะของการดำเนินโรค	33
6 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามแหล่งหาความรู้เกี่ยวกับโรค และการแสวงหาแหล่งรักษาโรค	34
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	34
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	35
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มประชากรจำแนกตามพฤติกรรม สุขภาพรายด้าน.....	36
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ จำแนกตาม ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	37
11 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	38
12 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	38

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	39
14 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของกลุ่มประชากรระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	40
15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ.....	41



สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 กรอบแนวคิด	23
--------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่า Human immunodeficiency virus (HIV) ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด เชื้อเอชไอวีทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยและรักษาไม่หาย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และในที่สุดก็เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) โรคเอดส์ เริ่มปรากฏในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 แต่เพิ่งจะมารายงานในปี พ.ศ. 2524 ในประเทศแอฟริกา จากการศึกษาค้นพบหลักฐานของการติดเชื้อโรคเอดส์ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2531, หน้า 45-47) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรก จากโรงพยาบาลรามารบิต เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2531) การระบาดระยะแรกเริ่มมาจากในกลุ่มชายรักร่วมเพศ เข้าสู่ผู้ติดยาเสพติด และแพร่เชื้อมาถึงกลุ่มหญิง ผู้ให้บริการทางเพศ ผ่านกลุ่มชายที่เกี่ยวหญิง บริการ ระบาดเข้าสู่ครอบครัวถึงภรรยาและลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ จนกล่าวได้ว่าขณะนี้โรคเอดส์ไม่มีกลุ่มเสี่ยงเฉพาะอีกต่อไป เพราะการแพร่กระจายได้เข้าถึงบุคคลทุกกลุ่ม ทุกชนชั้นอาชีพ

การรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด ปี ค.ศ. 2009 นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี UNAIDS/WHO คาดว่ามีผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วมากกว่า 60 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีอีกประมาณ 30 ล้านคน ซึ่ง 1 ใน 4 ผู้ที่เสียชีวิตโดยเฉพาะใน พ.ศ. 2552 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ประมาณ 33.3 ล้านคน (31.4-35.3 ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 30.8 ล้านคน (29.2-33.6 ล้านคน) มีผู้หญิงที่ติดเชื้อ ประมาณ 15.9 ล้านคน (14.8-17.2 ล้านคน) เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณ 2.5 ล้านคน (1.6-3.4 ล้านคน) และเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 1.8 ล้านคน (1.6-2.1 ล้านคน) มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 2.6 ล้านคน (2.3-2.8 ล้านคน) ซึ่งลดลงจากเดิม 3.1 ล้านคน (2.9-3.4 ล้านคน) ทั่วโลกโดยคาดว่าจะมีเด็กวัยรุ่นที่อายุ 15-24 ปี มีการติดเชื้อ ร้อยละ 41 ในขณะที่ผู้หญิงมีการติดเชื้อถึง ร้อยละ 51 พบว่าทวีป Sub-Saharan Africa เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมากที่สุดในคร่าวเรือนประมาณ ร้อยละ 67 ของผู้ติดเชื้อทั่วโลก มีเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ ร้อยละ 91 และมีเด็กกำพร้ามากกว่า 14 ล้านคน ในทวีป Sub-Saharan Africa รองลงมาอยู่ในแถบ South & South East Asia ประมาณ 3.8 ล้านคน ส่วนใหญ่

ประเทศที่มีการติดเชื้อสูง ร้อยละ 97 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือยากจนและอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 คนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนจากวัณโรค สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบันมีความรุนแรงและมีการแพร่กระจายไปในบุคคลทุกกลุ่มชนชั้นทุกอาชีพ และมีแนวโน้มจะทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยนับตั้งแต่เชื้อเอชไอวี แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยเริ่มมีผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2527 เป็นรายแรกจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงเดือนพฤศจิกายน 2554 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 376,690 ราย (เพศชายจำนวน 256,571 ราย และเพศหญิงจำนวน 120,119 ราย) เสียชีวิตแล้ว 98,721 ราย (กองระบาดวิทยา, 2554) ในช่วงที่ผ่านมา (พ.ศ. 2527-2549) พบว่าอัตราป่วยเอดส์ของประชากรในพื้นที่ต่อแสนคน มีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่น ๆ จังหวัดเชียงรายในช่วง พ.ศ. 2531-เม.ย. 2555 พบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 33,942 ราย เสียชีวิต 15,371 ราย จากข้อมูลรายงานสรุปผลงานเอดส์ ปี 2531-2550 อำเภอเวียงแก่น พบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 532 ราย เสียชีวิต 359 ราย โดย ปี 2554 พบผู้ติดเชื้อโดยแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ 65 ราย กลุ่มผู้ป่วยชาวเขา 36 ราย

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาโรคเอดส์ที่มีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการมีชีวิตอยู่ในสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นความรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตและความปกติสุข ซึ่งนับเป็นความทุกข์อย่างมากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญทั้งปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อและจากการรังเกียจของสังคมรอบด้าน ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดอย่างมากแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี ถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลสุขภาพของตนเองตลอดจนเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับสุขภาพที่ดีตลอดไป หรือปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยไปให้กลับเป็นปกติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากที่สุดขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และเนื่องจากอำเภอเวียงแก่น มีที่ตั้งอยู่ในแนวชายแดนไทยลาว มีแม่น้ำโขงไหลผ่าน และมีลักษณะภูมิประเทศที่มีทั้งพื้นราบและภูเขาสูง มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่อย่างหลากหลาย ทำให้มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา ภาษา บางกลุ่มไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทำให้เกิดปัญหา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะต้องใช้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการสื่อสาร มักเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ภูเขาสสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่พื้นราบมักไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาเพื่อได้เข้าใจถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบและกลุ่มผู้ป่วย

ชาวเขา นำไปสู่แนวทางการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ตรงประเด็น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ของตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นบวก ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกสายธารรัก โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ในช่วงเดือนมิถุนายน 2555-เมษายน 2556

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยการทดสอบทางเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยังไม่แสดงอาการหรือมีอาการที่ปรากฏเพียงเล็กน้อย ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับบริการ ณ คลินิกสายธารรัก โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

กลุ่มผู้ป่วยชาวเขา หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีสัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ม้ง ขมุ เย้า ที่มาตรวจรับบริการรักษาที่คลินิกสายธารรัก โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

กลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีสัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ที่มาตรวจรับบริการรักษาที่คลินิกสายธารรัก โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กนกเสนา แก้วสว่าง (2540) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดแบบแผน

การดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Life Style and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in selfcare)
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices)
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational activity)
4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns)
5. การจัดการความเครียด (Stress management)
6. การตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Self-actualization)
7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose)
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relation with others)
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control)
10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system)

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีผลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. **เพศ** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงหรือเพศชาย
2. **อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา
3. **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งตามการสมรส แบ่งเป็นสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่
4. **เชื้อชาติ** หมายถึง เชื้อสายของชนชาติที่ได้รับบุไว้ในทะเบียนบ้าน เช่น ม้ง ขมุ เย้า
5. **ระดับการศึกษา** หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา
6. **อาชีพ** หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกระทำอยู่ แบ่งเป็น อาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง กับอาชีพที่ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น ค้าขาย เกษตรกรรม หรือ ไม่ได้ทำงาน
7. **รายได้** หมายถึง รายได้ต่อเดือนที่นับจำนวนเต็มบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีสถานภาพโสด หรือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อและคู่สมรสเมื่อสถานภาพสมรสคู่
8. **การแสดงอาการของโรค** หมายถึง อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ตามลักษณะคลินิก แบ่งเป็น

8.1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ หมายถึง ระยะติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการ คือ ผลการตรวจเชื้อเอชไอวีได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลย ระหว่างนี้ สุขภาพ

สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นปกติทั่ว ๆ ไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน

8.2 ระยะเวลาที่มีการ หมายถึง ระยะเวลาที่ผลการตรวจเชื้อเอชไอวีได้ผลบวกและมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างของการติดเชื้อโรคเอดส์ปรากฏให้เห็น

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้ข้อมูลถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยชาวเขาและผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพในการวางแผนและปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยชาวเขาและผู้ป่วยพื้นราบ อันจะนำไปสู่การการพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม
3. ผลการวิจัยจะนำไปสู่แนวทางการประเมินปัญหา และวางแผนการพัฒนาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
4. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
4. การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวีเป็นไวรัสใน Family: Retroviridae ปัจจุบันพบว่าไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ ในคนมี 2 สายพันธุ์ คือ HIV-1 และ HIV-2 โดยส่วนใหญ่ประเทศไทยพบชนิด HIV-1

HIV-1 เป็น RNA Virus ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ P24 มีเปลือก (Envelope) ซึ่งมี กลัยโคโปรตีนเป็นส่วนประกอบห่อหุ้มอยู่ กลัยโคโปรตีนที่สำคัญ คือ gp120 มีลักษณะเป็นตุ่ม (knobe) อยู่ข้างนอกสุดของตัวไวรัสและ gp 41 ซึ่งมีลักษณะเป็น Transmembrane Glycoprotein มีจีโนม (Genome) เป็น RNA สายเดี่ยว (Single strand) แต่จะอยู่เป็น Diploid เสมอ

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นการติดเชื้อที่มีลักษณะแตกต่างจากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นเวลายาวนาน (persistent infection) และก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่ายทำให้เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายอย่างตามมา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับการติดเชื้อฉวยโอกาสตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพราะเชื้อเอชไอวีมีความจำเพาะที่จะติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน T-helper cells จะเป็นตัวที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการตอบโต้ทางภูมิคุ้มกันทั้งแบบพึ่งเซลล์ (cell mediated immune response) และแบบไม่พึ่งเซลล์ (humoral

immune response) ความผิดปกติเกิดขึ้นจากการที่ T-helper cells ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี กลายเป็นแหล่งผลิตเชื้อด้วยการแตกหน่อออกไป ทำให้มีเชื้อเอชไอวีไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิต แล้วไปจับกับ T-helper cells ตัวใหม่ทำให้ T-helper cells ถูกทำลายไปเรื่อย ๆ จนมีจำนวนลดลง ทำให้สัดส่วนของ T-helper cells (T4) ต่อ T-suppressor cell (T8) ลดลงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2535)

อาการและอาการแสดงของโรค

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อ และระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (ปรีชา มนทกานติกุล, 2550)

การติดเชื้อระยะแรก (Primary/Acute HIV infection)

เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักจะไม่รุนแรง ไม่จำเพาะและหายได้เอง อาการต่าง ๆ มักเกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ โดยมีอาการเฉลี่ยประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์ (พบรายงานตั้งแต่ 6 วัน ถึง 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะแสดงอาการของการติดเชื้อครั้งแรกซึ่งเหมือนอาการของไข้หวัดมีต่อมน้ำเหลืองทั่วไปได้ มีผื่นขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน มีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรืออาการคล้ายเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไร้เชื้อ (Aseptic meningitis) ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์ การตรวจหาแอนติบอดี (Antibody) ต่อเชื้อจะได้ผลลบ แต่ถ้าตรวจ Viral load ในกระแสเลือดจะพบมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในปริมาณสูงซึ่งอาจพบมากกว่า 1,000,000 copies/ml เนื่องจากเชื้อเอชไอวีแบ่งตัวและแพร่กระจายไปทั่วร่างกายอย่างรวดเร็วทั้งต่อมน้ำเหลือง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะแสดงอาการเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกัน ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิด Cell determinant₈ (CD₈) ซึ่งจะทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง

ระยะที่ไม่แสดงอาการ (Clinical latent period)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงอาการผิดปกติใด ๆ ของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งระยะเวลาจะยาวหรือสั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคลแต่เฉลี่ยประมาณ 10 ปี อย่างไรก็ตามในระยะนี้เชื้อเอชไอวียังมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในระบบน้ำเหลืองของร่างกายและต่อม ๆ ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปเรื่อย ๆ ทั้งที่ปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง เมื่อเชื้อเอชไอวี แบ่งตัวอย่างต่อเนื่องจะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งแสดงให้เห็นโดยปริมาณ CD₄ ทั้งในกระแสเลือดและ Gut-associated lymphoid tissue (GALT) จะค่อย ๆ ลดลงจนถึงจุดหนึ่งร่างกายก็จะแสดงอาการ

ของการติดเชื้อเอชไอวีและหรือการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งจะเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่แสดงอาการของโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Clinical immunodeficiency / HIV disease / AIDS)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดต่ำลง แสดงโดยปริมาณ CD₄ ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและหรือโรคมะเร็งและอาจเสียชีวิตในที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง The centers for disease control and prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1993 ได้แบ่งอาการเจ็บป่วยของระยะนี้เป็น Clinical category ต่าง ๆ เพื่อระบุว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS-defining illness) โดยอาการแสดงใน Clinical category C เป็นอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ Pneumocystis jiroveci pneumonia, Cryptococcal meningitis เป็นต้น

การแพร่กระจายของโรค

เชื้อเอชไอวีพบมากที่สุดในเลือด (ประพจน์ ภาณุภาค, 2531) รองลงมาพบได้ในน้ำอสุจิ และน้ำเมือกในช่องคลอด นอกจากนี้ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา เสมหะ น้ำเหลือง ปัสสาวะ แต่ในปริมาณน้อย อย่างไรก็ตามการแพร่กระจายของเชื้อโดยหลักมีเพียง 3 ทาง ดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ สามารถถ่ายทอดได้ทั้งในรักร่วมเพศ และรักต่างเพศ
2. ทางเลือด จากการถ่ายเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้ติดเชื้อ การผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อ การใช้สิ่งของใช้ที่อาจปนเปื้อนเลือดกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
3. ทางมารดาสู่ทารก สามารถแพร่เชื้อสู่ทารกได้ตั้งแต่ระหว่างที่ทารกอยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด หรือภายหลังคลอดในทารกที่ดื่มนมมารดา โดยทารกมีโอกาส จะได้รับเชื้อเอชไอวี จากมารดาประมาณ 50% (Dunchy, 1991)

และในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการแพร่เชื้อทางการหายใจหรือการสัมผัสผิวหนัง บุคคลทางแมลง ยุง อาหาร น้ำ สระว่ายน้ำ การรับประทานอาหารหรือดื่มโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกันหรือใช้วัสดุ อื่น ๆ เช่น เสื้อผ้าร่วมกัน (บรรจง คำหอมกุล และคณะ 2553)

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลยตลอดชีวิต โดยที่ยังมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่มีการสัมผัสกับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการ และลักษณะอาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นผล

มาจากการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งระยะมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น

เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของผิวหนัง

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยขึ้นกับระยะของโรค ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์เป็นระยะวิกฤติ การตอบสนองทางอารมณ์มีตั้งแต่รู้สึกซาจนถึงการแสดงออกต่างๆ ผู้ป่วยหลายคนมีอาการซึมเศร้า ปฏิเสธและไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใด ๆ ได้ กลัวและวิตกกังวลอย่างมาก ควบคุมตัวเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535, หน้า 71) ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ จะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ระยะนี้มักมีความคิดอยากตายบ่อย ๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy, 1991) ต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มียารักษาให้หาย ซึมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพ อาจปราศจากการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตัวเอง มักห่างเหินจากครอบครัวออกไปจากการประณาม และรังเกียจของสังคม เกิดความไม่มั่นคงของชีวิตในอนาคต

ผลกระทบทางด้านครอบครัว

ครอบครัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ต้องเผชิญกับภาวะเครียดหลายอย่างและการเผชิญกับความตายในที่สุดของผู้ป่วย (Kelly and Lawrence, 1988) และเป็นภาระมากที่จะทำให้ให้ยอมรับว่าญาติของตนติดเชื้อที่ทุกคนกลัวและรังเกียจ การสนับสนุนให้พัฒนาด้านจิตใจจากการช่วยเหลือของครอบครัวไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และสมาชิกในครอบครัว แต่จะเป็นประโยชน์กับสังคมในวงกว้างเนื่องจากส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ลดปัญหาจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ดังนั้นการปฏิบัติ การดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่บ้าน ตามคำแนะนำอย่างถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะช่วยลดความต้องการในการขยายโรงพยาบาลและการดูแลประจำ ซึ่งอาจไม่เพียงพอ (Kelly and Lawrence, 1988)

ผลกระทบทางด้านสังคม

เมื่อเกิดการระบาดของโรคเอดส์มากขึ้นและประชาชนไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากกลัวว่าจะติดโรคเอดส์ทำให้วิตกกังวล นอกจากนี้ การตีตรา หรือ การสร้างรอยมลทินซ้อนให้แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ หรือผู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ได้ก่อให้เกิดการตราบาป แก่ผู้ถูกประทัพรอยเป็นอย่างมาก เพราะไม่เพียงแต่ได้ทำลายความสุข ความหวัง และอนาคตของบุคคลผู้นั้นลงเท่านั้น หากพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัว และการรังเกียจเหยียดหยามของคนในสังคม ยังทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลกลุ่มนี้ลงด้วย นอกจากนี้อาจถูกออกจางาน ถูกแยกครอบครัว ถูกต่อต้านจากคนในสังคม ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กิติพัฒน์ นนทปัทมะตุล, 2532; Kelly and Lawrence, 1988)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพจะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ดุษฎีบูล บุตรีลีหา (2543) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อยกระดับสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ มีทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ อันนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ในตนเอง โดยเฉพาะการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

ปิยนุช บุญกอง (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมในด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การจัดการกับความเครียด เป็นต้น ดังนั้นเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม คือ การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทัศนคติ

ความเชื่อ ค่านิยม ความตั้งใจ และความคิดเห็น ตลอดจนการกระทำของบุคคล เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอึดอัดใจ และมีการปฏิบัติสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจ ถือว่าเป็นการพัฒนาให้ถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

คุรุภรรยา สมลีใส (2550) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยพฤติกรรมนั้นมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

กอชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2534, หน้า 44-45) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้ เป็นต้น

O' Donnell (2002) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของบุคคลในทางที่จะนำไปสู่สถานะทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสุขภาพที่เหมาะสมเป็นความสมดุลระหว่างสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ทำให้เกิดขึ้นโดยการผสมผสานระหว่างความพยายามในการเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จะให้ผลกระทบที่ดีที่สุดในอนาคตที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยอาศัยแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ต้องการแค่เพียงหลีกเลี่ยงโรคเท่านั้นแต่เป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความผาสุกให้คงอยู่ในระดับสูงสุดเมื่อบุคคลมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในทุกด้าน

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ โดยผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล อันจะนำไปสู่ความปกติสุขความมีศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมนั้น ๆ มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่าพฤติกรรม การป้องกันโรค (Health-Protecting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันโรค หรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting behaviors) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับของภาวะสุขภาพหรือความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึก อิ่มเอมใจนั้น สามารถประเมิน หรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles) เพนเดอร์ (Pender, 1987) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) ประกอบไปด้วยคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in selfcare) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

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

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายรวมทั้งการคงไว้ ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่ง หรือยืน ของแต่ละบุคคล

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

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relation with others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะต่าง ๆ เช่น เสียงที่ดังเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเอง ไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพ เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆของร่างกาย จากบุคลากรที่มสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นการติดเชื้อแบบถาวร คือ ตลอดชีวิต อีกทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานอีกหลายปี และคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น หรืออาจเป็นซ้าก็ได้ ถ้าดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี การขาดการระมัดระวังรักษาสุขภาพจะทำให้สุขภาพเลวลงซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเอดส์เต็มขั้นเร็วขึ้น ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง มีหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลสุขภาพของตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้านของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เหมาะสม

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มักเสี่ยงต่อการขาดสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เนื่องมาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร การเกิดมะเร็งคาโปซิ (Kaposi's Sacoma) ในระบบทางเดินอาหาร จากผลข้างเคียงของยา อีกทั้งผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีความวิตกกังวลและความเครียดจะมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลและเชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร ท้องเสียเรื้อรัง ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรได้รับน้ำทดแทนอย่างน้อยวันละ 2,000–3,000 ซีซี (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535) และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่ม และการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.2.1 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยการอาบน้ำหรือเช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

1.2.2 รักษาความสะอาดของช่องปากและคอ โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอน ก่อนเข้านอน และบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก และควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดเกิดบาดแผล

1.2.3 ไม่ใช้แปรงสีฟัน มีดโกน ของมีคม หรือสิ่งของเครื่องใช้อื่น ๆ ที่อาจปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้อื่น

1.2.4 ระวังระวังเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์

1.2.5 ควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อต่าง ๆ เพราะผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีภูมิต้านทานโรคต่ำอยู่แล้ว จึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย

1.2.6 ควรงดสูบบุหรี่ หรือสูบให้หน่อยลง เพราะการสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

1.2.7 ไม่บริจาคเลือด พลาสมา อสุจิ อวัยวะ หรือเนื้อเยื่อ

1.3 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น เหงื่อออกตอนกลางคืน ปวดศีรษะเป็นเวลานาน กลืนลำบาก เกิดคราบสีขาวในช่องปากหรือมีแผลในปาก เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง มีอาการคันหรือปวด อ่อนเพลียง่าย หรือน้ำหนักลด เป็นต้น (มณี เฟือกวิไล และคณะ, 2537)

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ความอยากอาหารลดลง อีกทั้งอาการต่าง ๆ ได้แก่ ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy Leukoplakia) เจ็บปากและลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระร่วง เป็นต้น ซึ่งสิ่งผิดปกติเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เกิดภาวะทุกข์โภชนาการได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรรับประทานครบทุกหมู่

โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น นมสดที่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารที่สุก ไข่และเนื้อที่สุก ๆ เพราะเนื้อสดมีเชื้อท็อกโซพลาสมาคอนดิโอ (*Toxoplasma Gondii*) ซึ่งจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้ ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง ย่อย หรือเคี้ยวลำบาก อาหารที่มีรสจัดเพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมาก หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะกีดการทำงานของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรหมั่นดูแลสุขภาพสะอาดของช่องปากอยู่เสมอ โดยแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังตื่นนอนและก่อนเข้านอน และหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปากนอกจากนั้นควรประเมินภาวะทุพโภชนาการของตน (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535)

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย รวมทั้งผลการทางด้านจิตใจด้วย (Hill and Smith, 1985) เพื่อให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์อย่างเต็มที่และไม่มีความเสี่ยง ควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (Range of Motion Exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติด (Phipps, et al., 1991) สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ต้องเป็นการออกกำลังกายที่กระตุ้นให้การหายใจ และการไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งความเหมาะสมของการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ยังช่วยลดความเครียด และช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น (Flaskerud and Ungvarski, 1995)

4. รูปแบบการนอนหลับ

จากบทความที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนการหายใจเหนื่อยหอบเนื่องจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ อาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์นอนหลับได้น้อยลง ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควรนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และควรนำเทคนิคในการผ่อนคลายความตึงเครียดมาใช้หากนอนไม่หลับ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพราะในขณะที่นอนหลับการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในการนำสารอาหาร และแร่ธาตุต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายจะเป็นไปได้โดยสม่ำเสมอและเต็มที่ ทำให้เซลล์ได้รับการบำรุง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์ดังเดิม โดยทั่วไปบุคคลจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควร

หลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง

5. การจัดการความเครียด

เนื่องจากการติดเชื้อโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อมักวิตกกังวล ซึมเศร้า บางรายถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก ซึ่งความเครียดมีผลกดภูมิคุ้มกันทำให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อ่อนแอลง ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การมองโลกในแง่ดี การสร้างอารมณ์ขัน เช่น การพูดคุยเรื่องตลกเพื่อให้อารมณ์ดี การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง เป็นต้น (Flaskerud and Ungvarski, 1995)

6. การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวและในหน้าที่การงาน รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ติดเชื้อ ต้องเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อ และการที่ต้องมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้เต็มที่ ผู้ติดเชื้อจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงในชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ติดเชื้อต้องพึ่งพาบุคคล เหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียควมมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อจะต้องพยายามสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้มากที่สุด โดยการปรับตัวใหม่ให้เข้ากับอาชีพที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ปรับสัมพันธ์ภาพและบทบาทในสังคม และครอบครัวใหม่ ผู้ติดเชื้อควรพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น การแต่งตัว การเคลื่อนไหว และควรมีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตัวเองในเรื่องต่าง ๆ เช่น การดูแลตนเอง เพราะการที่ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ควบคุมชีวิตและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความเชื่อของผู้ติดเชื้อในความสามารถของตนเอง (Whall, 1982 cited by Beare and Myers, 1990)

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ผู้ติดเชื้อควรตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง ให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และพึงพอใจต่อประสบการณ์ที่ได้รับ การให้ความหวังไม่ใช่หมายถึงความต้องการหายจากโรค (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535) อาจเป็นความหวังในระยะสั้นที่มีเป้าหมายชัดเจนและเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง และอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ไม่เปรียบเทียบตนเองกับเหตุการณ์ในอดีตที่ดีกว่าปัจจุบัน หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่ดีกว่าตน ไม่สร้างควมหวังที่เป็นไปไม่ได้

สำหรับอนาคต แต่สนใจความก้าวหน้าในการปรับตัวของคนที่ใช้ความสามารถที่ดีที่สุดแล้ว ในชีวิตปัจจุบัน และมีความสุขในส่วนที่ตนมีความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะเพิ่มความนับถือตนเองและเห็นตนเองมีคุณค่า (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535)

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มักจะพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunhy, 1991) เพราะการติดเชื้อโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งในที่สุดจะทำให้ผู้ติดเชื้อขาดการติดต่อกับสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตัวเองลดลงหรือเสื่อมลง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซึ่งภาวะเช่นนี้เป็นผลลบต่อภาวะสุขภาพ เพราะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุข (Beare and Myers, 1990) ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควรเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้ซึ่งกันและกัน ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่อง และการยอมรับในสังคมทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และเพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม

การควบคุมสภาวะแวดล้อมเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรปฏิบัติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จึงควรควบคุมสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่นควัน อากาศที่เป็นพิษ สัตว์เป็นพาหะของโรค เช่น ยุง หนู ควรจัดสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย และเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะอาดอยู่เสมอ มีอากาศถ่ายเท สะดวกเย็นสบาย และเงียบสงบ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในที่อยู่อาศัย เช่น หกล้ม ตกบันได เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการมีร่องรอยบาดเจ็บที่ผิวหนัง ซึ่งจะส่งผลทำให้มีการติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

10.1 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรมาพบแพทย์ตามนัด การมาพบแพทย์ตามนัดจะเป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อ เพราะแพทย์จะได้ติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง เข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง

10.2 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ควรรับประทานยา หรือรับการบำบัดรักษาอื่น ๆ ตามที่แพทย์กำหนดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอันตรายต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ การรับประทานยาจะต้องดูจำนวนและชนิดให้ถูกต้องตามแผนการรักษาทุกครั้งและสังเกตการณ์ผิดปกติที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบไปพบแพทย์ เพื่อให้การแก้ไขได้ทันที่

10.3 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เพราะการรับประทานยาบางชนิดที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้น อาจไปกดหรือทำลายภูมิคุ้มกันร่างกายของตนเอง เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาเสพติด หรืออาจไปมีผลต่อโภชนาการ และระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้การดูดซึมไม่ดี รับประทานยาจากพิษยา ทำให้มีผลต่อการดูดซึมวิตามินและกรดอะมิโน นำไปสู่ภาวะขาดอาหาร ซึ่งได้แก่ยาที่มีผลต่ออารมณ์ ยาเสพติด ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน (บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดหรือความรู้สึกเหล่านี้อาจจะตรงกับความจริงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น แหล่งที่ได้มาซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่น้อง) กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แบ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็น

1. **บรรทัดฐานของสังคม** (ความคาดหวังของบุคคล) เป็นตัวกำหนด มาตรฐานการกระทำของบุคคลในสังคม บุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ นอกจากนี้บรรทัดฐานยังหมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติที่กำหนดไว้ในสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติสืบเนื่องกันมานานจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล บรรทัดฐานทางสังคมพัฒนามาจากค่านิยม ความเชื่อต่าง ๆ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม

2. **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นอุปการณ์และกำลังใจต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์

3. **การเป็นแบบอย่าง** เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมของบุคคลจากบุคคลอื่น โดยการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคลอื่น นำมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง บุคคลสามารถเลือกการเป็นแบบอย่างได้ตามที่ตนเองปรารถนา

อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวก หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเล็อก คุณลักษณะที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อมที่สวยงามเหมาะสม ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. **อายุ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น วัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่าผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของเสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมาการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ แต่จากการศึกษาของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. **เพศ** เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศแตกต่างกันด้วย จากการศึกษาของ Porter, et al. (1993) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดการระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อเพศชาย

3. **อาชีพ** เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยต่างกัน ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถ จัดเวลาในการมีกิจกรรม การทำงาน การพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบและจำกัดเวลามากนัก ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานที่กำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพรับจ้างทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีจำกัดเวลาในช่วงเวลาพักผ่อน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

4. **รายได้** รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหารซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงบริการทางเพศ

5. **สถานภาพสมรส** คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจ สามารถช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

6. **ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยความสะดวกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัด

ในการรับรู้เรียนรู้ จากการศึกษารายงานของจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

7. ระยะเวลาดำเนินของโรค การแสดงอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลที่มีความคิดเห็นต่อสุขภาพว่าตนเองอ่อนแอหรือตนเอง มีความเจ็บป่วย กำลังคุกคามต่อชีวิตสวัสดิภาพตนเองอย่างหนักทำให้ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เอื้ออำนวยต่อสวัสดิภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Pender, 1987) จากการศึกษารายงานของจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการของโรคมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการมากมาย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้งในปกติและเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจประชาชนภาคกลางในเขตเมืองและชนบทพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนมีค่าเฉลี่ยรวมและค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำในระดับการศึกษา สถานภาพสมรสโสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและการรับรู้การบริการสุขภาพของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพ งานบ้าน เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1

จันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 160 คน โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดีมากเพียง 1 ด้าน คือ ด้านการตระหนักและการยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด และพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบ

ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา โดยปัจจัยทั้งสองเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 13

กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (1987) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คลินิกนรีนามและให้คำปรึกษาโรคเอดส์ โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 110 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมและแบบสอบถามความหวัง พบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในเกณฑ์ดีมากคือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการนอนหลับพักผ่อน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับรายละเอียดข้อย่อยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก โดยข้อที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือ การจัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกายและการพักผ่อนในแต่ละวัน การพูดระบายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ และพูดคุยกับคนอื่น ๆ ขณะรอรับการตรวจร่างกาย 2) ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง 3) ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ระดับการศึกษาและความหวังสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 11.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

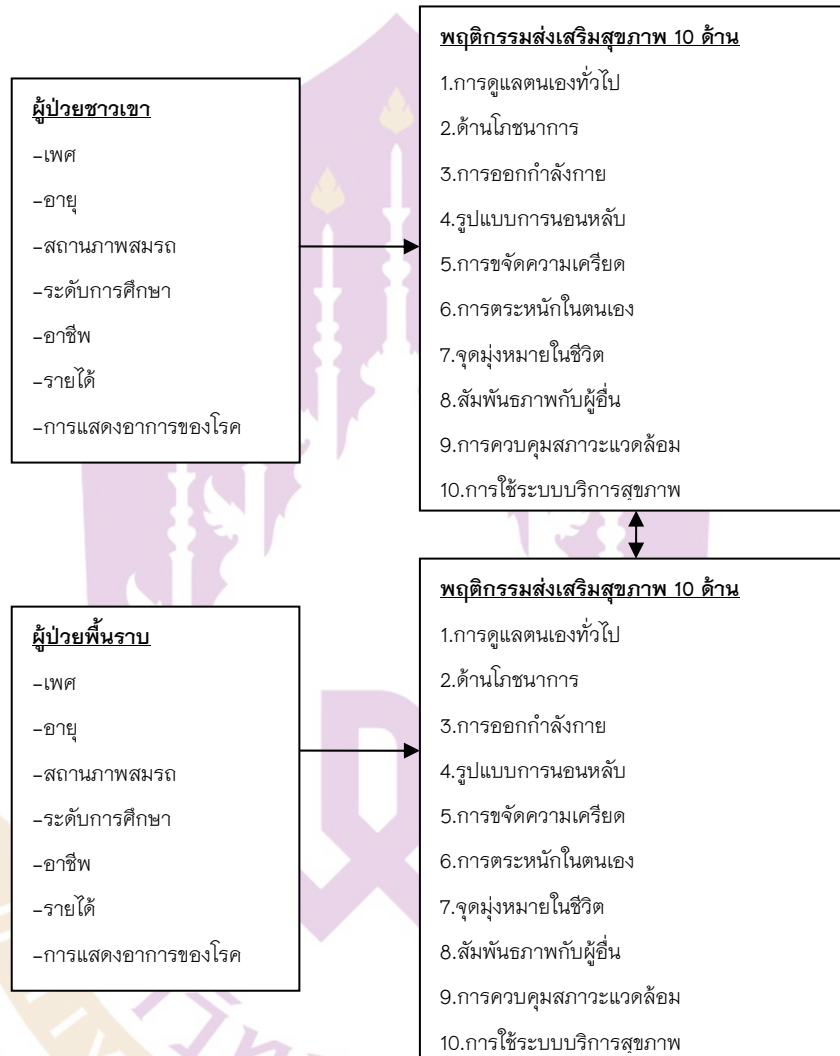
สุदारัตน์ วรณสาร (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม และคลินิกโรคแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 286 คน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ถึงเดือนมิถุนายน 2541 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสม่ำเสมอเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ 4 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน การควบคุมสภาวะแวดล้อม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับบางครั้งถึงสม่ำเสมอ 2 ด้าน คือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติบางครั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด การใช้ระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต

ไปรมาษณ์ ปิณฑจิตต์ (2544) การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 120 คน พบว่ามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายที่อยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะซี ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค มักมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ระดับการศึกษาต่ำทำให้ขาดความรู้ มีการพักผ่อนน้อยเนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้น บางรายหอบเหนื่อย เนื่องจากติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีบางข้อที่อยู่ในระดับพอใช้ เช่น การทำกิจกรรมที่ใช้ร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น เป็นต้น เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดำเนินโรคกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อรพรรณ อุดมพร (2550) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ด้านการติดต่อและการแพร่เชื้อโรค เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนังและเชื้อรา ด้านการป้องกันกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมีการดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การพักผ่อนที่เพียงพอ มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนน้อยที่มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมคือ ยังรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องจากการรับประทานยาช้าหรือลืมรับประทานยาเนื่องจากดื่มสุรา การรับประทานยาผิดเนื่องจากลักษณะเมื่อยามีความคล้ายคลึงกันและลืมนำยาพกติดตัวไปด้วยเมื่อไปทำงานที่อื่น หรือเพราะการปิดบังตัวเองจากการที่จะต้องรับประทานยาต่อหน้าคนอื่น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือหญิงอื่น เช่น หญิงขายบริการ โดยไม่สวมถุงยางอนามัย เพราะไม่เปิดเผยภาวะติดเชื้อของตนเองและการไม่ตระหนักในการป้องกันอย่างจริงจัง รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์น้อยต่อร่างกาย รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน เนื่องจากไม่มีเงินพอที่จะซื้อ ออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ยังมีการดื่มสุราและบุหรี่เพราะเข้าใจว่าสามารถลดความเครียดและเพื่อสังคม และมีจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม บางครั้งใช้วิธีดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก มารับการตรวจรักษาที่คลินิกสายธารรัก โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 95 คน ในปี พ.ศ. 2555

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ศึกษาจากกลุ่มประชากรทั้งหมด 95 คน เป็นผู้ป่วยชาวเขา 35 คน และผู้ป่วยพื้นราบ 60 คน

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

3.1 เคยได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว อย่างน้อย 1 ครั้ง

3.2 เคยได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและการดูแลตนเองจากผู้ให้บริการปรึกษา (Counsellor) แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

3.3 มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

3.4 มีระยะเวลาตั้งแต่การทราบผลเลือด ถึง 10 ปี ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสร้างจากการศึกษาข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยโครงสร้างของแบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และการแสดงอาการของโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8147 และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ ไพโรมาช บิณฑจิตต์ (2544) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8792 โดยอาศัยแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 64 ข้อ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|--------|-----------|
| 1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป | 9 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 1-9 |
| 2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ | 9 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 10-18 |
| 3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 19-23 |
| 4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 24-28 |
| 5. ด้านการจัดความเครียด | 9 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 29-37 |
| 6. ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 38-42 |
| 7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 43-47 |
| 8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น | 6 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 48-53 |
| 9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม | 6 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 54-59 |
| 10. ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 60-64 |

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) วัดเป็น 4 ระดับ โดยมีลักษณะของคำตอบเป็นข้อความตามลักษณะของคำถามเพื่อให้ผู้ปวยเกิดความชัดเจนในการตอบมากขึ้น โดยมีความหมายของคำตอบ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นครั้งคราวบ่อยแต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านมักไม่ค่อยได้ปฏิบัติหรือนาน ๆ ครั้ง จึงจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของคำถามแบ่งเป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบ โดยข้อความของคำตอบที่เป็นข้อความทางลบจะมีค่าคะแนนน้อย ส่วนข้อความของคำตอบที่เป็นข้อความทางบวกจะมีคะแนนมากตามลำดับ (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2549)

ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21,

22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 11, 12, 15, 16, 27, 31 ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1	4
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้คะแนน	2	3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3	2
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	4	1

การแปรผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้าน เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับพอใช้ และระดับน้อย เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนดังกล่าว เป็นดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550)

ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
3.50–4.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
2.50–3.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
1.50–2.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
1.00–1.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามโดยนำให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นทำการทดสอบหาค่า CVI (content validity index) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.92

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันผลเสีย และแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ พิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ต้องเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็จะไม่เสียสิทธิใด ๆ จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล อันพึงได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งสิทธิในการยกเลิกการให้ข้อมูล ได้ตลอดการศึกษา ในระหว่างการศึกษาผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ลงในแบบสอบถามพร้อมรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา
2. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าคลินิกสายธารรัก เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขณะรอรับการตรวจรักษาหรือหลังจากได้รับการตรวจ จากแพทย์แล้ว โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ตลอดจนแจ้ง การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยให้ทราบ
5. เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการแจกแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะทำการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ที่ละข้อจนครบ (ระหว่างการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ยอมตอบก็จะยุติการเก็บข้อมูล และไม่นำข้อมูลฉบับนั้นมาคิดคะแนน) หลังจากตอบแบบสอบถามครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชักถาม พร้อมทั้งให้สุขศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนให้เหมาะสม
6. เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบ ใดขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

7. จากนั้นแสดงความขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ให้ความร่วมมือรวบรวมข้อมูลที่ได้ นำมาบันทึกผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในภาพรวมและรายด้าน โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นชาวเขา กับผู้ป่วยพื้นราบ โดย Independent sample t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 95 ราย โดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลในระหว่าง เดือนกันยายน-ธันวาคม 2555 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี ที่เป็นชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบ โดย Independent sample t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	(N = 95)	
เพศ		
ชาย	34	35.80
หญิง	61	64.20
อายุ		
13 – 21 ปี	3	3.20
21 – 40 ปี	44	46.30
40 – 60 ปี	45	47.40
60 ปีขึ้นไป	3	3.20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยของประชากร = 39.59 ปี (Min : Max) (ปี) = 16 : 66 ปี		
สถานภาพ		
โสด	21	22.10
คู่	58	61.10
หย่า	4	4.20
หม้าย	12	12.60
เชื้อชาติ		
ไทย	60	63.20
ม้ง	10	10.50
ขมุ	11	11.60
ไทยลื้อ	4	4.20
จีนฮั่น	2	2.10
อาข่า	3	3.20
เข่า	5	5.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	20.0
ประถมศึกษา	47	49.50
มัธยมศึกษา	25	26.30
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	1	1.10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3.20

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มประชากรในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี จำนวน 95 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.80 และเพศหญิง ร้อยละ 64.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 47.40 อายุเฉลี่ย 39.59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือสถานะภาพโสด ร้อยละ 22.10 มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 63.20 รองลงมาคือเชื้อชาติขมุ ร้อยละ 11.60 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.30

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพหลัก รายได้และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่ประกอบอาชีพ	7	7.40
แม่บ้าน	7	7.40
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2.10
เกษตรกรรวม	31	32.60
รับจ้าง	36	37.90
ค้าขาย	10	10.50
อื่น ๆ	1	1.10
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	75	78.90
5,000–10,000 บาท	18	18.90
10,000 บาทขึ้นไป	2	2.10
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	20	21.10
ไม่เพียงพอ	75	78.90

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา คือ เกษตรกรรวม ร้อยละ 37.90 และ 32.60 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รองลงมาคือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 78.90 และ 18.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 78.90

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามการอาศัย บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ให้การดูแลและการบอกการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
ท่านอาศัย		
อยู่คนเดียว	9	9.50
อยู่กับญาติ	19	20.00
อยู่กับครอบครัว	67	70.50
บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดให้การดูแล		
สามี/ภรรยา	50	52.60
เพื่อน	1	1.10
บิดา/มารดา	24	25.30
พี่น้อง/ญาติ	20	21.10
ท่านบอกใครบ้างว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่บอก	3	3.20
บอก สามี/ภรรยา	48	50.50
บอก เพื่อน	1	1.10
บอก บิดา/มารดา	25	26.30
บอก พี่น้อง/ญาติ	18	18.90

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มประชากรอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 70.50 บุคคลที่อยู่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 52.60 รองลงมาคือ บิดา/มารดา ร้อยละ 25.30 ส่วนใหญ่บอกถึงการติดเชื้อเอชไอวีแก่ สามี/ภรรยา ร้อยละ 50.50 รองลงมาคือบอกให้แก่ บิดา/มารดา ร้อยละ 26.30

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ และสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ		
1-5 ปี	27	28.40
5-10 ปี	68	71.60
สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี		
ทางเพศสัมพันธ์	94	98.90
อื่น ๆ	1	1.10

จากตาราง 4 พบว่าระยะเวลาที่กลุ่มประชากรทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5-10 ปี ร้อยละ 71.60 รองลงมาคือทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี 1-5 ปี ร้อยละ 28.40 สาเหตุ การติดเชื้อ ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.90

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระยะของการดำเนินโรค

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
ระยะของการดำเนินโรค		
ไม่มีอาการ	71	74.70
มีอาการ	24	25.30

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินโรคในระยะไม่มีอาการ ร้อยละ 74.70

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามแหล่งหาความรู้เกี่ยวกับโรค และการแสวงหาแหล่งรักษาโรค

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 95)	ร้อยละ
แหล่งหาความรู้เกี่ยวกับโรค		
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
แพทย์/พยาบาล	91	95.80
เพื่อน	23	24.20
บุคคลในครอบครัว	23	24.20
หาความรู้เองจากสื่อต่าง ๆ	25	26.30
การแสวงหาแหล่งรักษาโรค		
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
สถานบริการสาธารณสุข	95	100.00
ซื้อยามารับประทานเอง	3	3.20
รักษาแผนโบราณ	12	12.60
อื่น ๆ	2	2.10

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่หาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 95.80 รองลงมาคือหาความรู้เองจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 26.30 การแสวงหาแหล่งรักษาโรคมีการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ การรักษาแผนโบราณ ร้อยละ 12.60

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา จำแนกตาม

พฤติกรรมการสุขภาพรายด้าน

พฤติกรรมการสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป	3.26	0.41	ดี
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ	2.82	0.34	ดี

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน	2.43	0.69	พอใช้
4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ	3.00	0.52	ดี
5. ด้านการจัดความเครียด	3.00	0.46	ดี
6. ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง	3.28	0.47	ดี
7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.22	0.60	ดี
8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	3.27	0.52	ดี
9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม	2.90	0.54	ดี
10. ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	3.61	0.38	ดีมาก
โดยรวม	3.03	0.32	ดี

จากตาราง 7 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.38) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี 8 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.47) ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.27$, S.D. = 0.52) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.41) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.60) ด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.52) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.46) ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54) และการปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.34) และยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ($\bar{X} = 2.43$, S.D. = 0.69)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป	3.50	0.36	ดีมาก
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ	2.92	0.38	ดี
3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน	2.59	0.69	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ	3.15	0.43	ดี
5. ด้านการจัดความเครียด	3.09	0.45	ดี
6. ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง	3.48	0.46	ดี
7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.48	0.44	ดี
8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	3.35	0.52	ดี
9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม	3.20	0.51	ดี
10. ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	3.63	0.39	ดีมาก
โดยรวม	3.18	0.27	ดี

จากตาราง 8 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 0.39) และด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.36) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี 8 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.46) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.44) ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.52) ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 0.51) ด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.43) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.45) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 0.38) และด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.69)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มประชากรจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป	3.41	0.40	ดี
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ	2.89	0.37	ดี
3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน	2.53	0.69	ดี
4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ	3.09	0.47	ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
5. ด้านการจัดความเครียด	3.05	0.45	ดี
6. ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง	3.40	0.47	ดี
7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.38	0.52	ดี
8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	3.32	0.52	ดี
9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม	3.09	0.54	ดี
10. ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	3.62	0.38	ดีมาก
โดยรวม	3.13	0.30	ดี

จากตาราง 9 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.38) และพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี 9 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.40) ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.47) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.52) ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.52) ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.54) ด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.47) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.45) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.37) และด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.69)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา กับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ประชากร			
	กลุ่มผู้ป่วยชาวเขา		กลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย	0	0.00	0	0.00
พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้	2	5.57	1	1.70
พฤติกรรมสุขภาพระดับดี	32	91.40	52	86.70
พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก	1	2.90	7	11.70

จากตาราง 10 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.40, 86.70 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน) (N=95)	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย	0	0.00
พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้	3	3.20
พฤติกรรมสุขภาพระดับดี	84	88.40
พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก	8	8.40

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 88.40 รองลงมาคือมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 8.40 และยังพบว่ากลุ่มประชากรไม่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation)

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) ของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1.00							
2. อายุ	-.178	1.00						
3. สถานภาพสมรส	-.027	.189	1.00					
4. ระดับการศึกษา	-.013	-.284	.358*	1.00				
5. อาชีพ	-.264	.267	-.135	.053	1.00			
6. รายได้	-.144	.005	.321	.275	.062	1.00		

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
7. ระยะเวลาการดำเนินของโรค	.101	.289	.449**	-.067	-.224	-.147	1.00	
8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.233	-.164	-.217	.077	-.117	-.041	-.152	1.00

หมายเหตุ: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 12 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระยะเวลาการดำเนินของโรคกับสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product

moment Correlation) ของกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1.00							
2. อายุ	-.154	1.00						
3. สถานภาพสมรส	.200	.338**	1.00					
4. ระดับการศึกษา	-.148	-.265*	-.433**	1.00				
5. อาชีพ	-.290*	.150	-.019	.214	1.00			
6. รายได้	-.267*	.183	-.101	.296*	.293*	1.00		
7. ระยะเวลาการดำเนินของโรค	.242	.057	.148	-.066	-.089	-.388**	1.00	
8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.012	.062	.305*	.033	.100	.217	-.217	1.00

หมายเหตุ: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 13 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ การศึกษากับอายุ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ การศึกษากับสถานภาพ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง อาชีพกับเพศ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ รายได้กับเพศ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ รายได้กับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีระดับต่ำ รายได้กับอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ รายได้กับอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระยะเวลาการดำเนินของโรคกับรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) ของกลุ่มประชากร ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1.00							
2. อายุ	-.171	1.00						
3. สถานภาพสมรส	.113	.261*	1.00					
4. ระดับการศึกษา	-.124	-.183	-.156	1.00				
5. อาชีพ	-.287**	.215*	-.075	.209*	1.00			
6. รายได้	-.240*	.152	.010	.337*	.250*	1.00		
7. ระยะเวลาการดำเนินของโรค	.181	.156	.228*	.020	-.094	-.287**	1.00	
8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.080	.000	.052	.142	.048	.181	-.134	1.00

หมายเหตุ: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 14 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กันทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เพศกับอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกัน และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อายุกับอาชีพมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์

ระดับต่ำ ระดับการศึกษากับอาชีพมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เพศกับรายได้มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระดับการศึกษากับรายได้ มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อาชีพกับรายได้มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ สถานภาพสมรสกับระยะเวลาการดำเนินของโรค มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ รายได้กับระยะเวลาการดำเนินของโรค มีความสัมพันธ์เชิงผกผันต่อกันและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี ที่เป็นชาวเขา กับผู้ป่วยพื้นราบ โดย Independent sample t-test

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขา กับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่ม	n	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value																																																																																
1. ด้านความสามารถ ในการดูแลตนเอง ทั่วไป	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.34	0.53	-1.96	93	0.052																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.53				2. การปฏิบัติด้าน โภชนาการ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.82	0.38	-1.36	93	0.174	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	2.96	0.51	3. ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการ พักผ่อน	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.42	0.77	-1.36	93	0.176	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	2.65	0.75	4. ด้านรูปแบบการ นอนหลับ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.94	0.59	-1.78	93	0.077	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.16	0.58	5. ด้านการขจัด ความเครียด	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.02	0.61	-0.30	93	0.763	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.06	0.57	6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56	7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182
2. การปฏิบัติด้าน โภชนาการ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.82	0.38	-1.36	93	0.174																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	2.96	0.51				3. ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการ พักผ่อน	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.42	0.77	-1.36	93	0.176	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	2.65	0.75	4. ด้านรูปแบบการ นอนหลับ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.94	0.59	-1.78	93	0.077	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.16	0.58	5. ด้านการขจัด ความเครียด	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.02	0.61	-0.30	93	0.763	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.06	0.57	6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56	7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59								
3. ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการ พักผ่อน	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.42	0.77	-1.36	93	0.176																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	2.65	0.75				4. ด้านรูปแบบการ นอนหลับ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.94	0.59	-1.78	93	0.077	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.16	0.58	5. ด้านการขจัด ความเครียด	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.02	0.61	-0.30	93	0.763	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.06	0.57	6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56	7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																				
4. ด้านรูปแบบการ นอนหลับ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.94	0.59	-1.78	93	0.077																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.16	0.58				5. ด้านการขจัด ความเครียด	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.02	0.61	-0.30	93	0.763	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.06	0.57	6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56	7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																																
5. ด้านการขจัด ความเครียด	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.02	0.61	-0.30	93	0.763																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.06	0.57				6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56	7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																																												
6. ด้านตระหนักและ ยอมรับในคุณค่าแห่ง ตนเอง	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.28	0.51	-1.54	93	0.125																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.46	0.56				7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49	8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																																																								
7. ด้านจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.17	0.74	-3.08	93	0.003																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.56	0.49				8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																																																																				
8. ด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.31	0.58	-1.34	93	0.182																																																																																
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.48	0.59																																																																																			

ตาราง 15 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่ม	n	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
9. ด้านการควบคุม สภาวะแวดล้อม	ผู้ป่วยชาวเขา	35	2.97	0.70	-2.38	93	0.019
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.28	0.55			
10. ด้านการใช้ระบบ บริการทางสุขภาพ	ผู้ป่วยชาวเขา	35	3.68	0.47	0.33	93	0.737
	ผู้ป่วยพื้นราบ	60	3.65	0.51			

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบ พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการพักผ่อน ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเองด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2555 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสามชิกชมรมสายธารรัก ที่มารับการดูแลและรักษาที่โรงพยาบาลเวียงแก่น มีจำนวนทั้งหมด 95 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ใช้ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) หาความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่ม โดย Independent sample t-test

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 95 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.80 และเพศหญิง ร้อยละ 64.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 47.40 อายุเฉลี่ย 39.59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือสถานะภาพโสด ร้อยละ 22.10 มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 63.20 รองลงมาคือเชื้อชาติขมุ ร้อยละ 11.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.30

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 37.90 และ 32.60 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รองลงมาคือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 78.90 และ 18.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รายได้ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.90 กลุ่มประชากรทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5-10 ปี ร้อยละ 71.60 รองลงมาคือทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี 1-5 ปี ร้อยละ 28.40 สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.90

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.38) และพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี 9 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.40)

ด้านตระหนักรู้และยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.47) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.52) ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.52) ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.54) ด้านรูปแบบการนอนหลับ ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.47) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.45) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.37) และด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.69)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวเขา มีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 0.32) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ มีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 0.27) แต่หากจำแนกพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ยังพบว่ามีความแตกต่าง อยู่ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป พบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวเขามีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.41) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.36) 2) ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวเขามีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.43$, S.D. = 0.69) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.69)

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบในด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลับพบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจสรุปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวเขา

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 เพศชาย ร้อยละ 35.80 อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 39.59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.10 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 63.20 เชื้อชาติอื่น ๆ ร้อยละ 36.80 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.50 กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.90 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.90 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 78.90 สอดคล้องกับการศึกษา

ของวีระ สุเจตน์จิตต์ (2550), ประพนอม หนูเพชร, ประณิต ส่งวัฒนา และขวัญตา บาลทิพย์. (2547) ที่พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และสอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบวนาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป การใช้แรงงาน ลูกจ้างโรงงาน ชั้บรรับจ้าง กรรมกร และมีรายได้น้อย

ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 70.50 ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมากที่สุดคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 52.60 น้อยที่สุด คือ เพื่อน ร้อยละ 1.10 ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรจะบอกให้คนในครอบครัวทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี โดยบอกสามี/ภรรยา ร้อยละ 50.50 น้อยสุดคือบอกเพื่อน ร้อยละ 1.10

ประชากรส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 98.90 สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักกระบวนาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ กลุ่มประชากรทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 71.60

ประชากรส่วนใหญ่ตัดสินใจรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 95.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gellaitry, et al., (2005) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจากผู้ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.40) อธิบายได้ว่ากลุ่มประชากรมีการรับรู้โรคที่ตนเองเป็นอยู่เป็นโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายของตนเองอ่อนแอและเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจึงต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของตน การสังเกตลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา พลพุทธา (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน รักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน และมีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jones, et al., (2006) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง โดยการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์และให้ความสำคัญถึงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเองเท่านั้น

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.37) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา พงษ์สมบุญ (2539) กนกเลขา แก้วสว่าง (2540), ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel, Hopson and Delville (2006) ที่พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มประชากรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เน้นการรับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ งดอาหารบางชนิดที่รับประทานแล้วจะเกิดอาหารผิดปกติ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง (Holmes, 2003) สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2002) ที่ว่าการรับประทานอาหารที่ดีจะทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการมีกิจกรรมและออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.69) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสุข (2540), จันทนา พงษ์สมบุญ (2539) และ เบญจมาภรณ์ ชุมแสง (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเช้า การทำความสะอาดร่างกาย การทำงานบ้าน และรวมถึงแบบแผนการออกกำลังกายทั้งทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ซึ่งให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะยืดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยเอดส์ได้ ทำให้สุขภาพแข็งแรง ร่างกายกระชุ่มกระชวยทำให้เกิดความเพลิดเพลินสนุกสนานและคลายเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา ดงแก้ว เพลินพิศ สุานิวัฒนานนท์ และพัชรี ไชยลังกา (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใช้วิธีการออกกำลังกายในการจัดการปัญหาอ่อนเพลีย ไม่มีแรงมากที่สุด ร้อยละ 40.00 ซึ่งผลที่ได้คือ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงและสดชื่น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bopp, et al., (2003): Bopp, et al.,(2004) ที่พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้ระดับ CD₄ ในร่างกายสูงขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความรุนแรงของโรค ไขมันของร่างกายลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดจำนวนเชื้อไวรัสและช่วยให้ภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น

4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านรูปแบบการนอนหลับอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.47) อธิบายได้ว่ากลุ่มประชากรมีการขจัดความเครียดได้ดี มีการพูดคุยระบายข้อคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ การออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น จึงทำให้ความเครียดน้อยลง รูปแบบการนอนหลับจึงอยู่ในระดับดี

5. ด้านการขจัดความเครียด

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการขจัดความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.45) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสุข (2540), จันทนา พงษ์สมบุรณ์ (2539) และไพโรมาธม์ พิณฑจิตต์ (2544) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Abel, Hopson and Delville (2006) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดที่ดี อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดระบายหรือปรึกษาปัญหากับสามีหรือภรรยา ในรายที่โสดก็จะปรึกษาบิดาหรือมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ ภารดี นานาคิลป์ และพรรณวดี ตันติศิริรินทร์ (2543) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้วิธีการแก้ปัญหา โดยการปรึกษาหารือกับบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีการคลายเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ การปรับทุกข์กับผู้ที่ไว้วางใจ

6. ด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.47) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี ภูริสัจย์ (2545), วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ (2551) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คนอื่น ๆ ตลอดจนเป็นอาสาสมัครในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ จึงรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า

7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.52) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2553) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีบุคคลใกล้ชิดคือคู่สมรส พ่อแม่และญาติ

พี่น้อง ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย กลุ่มประชากรจึงมีความรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และประกอบอาชีพได้อย่างดี (ลดาวัลย์ อุณประเสริฐ, 2540; ศิริวรรณ สันทัด, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตรายข้อคือ ประพฤติหรือปฏิบัติให้มีคุณค่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความภาคภูมิใจในตนเองมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปตามอัตรภาพของตน

8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.52) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสุข (2540), จันทนา พงษ์สมบุญ (2539), ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) และ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นส่งผลให้มีภาพลักษณ์ที่ดี เกิดความมั่นใจในการเข้าสู่สังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีการดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนปกติออกไปพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง รวมทั้งการร่วมงานกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ตามโอกาส ทั้งนี้การมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ยอมเข้าสังคมไม่มีแรงออกไปพบปะผู้คน กลัวผู้อื่นรู้ว่าตนเป็นเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตร์ แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ (2549) พบว่าอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมากที่สุด คือ การกลัวเพื่อนบ้านและสังคมรู้/ไม่ยอมรับ การทำตัวเหมือนเดิมปกติที่สุดที่เคยปฏิบัติอยู่ เข้าสังคมและร่วมงานเหมือนเดิมเป็นวิธีการหนึ่งที่กลุ่มประชากรใช้เพื่อปกปิดตนเองไม่ให้เพื่อนบ้านและสังคมรู้ ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นวัฒนธรรมการดูแลตนเองเพื่อดำรงสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.54) อธิบายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ และสุรชานา ประมินทร์ (2549) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายและผิวหนัง ดูแลความสะอาดช่องปาก ตลอดจนดูแลสุขภาพสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวให้สะอาด

10. ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.45) อธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษาซึ่งจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เกี่ยวกับยาที่รับประทาน อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา อาการผิดปกติของการติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล แก้ววิจิตร (2548) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกเดือนคิดเป็นร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความเอาใจใส่และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การแสดงอาการของโรค ของกลุ่มประชากรทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยชายเขา ก็พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกัน แต่กลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($r = 0.305$, $P < 0.05$) นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ มีสถานภาพสมรส คู่ โสด หย่า หมาย มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยพื้นราบส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และเป็นสังคมคู่สมรสเดียว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแข็งแรง จึงทำให้ได้รับแนะนำในการแก้ปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของและบริการต่าง ๆ มากพอที่จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยชายเขา ที่มีวัฒนธรรมเป็นเครื่องกำหนดระบบอำนาจของชายและหญิงในชุมชน โดยให้ความสำคัญต่อเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นสังคมพหุภรรยา คือสามีสามารถภรรยาได้หลายคนความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่แข็งแรง ทำให้เมื่อมีปัญหา จึงไม่ได้รับแนะนำในการแก้ปัญหา และไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของ และบริการต่าง ๆ ที่มากพอที่จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จึงควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงรุกในทุก ๆ ด้าน อย่างยั่งยืน โดยเน้นการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นรูปแบบและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยจัดการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยกลุ่มผู้ป่วยชาวเขาในการความรู้ต้องคำนึงถึงวิธีการสื่อสาร และเทคนิคการสอนที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม อาจต้องทำการสอนในเรื่องเดียวกันซ้ำ ๆ จนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ จะมีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดี ดังนั้นการให้ความรู้ควรเน้นในด้านความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง หรือยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน และการปฏิบัติด้านโภชนาการ เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ป่วยชาวเขา ควรแนะนำให้ทราบถึงการออกกำลังกายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอหรืออยู่ในช่วงที่มีอาการแทรกซ้อน ควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หักโหมหรือต้องออกแรงมากนัก เช่น การบริหารข้อต่อต่าง ๆ การฝึกการหายใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างยั่งยืนต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับดีมากและสามารถดำรงชีวิตได้ในระยะยาว เพื่อที่จะได้นำข้อมูลเชิงลึกมาใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

3. ศึกษาเจาะลึกถึงความต้องการการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละด้าน



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- กองระบาศาตราวิทยา. (2554). **“วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย”**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ. กิติพัฒน์ นนทบุรีทะเลกุล. (ผู้บรรยาย). (4-7 เมษายน 2532). **“เอดส์: สังคมและพฤติกรรม.”** ใน การประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 11(42-58).
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). **การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทนา พงษ์สมบุญ. (2539). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2550). **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์ โพรเกรสซีฟ.
- ดุสิตบูล บุตรลีทา. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ**. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดุริฎฐยา สมลีไล. (2550). **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บรรจง คำหอมกุล และคณะ. (2535). **คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดซ์ชั่น.
- เบญจมาภรณ์ ชุมแสง. (2553). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ และสุรัชชญา ประมินทร์. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ชุมชนหนองแวงไร่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารกรมการแพทย์**, 31(3), 324-333.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2531). **การใช้ยาในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคทะเล็ง** กรุงเทพฯ: อักษร-บัณฑิต.
- ประภาพรณี สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ: การวัดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีระพัฒนา.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2531). **เอดส์ : กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- ปรีชา มนทกานติกุล. (2550). **โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์**. ใน ปรีชา มนทกานติกุล, ปรีชา สนธิสมบัติ, นววรรณ วิมลสารวงศ์ และสุทธิพร ภัทรชยากุล (บรรณาธิการ), **คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์**. (หน้า 15-34). กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- ปิยนุช บุญทอง. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ: สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไปรมาษณ์ ปิณฑจิตต์. (2544). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ภารดี นานาคิลป์ และพรรณวดี ตันติศิรินทร์. (2543). **ความเครียด การเผชิญความเครียด และการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์**. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มณี เพ็ญวิไล, วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์, วาริตา วิเศษสรรพ และนางลักษณ กิตติรุ่งเรือง.(2537). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื่อ อุณหเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). **การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2553). **พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- รัชนี ภูริสิทธิ์. (2545). **พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่ศูนย์เพื่อนเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลดาวลัย อุ้นประเสริฐ. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ลัดดา พลพุทธา. (2553). **พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, เชียงใหม่.
- วรารณ บัญเชียง, วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร และเอกรัตน์ บุญเชียง. (2551). ปัจจัยส่งเสริมการมีชีวิตร่วมยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. **วารสารโรคเอดส์**, 21(1), 36-46.
- วิชาญ วิทยาคัย และประคอง วิทยาคัย. (2535). **เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดี.
- วีระ สุเจตน์จิตต์. (2550). **ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สมาชิกชมรมพลังแห่งความรัก โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศศิวิมล แก้ววิจิตร. (2548). **พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ในจังหวัดนครราชสีมา**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ฌ.ม. (พฤติกรรมศาสตร์ และการส่งเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ศิริวรรณ ล้นทัด. (2549). การพัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 24(3), 99-111.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วิศวิสิณจำกัด.
- สุจินดา สุขกำเนิด, สม นาสอำนาจ, ยงยุทธ ตรีนุชกร, บุญสวย ต่อชีพ และสุชิน เหลืองอุทัยรัตน์. (2545). **รายงานการวิจัยและพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยผ่านเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรี ไชยลังกา. (2550). ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 25(4), 283-294.
- สุดารัตน์ วรรณสาร. (2541). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์**. วิทยานิพนธ์ ฌ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรเกียรติ อชานุกาพ. (2541). **วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุดจิตร แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา, และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). อาการและการจัดการอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้. **วารสารโรคเอดส์**, 18(1), 42-56.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เสมอจันทร์ อະนะเทพ. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาโดน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ อุดมพร. (2550). **การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี**. รายงานการศึกษาระยะ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Abel, E., Hopson, L., and Delville, C. (2006). **Health promotion for women with human immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome**. N.P.:n.p.
- Beare, P.G. and Myers, J.L. (1990). **Principles and Practice of Adult Health Nursing**. St. Louis:The C.V. Mosby Company.
- Bopp, C.M., Phillips, K.D., Fulk, L.J., Dudgeon, R. and Hand, G.A. (2003). Clinical Implications of Therapeutic Exercise in HIV/AIDS. **JANAC**, 14(1), 73–78.
- Bopp, C.M., Phillips, K.D., Fulk, L.J., Dudgeon, R. and Hand, G.A. (2004). Physical activity and immunity in HIV–infection individuals. **AIDS CARE**, 16(3), 387–393.
- Dunchy, C.A. (1991). **“Mental Health Needs of Clients A long the Continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infaction”**. N.P.:n.p.
- Flaskerud, J.H. and Ungvarski, P.J. (1995). **HIV/AIDS: A Guide to Nursing Care**. (3 ed.). W.B. United States of America: Saunders Company.
- Gellaitry, G., Cooper, V., Davis, C., Fisher, M., Date, H.L, and Horne, R. (2005). Patients’ perception of information about HAART: Impact on treatment decisions. **AIDS Care**, 17(3), 367–376.
- Hill, L. and Smith, N. (1985) .**Self–Care Nursing: Promotion of Health**. New Jersey: Prentice Hill.Inc.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Holmes, S. (2003). Nutrition plays key role in HIV/AIDS Care: FAO/WHO publish new manual for people living with HIV/AIDS. **Journal of Advanced Nursing**, 42(5), 430–433.
- Jones, D.L., Weiss, S.M., Bhat, G.J., and Bwalya, V. (2006). Influencing sexual practices among HIV-positive Zambian woman. **AIDS Care**, 18(6), 629–634.
- Kelly, J.A. and Lawrence, J.S. (1988). **The AIDS Health Crisis: Psychological and Social Intervention**. 2.ed. USA; Plenum press.
- O'Donnel, M.P. (2002). **Health Promotion in the Workplace**. 3rd ed. New York: Delmar Thomson Learning.
- Pender, N.J. (1982). **Health promotion in nursing practice**. New York: Appeton Century Croft.
- Pender, N.J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwalk: Appleton Century crofts.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. New York: Stamford, C.T.: Appeton and Lange.
- Pender, N.J. Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Phipps, W.J., et al. (1991). **Medical–Surgical Nursing Concept and Clinical Practice** (4 ed.). U.S.A; Mosby–Year Book Inc.
- Porter, K. et al. (1993). B“Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS.” **ritish American Journal**. 307(July 1993), 20–23.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ข้อมูลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

แบบฟอร์ม ECUPO4

สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่ HE.....



ข้อมูลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (participant information sheet)

ใช้ภาษาที่อาสาสมัครอ่านแล้วเข้าใจง่าย (ควรหลีกเลี่ยงภาษาทางวิชาการ และศัพท์เทคนิคที่มีความเฉพาะ)

1. ชื่อโครงการศึกษา (ภาษาไทย)

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย (การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร)

- เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบ
- เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. อธิบายเหตุผลที่อาสาสมัครได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

การทำโปรแกรมครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการพัฒนาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4. ขั้นตอนของการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล รวมถึงการทดลองใด ๆ และการนำเครื่องมือเข้าไปในร่างกาย (invasive procedures)

นักวิจัย

- ประสานงานกับหน่วยงานโรงพยาบาลในการให้ข้อมูล
- ดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลตามแบบข้อมูลส่วนตัวและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ให้สุขศึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

อาสาสมัคร

- เข้าร่วมการวิจัยโดยการ ตอบแบบสอบถาม ในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและ

ภาคผนวก ข แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย



แบบฟอร์ม ECUP05

สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่ HE.....

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

(informed consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

(ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ต.ญ.,ต.ช.,นาย

,นางสาว).....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวพิชญา ติงาม เกี่ยวกับ

โครงการวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ

- วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยชาวเขากับผู้ป่วยพื้นราบ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ

ผู้วิจัยจะติดต่อไปยังกลุ่มสายธารรัก เพื่อนัดเวลา สถานที่ ที่จะดำเนินการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล

- ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ประสบการณ์ของข้าพเจ้าสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยชาวเขาและผู้ป่วยพื้นราบ อันจะนำไปสู่การการพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

- ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการได้แก่เหนื่ออ่อนเพลียและเจ็บป่วยทันทีระหว่างทำกิจกรรม และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้ผู้วิจัยทราบทันที (ขอให้ผู้วิจัยระบุรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ)

- ในกรณีที่โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขอให้คงข้อความนี้ไว้

“หากข้าพเจ้าถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ หรือสถานพยาบาลอื่น”

- ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่มีการเสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น

- ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งชุดใช้ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครขอโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

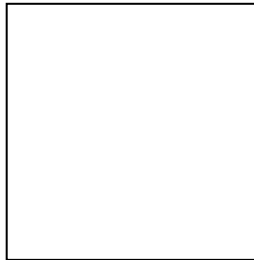
พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ :
- 1) ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และสามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย
 - 2) พยานต้องไม่ใช่ผู้วิจัย หรือผู้ร่วมวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการวิจัย
 - 3) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบาย ต้องไม่เป็นแพทย์ที่ทำโครงการวิจัยนี้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ
 - 4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวา

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....

(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

หมายเหตุ: ขอให้ผู้วิจัยระบุรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ



ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึก.....

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ”

“ ของนิสิตปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา” โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปเป็นประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่นำข้อมูลไปใช้ทางที่ก่อผลเสียแก่ผู้ตอบ จึงขอให้ตอบตามเป็นจริงให้ครบทุกข้อ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพการสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย / หย่า / แยก

4. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

5. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ

() ประถมศึกษาปีที่ (ระบุ).....

() มัธยมศึกษาปีที่ (ระบุ).....

() อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร (ระบุ).....

() ปริญญาตรี หรือสูงกว่า (ระบุ).....

6. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาชีพหลักคือ ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ | <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> งานบ้าน | <input type="checkbox"/> รับจ้าง (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> นักเรียน / นักศึกษา | <input type="checkbox"/> ค้าขาย (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เพียงพอเหลือเก็บ ไม่เพียงพอ
9. ปัจจุบันท่านอาศัย
- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตรหลาน) |
| <input type="checkbox"/> อยู่กับญาติ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
10. บุคคลใดบ้างที่ช่วยดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย
- ไม่มี มี เกี่ยวข้องเป็น.....
11. ท่านบอกใครบ้างว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี
- | | | |
|---------------------------------|--------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่บอก | | |
| <input type="checkbox"/> บอก | ... สามี / ภรรยา | ... เพื่อน |
| | ... บิดา / มารดา | ... อื่นๆ |
| | ... พี่น้อง / ญาติ | |
12. ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อ.....
13. ท่านคิดว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีจากสาเหตุใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> เพศสัมพันธ์ โดยติดจาก..... |
| <input type="checkbox"/> การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น |
| <input type="checkbox"/> จากการรับเลือด สาเหตุที่ต้องรับเลือด..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
14. การวินิจฉัยของแพทย์ในแง่ระยะเวลาการดำเนินโรค
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ |
| <input type="checkbox"/> มีอาการ (ระบุ)..... |

15. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () แพทย์ / พยาบาล () บุคคลในครอบครัว
() เพื่อน () หาความรู้เองจากสื่อต่างๆ ระบุ.....

16. ท่านแสวงหาแหล่งรักษาโรคจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () สถานบริการสาธารณสุข
() ซึ้อยามารับประทานเอง
() รักษาแผนโบราณ ระบุ.....
() อื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อต่อไปนี้จะเป็นการบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โปรดพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ ให้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นครั้งคราวบ่อยแต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านมักไม่ค่อยได้ปฏิบัติหรือนานๆ ครั้ง จึงจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

กิจกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป				
1. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 8 – 10 แก้ว				
2. ท่านแปรงฟันในตอนเช้าและก่อนเข้านอน				
3. ท่านสูบบุหรี่				
4. ท่านใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์				

กิจกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
5. ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในตัว ท่าน เช่น อ่อนเพลีย เป็นหวัด มีแผล ผิบริเวณ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย				
6. ท่านบ้วนปากหลังทานอาหารทุกครั้ง				
7. ท่านรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง				
8. ท่านล้างมือให้สะอาดภายหลังการถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะทุกครั้ง				
9. ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน และ ปัสสาวะตามปกติ				
การปฏิบัติด้านโภชนาการ				
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อ ร่างกาย เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ ครบ 3 มื้อต่อวัน และครบ 5 หมู่				
11. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจืด				
12. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
13. ท่านรับประทานอาหารที่สุกและสะอาด				
14. ท่านรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย				
15. ท่านดื่ม ชา กาแฟ				
16. ท่านดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น เครื่องดื่ม เกลือแร่				
17. เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพใน การปรับภาวะโภชนาการ				
18. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกครั้ง				
การออกกำลังกายและการพักผ่อน				
19. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์				
20. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง เป็นประจำ วันละ 20 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง				

กิจกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
21. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง				
22. เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย จะพยายามพักผ่อนและงดการมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก				
23. ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน เช่น ทำงานอดิเรก ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น				
รูปแบบการนอนหลับ				
24. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง				
25. ท่านนอนหลับสนิทตลอดคืน				
26. ถ้าท่านนอนไม่หลับจะอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ หรือ นั่งสมาธิ				
27. ท่านรับประทานยานอนหลับ ถ้านอนไม่หลับ				
28. ท่านตื่นนอนด้วยความสดชื่นและผ่อนคลาย				
การจัดการกับความเครียด				
29. ท่านพูดคุย ระบายข้อคับข้องใจและความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ				
30. ท่านพยายามทำตัวให้สนุกสนาน อารมณ์ดี				
31. เมื่อเกิดความวิตกกังวลท่านรับประทานยาคลายเครียด เพื่อลดความวิตกกังวล				
32. ท่านคลายเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือ ทำงานอดิเรกที่ชอบ				
33. ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้				
34. ท่านพูดคุยทางหลักศาสนาในการลดความวิตกกังวล				
35. ท่านไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้				
36. ท่านเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต				

กิจกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
37. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่า แห่งตน				
38. ท่านเอาใจใส่ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี				
39. ท่านได้ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม				
40. ท่านช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันต่าง ๆ เช่น การแต่งตัว การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร				
41. ท่านให้คำปรึกษาหรือขอแนะนำที่เป็น ประโยชน์ แก่สมาชิกในครอบครัว				
42. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ได้รับ มอบหมาย				
จุดมุ่งหมายในชีวิต				
43. ท่านมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต				
44. ท่านมีความหวังว่าตนจะไม่ติดเชื่อแทรกซ้อน อื่น ๆ				
45. ท่านปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น				
46. ท่านตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง ดีที่สุด เพื่อจะได้มีชีวิตที่ยืนยาว ไม่ต้องทุกข์ ทรมานจากโรค				
47. ท่านมีความหวังว่าจะสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างคนปกติ				
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น				
48. ท่านยังคงไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนา กับ เพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง				
49. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ขณะทีรอการตรวจ รักษาที่โรงพยาบาล				

กิจกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
50. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ตกแต่งบ้าน ปรุงอาหาร เป็นต้น				
51. ท่านทำตัวให้เป็นที่รักของบุคคลในครอบครัว เช่น ไม่หงุดหงิด โกรธง่าย ใจร้อน เป็นต้น				
52. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน				
53. ท่านบอกหรือติดต่อบุคคลใกล้ชิด เมื่อท่าน ต้องการความช่วยเหลือ				
การควบคุมสภาวะแวดล้อม				
54. ท่านจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาดและมี อากาศถ่ายเทสะดวก				
55. ท่านหลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์เลี้ยง				
56. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดต่อ เชื้อทางเดินหายใจ				
57. ท่านงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม ร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกรตัดเล็บ ไขมีดโกน				
58. ท่านจัดเครื่องใช้ อุปกรณ์ในห้องพักให้เป็น ระเบียบเรียบร้อย ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ				
59. ท่านทำความสะอาดห้องนอนทุกวัน				
การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ				
60. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ				
61. ท่านมารับบริการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด				
62. ท่านงดเว้นการซื้อยามารับประทานเอง				
63. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการ การรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง				
64. ท่านสนใจข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง				

ภาคผนวก ง เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อโครงการ	การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยชาวเขากับกลุ่มผู้ป่วยพื้นราบ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย The comparative of health promotion behaviors in HIV patient between hill tribe and lowland under treated in Wiang Kaen hospital, Chiang Rai province
ชื่อนิสิต	นางสาวพีชญา ตีงาม
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.สมคิด จูหว่า
เลขที่รับรองโครงการ	55 02 02 0036
เลขที่ยื่นขอโครงการ	HE 55-02-02-0031
สังกัดหน่วยงาน/คณะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ครั้งที่ 6/2555 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2555
วันสิ้นสุดการรับรอง	วันที่ 29 สิงหาคม 2556
ประเภทการรับรอง	รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

ชื่อย่อ อ.วิบูลย์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิบูลย์ วัฒนารัตน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยพะเยา



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	พีชญา ดิงาม
วัน เดือน ปี เกิด	4 กันยายน 2528
ที่อยู่ปัจจุบัน	103 หมู่ 11 ตำบลบ้านคู้ อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย 57100
ที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงแก่น อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2551	ส.บ. มหาวิทยาลัยนเรศวร
พ.ศ. 2549	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

