

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

A Causal Relationship Model of Positive Health Care Behavior in HIV Infected People in Nopparatjathanee Hospital

¹วันวิสาข์ ทิมมานพ

Wanwisa Timmanop

²พักตร์วไล เจริญศักดิ์

Phukvalai Charoensak

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Nopparatrajathanee hospital

³ลำพอง กลมกุล

Lampong Klomkul

⁴กุล โพธิ์ทอง

Koon Potong

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Mahachulalongkorn University

¹Corresponding Author Email: fonghong2523@gmail.com

Received May 15, 2020; Revised May 29, 2020; Accepted: May 30, 2020



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ เชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และตรวจสอบความ สอดคล้องของโมเดลกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 450 คน ตัวแปรแฝงที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ชนิดมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ผลการศึกษาพบว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี 2 โมเดล ดังนี้ 1) โมเดล ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย มีความสอดคล้องกับข้อมูล เชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการ ตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 9.41 p เท่ากับ 0.40 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 9 ค่าดัชนี ความสอดคล้อง : GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว : AGFI เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.010 ตัวแปรในโมเดลสามารถ อธิบาย ความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม ได้ร้อยละ 69 พฤติกรรมสุขภาพการ ควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้าน กาย โดยมีพฤติกรรมสุขภาพการ

ควบคุมโรคด้านจิตใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน 2) โมเดลความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 19.43 p เท่ากับ 0.79 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 12 ค่าดัชนีความสอดคล้อง: GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความ สอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว : AGFI เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.017 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย ได้ร้อยละ 100 พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย โดยมีพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิตใจเป็น ตัวแปรส่งผ่าน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ABSTRACT

The aims of this research were to make a causal relationship model of positive health care behavior in HIV-infected people who were cured at Nopparatrajathanee Hospital and to inspect the corresponding between the models and empirical data. The samples were 450 of HIV-infected people who were cured at Nopparatrajathanee Hospital. The latent variables used in the research were health care behavior on physical body, society, mentality and cognition. The research instrument was a questionnaire with rating scale, 5 levels, of positive health care behavior. The path analysis was used to analyze the data.

It was found that the 2 causal models, 1) a causal relationship model of positive health care behavior on physical body was corresponding to the empirical data considered by the result of inspecting statistical value of chi-square equaled to 9.41, p equaled to 0.40. At the degree of freedom equaled to 9. The goodness-of-fit index: GFI equaled to 0.99. The adjusted goodness-of-fit index: AGFI equaled to 0.97. Root mean square residual: RMR equaled to 0.010. The variables in the model could explain variance in the variable of health care behavior on society, 69 percent. Health care behavior on cognition effected on health care behavior on physical body. Health care behavior on mentality was a mediator of variable.

2) A causal relationship model of positive health care behavior on society was corresponding to the empirical data considered by the result of inspecting statistical value of chi-square equaled to 19.43, p equaled to 0.79. At the degree of freedom equaled to 12. The goodness-of-fit index: GFI equaled to 0.99. The adapted goodness-of-fit index: AGFI equaled to 0.98. Root mean square residual: RMR equaled to 0.017. The variables in the models could explain variance in the variable of health care behavior on physical body, 100 percent. Health care behavior on cognition effected on health care behavior on physical body. Health care behavior on mentality was a mediator of variable.

Keywords: Positive Health Care Behavior, HIV Infected People, Nopparatjathanee Hospital

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง ข้อมูลจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ.2552 พบผู้ป่วยเอดส์ 60 ล้านคน ทั่วโลก เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ 25 ล้านคน เฉพาะในแอฟริกาใต้ที่เดียวมีเด็กต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า เนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ถึง 14 ล้านคน (สปสช, 2553) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 มียอดผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 จนถึงตุลาคม 2557 ทั้งสิ้นจำนวน 388,681 ราย เสียชีวิต 100,617 ราย ร้อยละ 25.83 อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30-34 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั้งไปร้อยละ 45.51 มีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 83.75

(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) มีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและกลุ่มอาการของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (สมนึก สังฆานุภาพ, 2551) มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ จึงง่ายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ถ้าบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ แต่ถ้าบุคคลนั้นมิได้ดูแลตนเอง โรคก็จะกำเริบและลุกลามได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีการเจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น จนเข้าสู่ระยะโรคเอดส์เต็มขั้น และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด

นอกจากนั้นประชาชนทั่วไปมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อคือคนเลว คนไม่ดีและเป็นที่รังเกียจ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างยากลำบาก ไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว สังคม เพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจและอาจมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิด การถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (คันสนีย์ สมิตะเกษตริน และภัทระ แสนไชยสุริยะ, 2547)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแนวทางในการแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง เป้าหมายการรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน คือการกดเชื้อในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำที่สุด ด้วยการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่อง การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติตามคู่มือไปตลอดแผนการรักษา การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพได้นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดูแลสุขภาพกายและใจให้เกิดความสมดุลขณะที่ดำรงชีวิตในสังคมแต่ละวัน ด้วยการการบูรณาการกาย สังคม จิต และปัญญาแบบองค์รวม ในปี พ.ศ.2560 ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนไปเป็นโรคเอดส์ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่พฤติกรรมที่ควบคุมโรคด้วยกาย ด้านสังคม ด้านจิตและปัญญา

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องในงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อให้เข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก(วันวิสาข์ ทิมมานพ, 2560) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตน์

34 วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2563)

นราชาธานี จำนวน 450 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และตรวจสอบความตรงของโมเดลที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรม LISREL

ผลการวิจัย

พัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาสร้างเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรภายนอกแฝงและตัวแปรสังเกตได้

1.1 พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านปัญญา หมายถึง ความรู้ที่เป็นเหตุผล และนำมาใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ ปัญญาจากการฟัง อ่าน ปัญญาจากการคิด และปัญญาจากการกระทำ

- 1) ปัญญาจากการฟัง อ่าน ได้แก่ การมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมโรค
- 2) ปัญญาจากการคิด ได้แก่ ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพและ
- 3) ปัญญาจากการกระทำ ได้แก่ การมีความสามารถในการนำความรู้ไปแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพ

ได้

2. ตัวแปรภายในแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้

2.1. พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านจิต หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้

3 ตัวแปรคือ คุณภาพจิต สมรรถภาพจิต และสุขภาพจิต

- 1) คุณภาพจิต ได้แก่ ศรัทธา เมตตา และฉันท์
- 2) สมรรถภาพจิต ได้แก่ วิริยะ สติ และ
- 3) สุขภาพจิต ได้แก่ความสุขจากการมีปัญหาจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านกาย หมายถึง การไม่เบียดเบียนตนเองด้านกาย โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการบริโภค การมีวินัยในการมารับรักษา

1) ด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายเหมาะสม อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก และการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอและ

2) ด้านการบริโภค ประกอบด้วย การกินยาถูกต้อง อาหารเหมาะสม ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

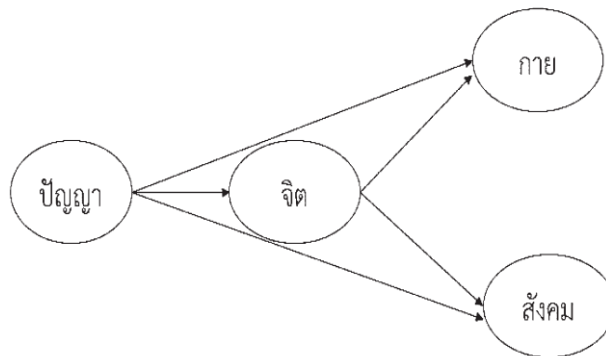
3) การมีวินัยต่อตนเอง ประกอบด้วย การกินยาตรงเวลา และมาพบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด

2.3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่นอน การมีวินัยต่อสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1) การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่นอน ประกอบด้วย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นการไม่รับเชื้อเพิ่ม ไม่แพร่กระจายเชื้อ เปิดเผยผลเลือดกับคู่ประจำ พาคู่ตรวจเลือดและพาเข้าระบบการรักษาเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

2) การมีวินัยต่อสังคม ประกอบด้วย การมีระเบียบในการอยู่ร่วมกัน

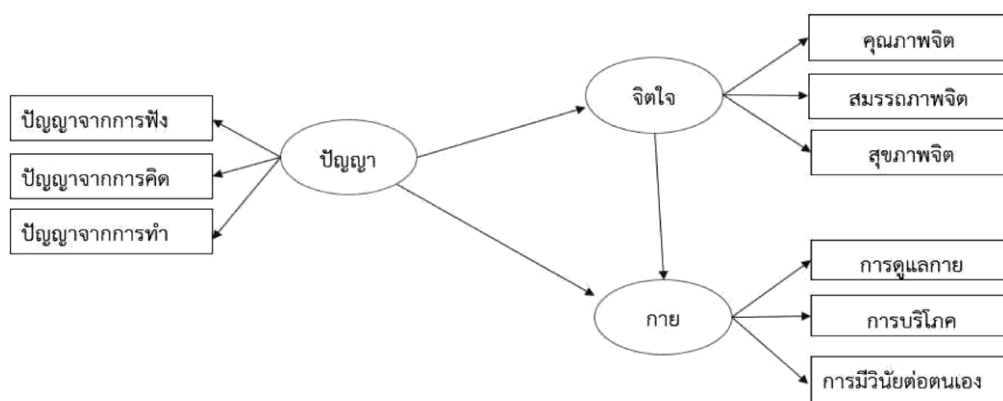
3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยการรู้จักสื่อสาร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือผู้อื่น และชักชวนผู้อื่นให้พัฒนา



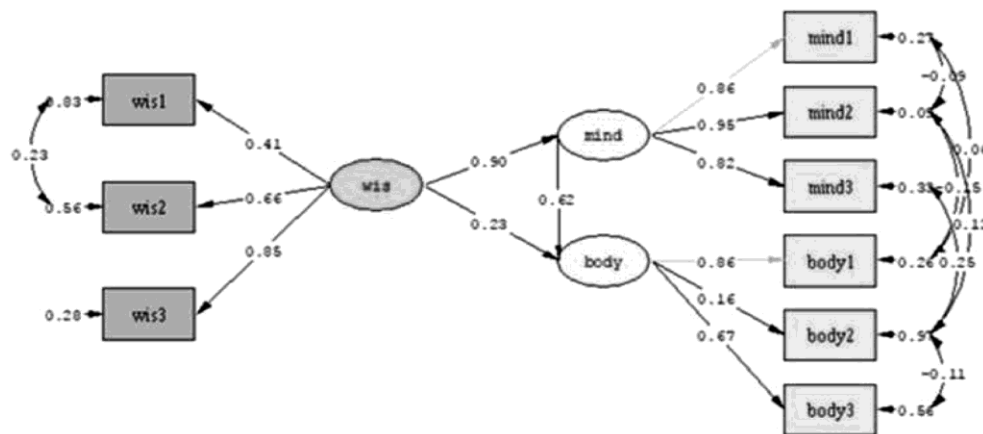
ภาพที่ 1 โมเดลพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

จากการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบ 2 โมเดล ดังนี้

1) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 9.41 p เท่ากับ 0.40 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง: GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว: AGFI เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.010 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคัม ได้ร้อยละ 69 พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย พบว่าอิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา ต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกายมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิต โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.90, 0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

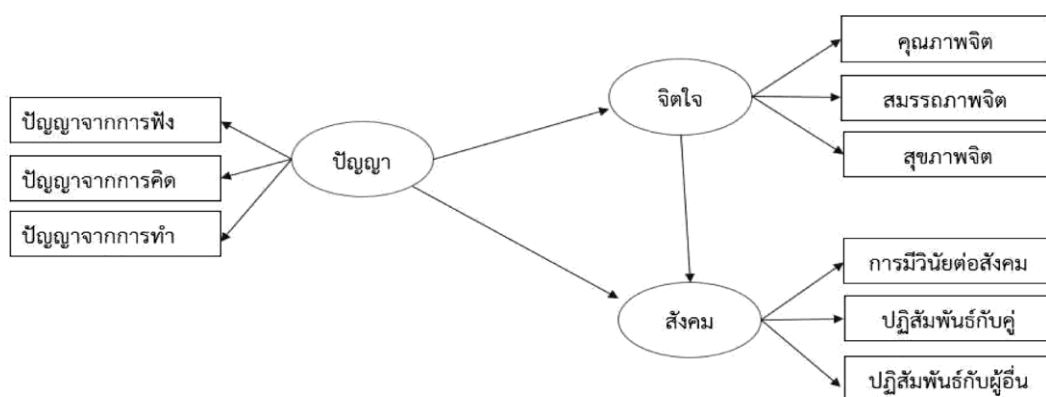


ภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย

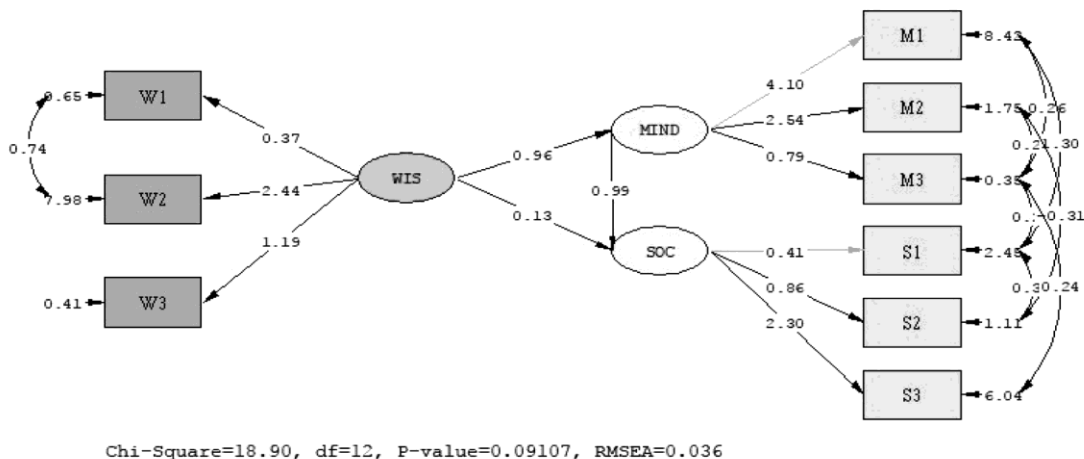


ภาพที่ 3 ผลการตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย

2) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 19.43 p เท่ากับ 0.79 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 12 ค่าดัชนีความสอดคล้อง : GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว : AGFI เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.017 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย ได้ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม พบว่าอิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา ต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิต โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพที่ 4 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม



ภาพที่ 5 ผลการตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม

อภิปรายผล

พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ประกอบด้วย การพัฒนาด้านกาย สังคม จิตและปัญญา ผู้มีปัญญาจะดำเนินพัฒนา พลชาติ, 2553) ชีวิตโดยใช้หลักรู้จักประมาณในการบริโภค มีความสามารถระวางการใช้อินทรีย์ ส่งผลให้พฤติกรรมได้รับการพัฒนาการมีเมตตา กรุณาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่คิดเบียดเบียนและคิดร้ายทำลายตนเองและผู้อื่น หมั่นพัฒนาตนให้ดำรงชีวิตอย่างมีสติอยู่กับปัจจุบัน สร้างความสุขทางใจให้กับตนเอง เกิดความสงบ ผ่องใสเกิดขึ้นในใจ (อายุษกร งามชาติ, 2553) ทำให้คุณภาพของจิตเกิดการพัฒนา มีสติสัมปชัญญะในการดำเนินชีวิต เกิดความคิดที่เป็นระบบคือการคิดอย่างมีเหตุผล รู้จักใช้ปัญญาในการแก้ปัญหาชีวิต ปัญญาจะทำให้สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดทุกข์ได้ ส่งผลให้มีความเป็นอยู่และชีวิตที่ดีงาม

การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีศรัทธาต่อการรักษาในปัจจุบันและบุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับฟังความรู้ เกิดปัญญาจากการฟัง และนำความรู้ที่ได้รับนั้นมาคิด พิจารณาไตร่ตรองทำให้เกิดศรัทธาในตนเอง เมตตาต่อตนเอง จึงหันมาสนใจต้องการดูแลสุขภาพเกิดเป็นฉันทะ แต่ระหว่างที่ดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันนั้น มีอุปสรรคมากมาย ผู้ที่มีเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องครบถ้วนและยอมรับว่ามีคนในสังคมที่ไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ก็จะสามารถเกิดวิริยะเข้าสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องได้ แต่ถ้าไม่มีเป้าหมาย หรือมีเป้าหมายแต่ไม่ครอบคลุมก็ไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้น ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้ต้องมีศรัทธาต่อตนเองและการรักษาในเรื่องการดูแลสุขภาพ สามารถยอมรับสภาพการติตราในสังคมและมีเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนในการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี (วันวิสาข์ ทิมมานพ, 2560)

พฤติกรรมการติตรายังมีอยู่ในสังคมแม้แต่ในสถานบริการทางการแพทย์ การติตราประกอบด้วยตัวนำให้เกิดการติตรา พฤติกรรมการติตรา ชนิดของการติตราและผลของการติตรา มีความเป็นพลวัตรที่เกี่ยวข้องกัน(William L. Holzemer et al, 2006) การติตราส่งผลต่อการดูแลสุขภาพพลตลง การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในระยะแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมจริงคุณภาพชีวิตจะเริ่มลดลง (Vu Van Tam et al, 2012) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลัวการถูกติตรา การถูกกดดันจากสังคม (Michelle R Kaufman et al, 2015), (Ingrid T Katz et al., 2013) ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำจากการที่สังคมไม่ยอมรับและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองก็ไม่ยอมรับและ

ไม่ให้ภัยคนที่รังเกียจการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ดุขฎี กวนคอนสาร, 2553) แต่ในการดำเนินชีวิตของคนต้องอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพได้ (เอี่ยมอร ชลวร, 2553) จากโมเดลพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกจะเห็นได้ว่าการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดปัญญา และมีจิตด้านคุณภาพจิต สมรรถภาพจิตและสุขจิตที่ดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านกายและด้านสังคมดีตามไปด้วย

บทสรุป

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ เชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย พบว่า อิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา ต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย โดยโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม พบว่า อิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา ต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เป็นพฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านกาย สังคม จิตและปัญญา โดยบูรณาการทุกด้านไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคลากรที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรมีความรู้ ทักษะให้สร้างและพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและให้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตัวแปรอื่นๆ ทั้งตัวแปรทางพุทธจิตวิทยา และตัวแปรทางจิตวิทยาร่วมสมัย ที่ส่งผลต่อการสร้างหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

2) ควรมีการทำวิจัยซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกด้วย เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพียงกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยที่ได้อาจยังไม่ใช่คำตอบของการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ ควรทำให้ครอบคลุมมากขึ้นเช่น สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคของประเทศไทย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานผลการดำเนินงาน. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.

ดุขฎี กวนคอนสาร. (2553). “พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2552). วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา

- การศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). (2559). **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วัฒนา พลชาติ. (2554). “ศึกษาวิเคราะห์วิธีการพัฒนาปัญญาตามแนวคิดของพระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตฺโต)”. **พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน และภัทระ แสนไชยสุริยะ. (2547). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง**. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). (2553). **คู่มือพยาบาลสำหรับปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2553**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมนึก สังฆานุภาพ. (2551). **การติดยาต้านไวรัสเอชไอวี**. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อายุขร งามชาติ. (2554). “การบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนภาวะบกพร่องทางความรัก”. **พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมอร ชลวร. (2553). “การพัฒนาปัญญาในพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Holzemer L. William. et al. (2006) “A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries”, **JAN Original Research**, 58 (.6), 541-551.
- Kaufman, R. Michelle. et al. (2015). “Health Behavior Change Models for HIV Prevention and AIDS Care: Practical Recommendations for a Multi-Level Approach”. **Acquire Immune Deficiency Syndrome**, 15 August, 2015, 250-258.
- Tam, Vu Van. et al. (2012). “Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: a Randomised controlled trial”. **Health and Quality of Life Outcomes**. 10 January 2012, 1-13.

