

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคเอดส์เป็นวิกฤตการณ์สำคัญประการหนึ่งของประเทศไทย นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 เนื่องจากโรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อ การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อและจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารกในครรภ์ การระบาดของโรคเอดส์เป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือการระบาดของเชื้อเอชไอวีหรือการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการระบาดของผู้ป่วยโรคเอดส์หรือการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ (อภิรดี เชมะวนิช, 2541: 2) โดยการระบาดทั้ง 2 ลักษณะเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง หรือมีการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสและกลายเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมถึงเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นหรือบุคคลใกล้ชิดทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้น

การระบาดของโรคเอดส์ในช่วงแรกระหว่างปี พ.ศ. 2527-2533 พบผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเพียงบางกลุ่มได้แก่กลุ่มชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติดและหญิงขายบริการทางเพศ (อ้อมใจ สิทธิจำลอง, 2542: 1) แต่ในเวลาต่อมาสามารถพบผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ทุกสาขาอาชีพ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้การระบาดของโรคเอดส์ขยายไปสู่กลุ่มคู่สมรส นักเรียนนักศึกษา รวมทั้งทารกแรกเกิดที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวี เป็นเหตุให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์และจิราภรณ์ ยาชมภู, 2541: 6)

การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมประมาณ 1,033,500 คน เสียชีวิตแล้วประมาณ 398,400 คน เหลือผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 635,100 คน และเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการดูแลรักษาพยาบาลประมาณ 51,800 คน โดยที่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ซึ่งแตกต่างจากที่สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2546 ว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมด 217,989 คน เสียชีวิตแล้วประมาณ 59,926 คน เหลือผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 158,063 คน และเป็น

ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการดูแลรักษาพยาบาลประมาณ 72,138 คน (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2546)

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ปัจจุบันยังไม่มียาป้องกันและรักษาให้หาย การมีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อจำนวนมาก จึงก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งจากการสูญเสียประชากรวัยแรงงานที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ สูญเสียงบประมาณของรัฐบาล ในการตรวจรักษาผู้ป่วยและคิดค้นวิธีป้องกันการระบาดของโรค (ชัยยศ คุณานุสนธ์, 2542: 3) และด้วยเหตุที่โรคเอดส์เป็นโรคที่มีระยะเวลาฟักตัวนาน กว่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการของโรคเอดส์ อาจต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับความทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นเวลานาน ทั้งจากความวิตกกังวลกลัวผู้อื่นจะทราบว่าเป็นตนเอง ติดเชื้อเอชไอวีและถูกรังเกียจ เกิดปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากขาดรายได้จากการหยุดงานเพราะมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลตนเอง เกิดความท้อแท้หมดหวัง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์ รวมทั้งไม่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้แก่ผู้อื่น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ, 2537: 3)

ผลกระทบของการระบาดของโรคเอดส์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) (เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์และจิราภรณ์ ยาชมภู, 2541:) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ฉบับปัจจุบัน ในอันที่จะลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย จากการติดเชื้อเอชไอวีและการเป็นโรคเอดส์ การให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการให้ศึกษาและประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในสถานบริการทางเพศและธุรกิจเพศพาณิชย์ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การขยายสถานบริการที่สามารถบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอาการของโรค รวมทั้งรณรงค์เพื่อป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างเต็มที่ แต่ปรากฏว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่น ๆ นั้น ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในด้านการค้นหาผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัสเชื้อ การควบคุมแหล่งแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากเมื่อค้นพบผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ รวมทั้งไม่สามารถกักกันตัวผู้ติดเชื้อได้ เพราะพาหะนำเชื้อ

คือมนุษย์ การกักกันและจำกัดสิทธิต่างๆ ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ เนื่องจากเป็นการประกาศให้สังคมรับรู้ว่าคุณคนนั้นๆ ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นวิธีที่ถูกมองว่าไม่มีมนุษยธรรม เป็นเหตุให้การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (วชิระ สิงหะคเชนทร์และคณะ, 2544: 5)

ด้วยเหตุที่การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์ มีสาเหตุมาจากการได้รับเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อ ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในอันที่จะไม่รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อลดอัตราการป่วยและยืดระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเอดส์ให้ช้าลง รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลใกล้ชิดหรือผู้อื่น เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ จึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพสำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่จะบ่งบอกถึงความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดังกล่าว อาจเกิดจากค่านิยมที่ได้รับการปลูกฝัง หรือประสบการณ์จากผลของการปฏิบัติที่แล้วมา จากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง หรือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มชมรม (ปิยวรรณ คำพันธ์ุ, 2542: 13) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปลูกฝังค่านิยมและมีประสบการณ์แตกต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่แตกต่างกัน

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ขึ้น โดยผู้ให้บริการอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์จิตใจและด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับทราบข้อมูล และวิธีการปฏิบัติตนเมื่อติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองน่าจะมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งทำให้ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวางแผนป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของภูมิหลังของประชากรที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเชิงทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1.3.1 แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าของมนุษย์ ซึ่งบ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของมนุษย์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ (นิลบล ไทยรัตน์, 2542: 22) โดยปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งเร้าดังกล่าว อาจเป็นปฏิบัติที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การพูด การแสดงกิริยาอาการต่างๆ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมภายนอก และเป็นปฏิบัติที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างช่วยในการวัดได้ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมภายใน เช่น อัตรการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้เป็นต้น พฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งเร้าเดียวกัน อาจมีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้ โดยปฏิบัติที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านใด ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านนั้น เช่น พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง ปฏิบัติที่แสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงหมายถึง ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเป็นต้น (พันธุทิพย์ รามสูต, 2540: 141-142).

พฤติกรรมสุขภาพ ตามความหมายของ กมลวรรณ หวังสุข (2541: 9) หมายถึง การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมเพื่อป้องกันการเกิดโรค

ในขณะที่ นิลบล ไทยรัตน์ (2542: 22) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่ยังมีสุขภาพดี และไม่มีอาการของโรคได้กระทำ โดยมี ความเชื่อว่า การกระทำนั้นๆ จะทำให้ตนมีสุขภาพดี และไม่เกิดการเจ็บป่วย

พันธุทิพย์ รามสูต แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น พฤติกรรมอนามัย พฤติกรรม เจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ ดังนี้ (พันธุทิพย์ รามสูต, 2540: 154 - 158)

1. พฤติกรรมอนามัย (Health behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล ที่มีภาวะสุขภาพปกติ หรือไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย ทั้งที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะ ไม่เสี่ยงได้ปฏิบัติ เพื่อส่งเสริม ค้ำครอง ป้องกันการเกิดโรค อันตรายหรือภาวะทุกขภาพ (ill health) ที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และได้สารอาหาร ครบถ้วน การออกกำลังกาย การใส่เข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ รวมทั้งการไป ฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ การพาบุตรไปตรวจสุขภาพและรับภูมิคุ้มกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็น พฤติกรรมป้องกัน

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลซึ่ง รับรู้จากการประเมินและตัดสินใจถึงภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ หรือเบี่ยงเบนไปของตนเอง ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติและแสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ปรีกษาบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง บุคลากรทาง การแพทย์ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมที่แสดงออก ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากค่านิยม ที่ได้รับการปลูกฝังมา หรือจากการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทาง ปฏิบัติ (practical reason)

3. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (sick role behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล ซึ่งถูกวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาว่าเป็นคนเจ็บ ได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ตน ได้ถูกกำหนด เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การ ควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น

ในขณะที่ Pender (1996: 259) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภทคือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง พฤติกรรมหรือการ ปฏิบัติของบุคคล เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและรักษาไว้ ซึ่งภาวะสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health prevention) หมายถึง พฤติกรรมที่จะ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค โดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเกิดโรค

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือเกิดโรคกระทำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วยและเกิดโรค

1.3.2 แนวคิดด้านการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ด้วยเหตุที่ในปัจจุบันโรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้น พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถป้องกันการเกิดอาการป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลใกล้ชิดและผู้อื่น ซึ่งเป็นวิธีป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ได้ดีที่สุด โดยแนวทางในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีดังนี้ (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541: 14-15)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเอชไอวี จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่บุคคลใกล้ชิดและผู้อื่น ซึ่งสามารถป้องกันได้โดย

1.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ คู่สามีภรรยาของผู้ติดเชื้อ ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ถ้าจำเป็นควรใช้ถุงยางอนามัย และเลือกวิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

1.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเลือด ได้แก่ การงดเว้นการใช้เข็ม และกระบอกฉีดยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับบุคคลอื่น บุคคลใกล้ชิดผู้ติดเชื้อหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ จากการถูกเข็มหรือของมีคมที่ใช้กับผู้ติดเชื้อที่มด้า

1.3 การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ประมาณร้อยละ 30 ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับเชื้อจากมารดา ดังนั้น หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ โดยการคุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมัน หรือใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติมากที่สุด โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม เพื่อป้องกันการเกิดอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงภาวะทุพโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การตั้งครรภ์ ความเครียด รวมทั้งดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และมาพบแพทย์ตามนัด

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการรุนแรงขึ้น หรือมีการติดเชื้อที่ปรากฏอาการจนกลายเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจมาก ต้องมีการสนับสนุนให้ครอบครัว ญาติที่น้อง ตลอดจนเพื่อนผู้ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยังไม่เกิดอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ สามารถป้องกันโรคเอดส์ได้ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ เพื่อป้องกันตนเองจากการป่วยเป็นโรคเอดส์ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลใกล้ชิดและผู้อื่น โดยที่พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่จะเป็นตัวชี้้นำให้เกิดการตัดสินใจหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

1.3.3 แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานของบุคคลนั้นๆ ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับความรู้และการรับรู้ โดยที่การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา ที่เกิดขึ้นจากการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ และส่งผ่านข้อมูลจากสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูลด้วยกระบวนการจดจำและแปลความหมาย และมีพฤติกรรมแสดงออกที่สนองตอบการรับรู้จากสิ่งเร้านั้นๆ (กิ่งแก้วไชยเจริญ, 2543: 27) ความเชื่อและการรับรู้ที่มีผลมาจากประสบการณ์ในอดีต ทั้งทางตรงและทางอ้อม จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลแต่ละคน สามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมา ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (ปิยวรรณ คำพันธ์, 2542: 23)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการอธิบาย เพื่อทำความเข้าใจถึงพฤติกรรม และการปฏิบัติของมนุษย์ มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin (1944) ที่เชื่อว่าการรับรู้ หรือความเชื่อของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ เมื่อคิดว่าสิ่งนั้นจะส่งผลดีต่อตน และจะหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา หรือจะส่งผลที่ไม่ดีต่อตน (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540: 169) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลที่ปฏิบัติ เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคซึ่ง

Rosenstock (1974: 3) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1950 โดยอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคที่แต่ละบุคคลปฏิบัตินั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่า

1. ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีต่อตนเอง ในด้านการลด

โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของการเป็นโรค โดยที่การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควร มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวก และความกลัว เป็นต้น

Rosenstock (1974: 3-4) ได้สรุปปัจจัยของความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคลไว้ดังนี้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา Becker และคณะ (อ้างใน Rosenstock, 1974: 6) พบว่า นอกเหนือจากปัจจัยด้านการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งภายหลัง Rosenstock (1974: 3-7) ได้พัฒนาปัจจัยของความเชื่อด้านสุขภาพของตนเอง และปัจจัยอื่นๆ ของ Becker และคณะเป็นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคล โดยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ Rosenstock พัฒนาขึ้นมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ การคาดคะเน หรือการยอมรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการสัมผัสโรคมากน้อยเพียงไร ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคล ซึ่งประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนว่า โรคนั้นๆ จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วย เสียชีวิต ความพิการ ความยากลำบากในการรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อบทบาทของตนเอง ในครอบครัวและสังคมเพียงใด การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพียงอย่างเดียว ก็อาจไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน ถ้าบุคคลไม่ได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมกันเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat)

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived benefits-barriers to take action) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมป้องกันว่าทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ไม่เกิดการเจ็บป่วย หรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็ว ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้ โดยที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันก็ต่อเมื่ออุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวกสบายที่ต้องเสียไป ค่ำค่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

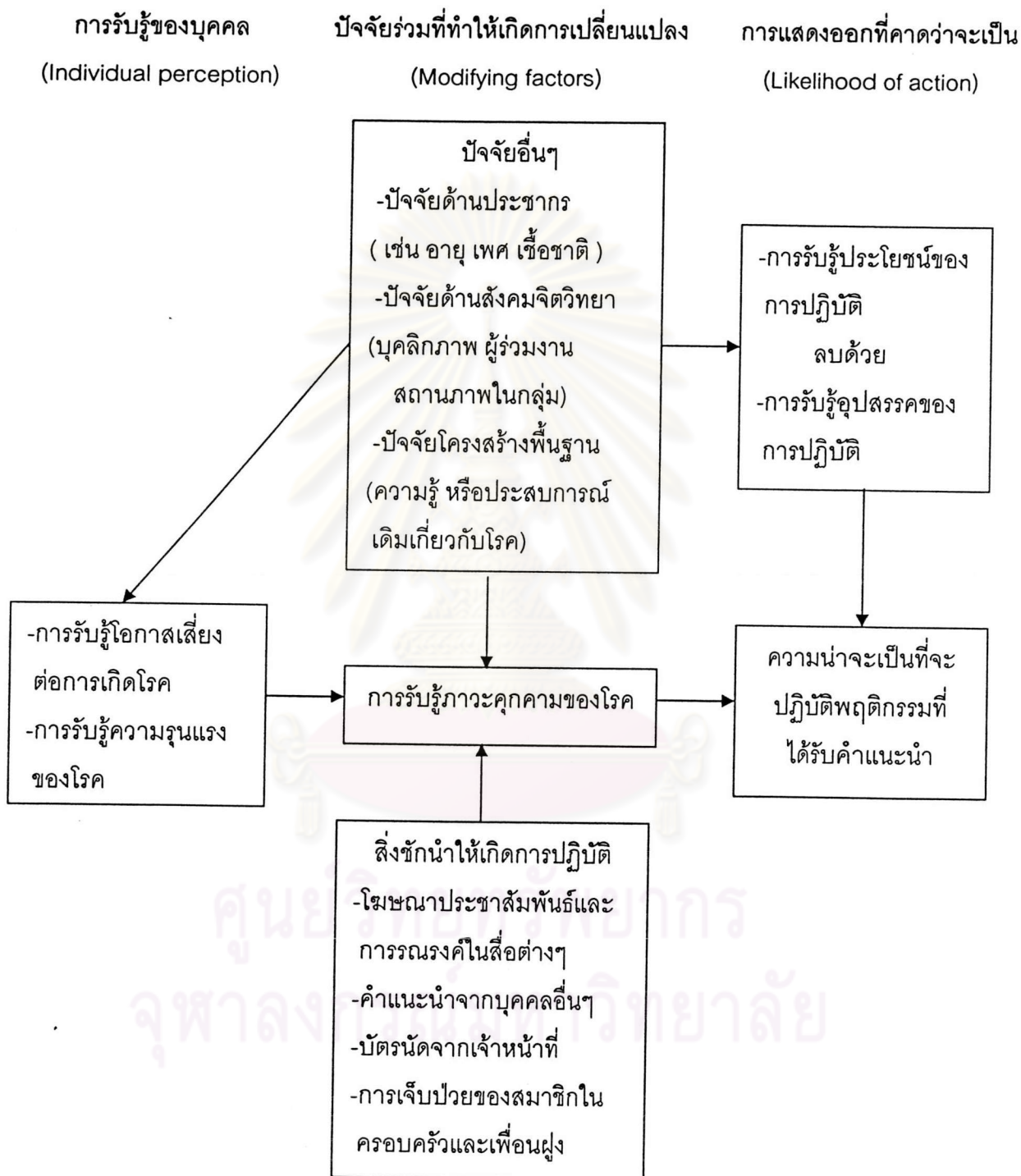
4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ อาจเป็นสิ่งชักนำภายในที่เกิดในตัวบุคคลนั่นเอง เช่น การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดจากสิ่งชักนำภายนอก ที่ได้จากคำแนะนำของบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว เพื่อนฝูง ข่าวสารจากสื่อมวลชนแขนงต่างๆ

5. ปัจจัยอื่นๆ (Other variables) หมายถึง ปัจจัยด้านประชากร สังคมจิตวิทยา ประสพการณ์ที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค และมีผลโดยอ้อมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา เช่น ครอบครัว สังคม กลุ่มเพื่อน การศึกษา เป็นต้น

จากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ดังแผนภูมิต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกัน



ที่มา: The Health Belief Model (Rosenstock, 1974: 7)

จากแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพจะเห็นได้ว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันของบุคคลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ คำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ และสถานภาพของบุคคลในกลุ่ม ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันที่แตกต่างกัน โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันของบุคคลดังนี้

1.3.4 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การเงิน เวลาและแรงงาน เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา และทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทางที่สังคมต้องการ (Caplan, 1974: 39)

การสนับสนุนทางสังคมตามความหมายของ อูร์พันท์ อนุวุฒิเนาวิน (2539: 39) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความผูกพันจากบุคคลอื่นในสังคม ได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า การได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ของบุคคลนั้น โดยการสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ จากสังคมที่ประกอบไปด้วย ครอบครัว เพื่อนฝูง ครูอาจารย์ และบุคลากรในอาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในขณะที่ Thoits (1982: 147-148) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้น สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และความเครียดได้เร็วขึ้น

สมจิต หนูเจริญกุล (2536: 13) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การดูแลรักษา การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการปฏิบัติของบุคคลนั้น
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ความสำคัญ ความมั่นใจ ความรู้สึกสามารถพึ่งพาและไว้วางใจ ที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกได้รับความรักความเอาใจใส่ มีที่พึ่งที่สามารถไว้วางใจได้
3. การสนับสนุนทางด้านวัตถุประสงค์ของ (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม โดยการให้วัตถุประสงค์ของ หรือการบริการต่างๆ

อุบล นิวัติชัย (2527: 286-291) แบ่งกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ หมายถึง ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้ที่รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง บุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ
3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มที่จัดขึ้นโดยผู้มีหน้าที่ส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ในขณะที่ เฉลิมพล ตันสกุล (2541: 71-72) แบ่งกลุ่มที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน (เฉพาะในเขตชนบท) จะมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม
2. กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มเพื่อนในชั้นเรียน กลุ่มเพื่อนที่ทำงาน กลุ่มสมาคม ชมรม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีระเบียบ มีกฎเกณฑ์ให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามพฤติกรรม ที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม โดยในกลุ่มทุติยภูมิจะมีกลุ่มปฐมภูมิแฝงไว้ด้วยเสมอ

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลอื่นในสังคม ทั้งในด้านความเห็นใจ ความพึงพอใจ การยกย่อง ความช่วยเหลือด้านข่าวสาร สิ่งของและด้านอารมณ์จิตใจ ที่จะทำให้นบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนดังกล่าว ปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาที่กำลังเผชิญได้อย่างเหมาะสม

1.3.5 แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตามความหมายของ นันทา เกียรติกังวาล (2540: 24) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน ซึ่งมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่างๆ ตลอดจนอภิปรายหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆ กันภายในกลุ่ม

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ที่นำมาใช้ในระบบการให้บริการสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่า บุคคลมีศักยภาพและความสามารถ ในการดูแล

และพัฒนาตนเองได้ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นสิ่งที่คุณต้องการ แต่ในภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียหรือมีเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรง จะส่งผลให้คุณไม่สามารถปรับตัว เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเองได้ หรือมีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์จิตใจ หรือวัตถุประสงค์ของ จึงเป็นการสนับสนุนทางทางสังคม ที่จะช่วยทำให้คุณนั้นๆ สามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Naiyanan Techavanit, 2001: 29; Newton, G., 1984: 27)

กลุ่มผู้ติดสุรา ถือเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นเป็นกลุ่มแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1935 เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดสุรา ให้สามารถเลิกดื่มสุราได้ ต่อมาจึงได้มีการก่อตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองรูปแบบอื่นตามมา เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรเป็นต้น โดยการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองดังกล่าว มีวัตถุประสงค์หลักในการช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม ที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน ให้สามารถปรับตัว เพื่อแก้ไขปัญห หรือเผชิญภาวะวิกฤติของตนเองได้อย่างเหมาะสม กล่าวกันว่าชาวอเมริกันกว่า 16 ล้านคน เป็นสมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากปัจจุบันได้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สำหรับทุกภาวะวิกฤติในชีวิตของคุณบุคคล เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้หย่าร้าง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นต้น (Alley, N. M. and Foster, M. C., 1990: 1383)

สำหรับประเทศไทย "ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง" ของโรงพยาบาลศิริราช เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มแรกที่จัดตั้งขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2526 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง ที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งในภายหลังก็ได้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคนี้อื่นๆ ในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลวชิระ เป็นต้น (นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540: 33)

สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่จัดตั้งขึ้นเป็นกลุ่มแรกคือ "ชมรมเพื่อนวันพุธ" ของศูนย์ประสานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอดส์แห่งประเทศไทย โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้มารับบริการ โดยผู้ให้บริการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถขอรับบริการ ได้ทั้งทางโทรศัพท์ และที่ชมรมเพื่อนวันพุธ ซึ่งตั้งอยู่บริเวณภายในสภากาชาดไทย (พเยาว์ ศรีแสงทอง, 2539: 34)

การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองดังกล่าว จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือ ทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ ที่จะทำให้สามารถยอมรับการเป็นผู้ติดเชื้อ หรือการเป็นผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เพิ่มความหวัง และสามารถพัฒนาทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเต็มศักยภาพ (Corey and Corey, 1992: 369 อ้างถึงใน อังคณาและคณะ, 2538: 13)

ปัจจุบันกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดตั้งขึ้น ทั้งจากหน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกลุ่มแตกต่างกัน เช่น เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือด้านจิตใจ และเพื่อให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ (อังคณา สรียาภรณ์และคณะ, 2538: 3) โดยกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวมีหน้าที่หลักในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จึงได้จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ขึ้น เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสามารถป้องกันการเกิดโรคเอดส์ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลใกล้ชิดและผู้อื่นได้ (กมลวรรณ หวังสุข, 2541: 23)

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่สำคัญอย่างหนึ่งของบุคคล ที่อาจจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

1.3.6 แนวคิดปัจจัยด้านประชากรกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรค

แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านประชากรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันของบุคคล โดยปัจจัยด้านประชากรหรือภูมิหลังของประชากรมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมป้องกันของบุคคลดังนี้

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างทางสรีระร่างกายของบุคคล ทั้งนี้ เป็นผลมาจากความแตกต่างของยีนหรือฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรง มีลักษณะของความแข็งแรง มั่นคง ในขณะที่เพศหญิงมีโครงสร้างที่บอบบาง มีลักษณะของความนิ่มนวลอ่อนไหวง่าย ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางความคิด การดำเนินชีวิตทางสังคม (อารยา พชรบัณฑิตย์, 2543: 43) นอกจากนี้ เพศยังมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้มากกว่าเพศหญิง (Pender, 1996 อ้างถึงในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542: 27) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลให้ สติปัญญาแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจส่งผลให้เพศชายมีความสามารถในการรับรู้ ข่าวสารดีกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองและ สมาชิกในครอบครัวมากกว่าเพศชาย (ณิชกานต์ ชันขาว, 2543: 30) ดังนั้น เพศน่าจะเป็นปัจจัย สำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2. อายุ อายุเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างของการรับรู้และพฤติกรรมของ บุคคล กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต ดังนั้น บุคคลที่มีอายุ แตกต่างกัน มีการรับรู้แตกต่างกัน ย่อมต้องมีการตัดสินใจเลือกที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น (นิลกุล ไทยรัตน์, 2542: 31) และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลจะลดลงในวัยสูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึง ในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542: 28) ดังนั้น อายุน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ เรื่องการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลให้สามี หรือภรรยาได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านวัตถุดิบของและอารมณ์จิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ บุคคลมีการรับรู้และมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการ กระตุ้น และได้รับการช่วยเหลือให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากกว่า (ณิชกานต์ ชันขาว, 2543: 30) ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและมี พฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

4. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาคำความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง โดยทั่วไปบุคคลที่ มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ และพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า

(ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542: 29) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ดังนั้น ระดับการศึกษาน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

5. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิต เอื้ออำนวยให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่ดี ทั้งในด้านโภชนาการ การแสวงหาความสะดวกสบายต่างๆ รวมทั้งการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยบุคคลที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้ดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มาก และมีการรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี จึงมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ที่มักต้องทำงานหนัก เพื่อหาเงินในการดำรงชีวิตประจำวันให้อยู่รอดมากกว่าการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค (Caldwell et al., 1970: 587 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ แจกสกุล, 2544: 68) ดังนั้น รายได้น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

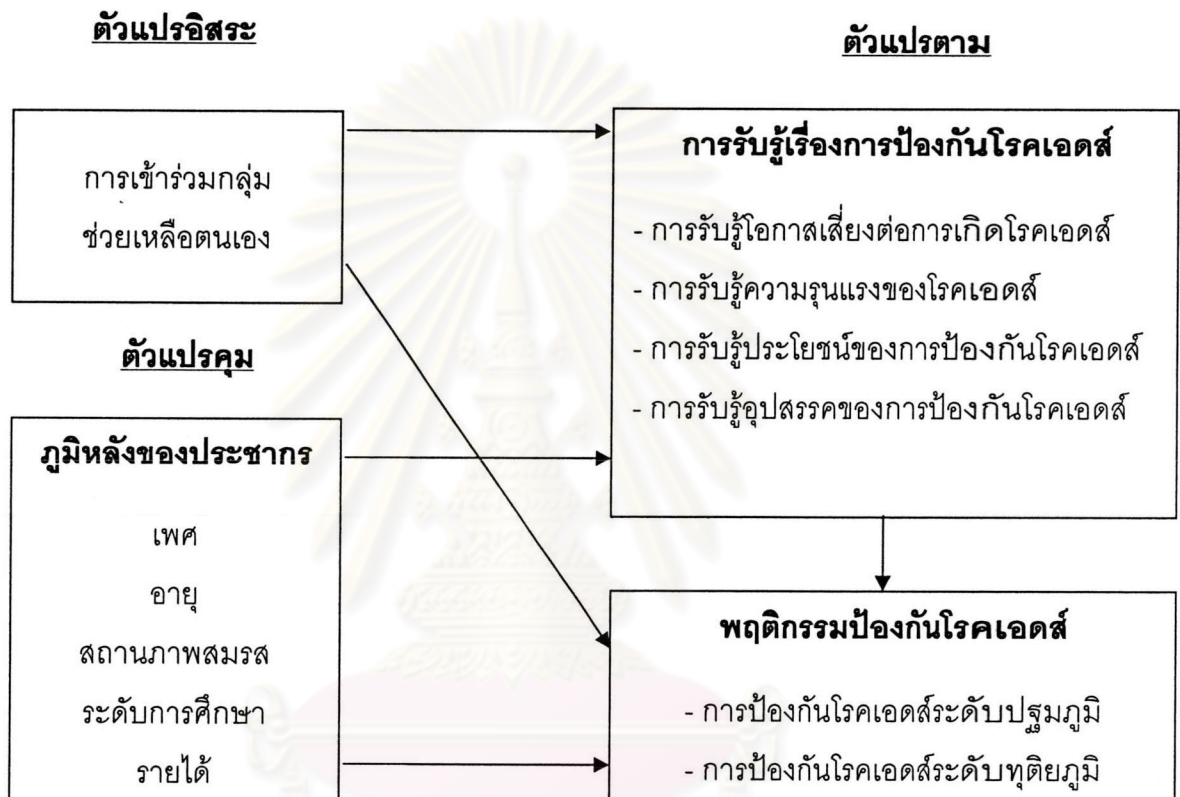
จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคล มักจะผันแปรตามภูมิหลังของประชากร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำภูมิหลังของประชากรมาเป็นตัวแปรคุม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์กับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

1.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวคิดเพื่อกำหนดกรอบของการศึกษา ด้วยเหตุผลที่ว่า การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองน่าจะมีผลต่อการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์) และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ (ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับปฐมภูมิและ

พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับทุติยภูมิ) โดยนำภูมิหลังของประชากร (ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้) มาเป็นตัวแปรคุม ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดของการศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



1.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์) และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ (ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับทุติยภูมิ) และภูมิหลังของประชากร (ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้) ดังนี้

1.5.1 การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรค

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การรับรู้เรื่องการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังเช่นการศึกษาของจิราวัฒน์ จินวัฒน์ (2541: 64) ที่ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เข้าร่วมกลุ่ม และไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า สตรีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าสตรีที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาของ สุรณีย์ ช่างเสวก (2539: 65) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านหลังการรักษาตาด้วยเลเซอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของการรักษา การรับรู้ผลดีและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา และมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ หวังสุข (2541: 76); นิชกานต์ ชันขาว (2543: 48); สุกิจ ภูรัก (2539: บทคัดย่อ) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรค และมีคะแนนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอภิรดี เขมะวนิช (2541: 54) เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลแม่อนันต์ โรงพยาบาลหางดงและศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การได้รับบริการตรวจสุขภาพ ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่ถูกต้องจากกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปแนวโน้มได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี น่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.5.2 ภูมิหลังของประชากรกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังของประชากรกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้หลายคน ดังเช่น Ratanaporn Ruangtip (2000: 50) ที่ศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพนักงานธนาคาร พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพนักงานธนาคารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536: 74) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนของมารดา เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของ จุฑามาศ เฉลิมพล (2540: 78) พบว่า อายุ และความเชื่อด้านสุขภาพของมารดามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ บุรณี ชีพบริสุทธิ (2540: 76) ที่พบว่า รายได้และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้บริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540: 70) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิง

ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว

การศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากผลการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบุญ (2539: 78-79) เรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว และการศึกษาของ ภาวิณี โภคลินจำรูญ (2543: 72-78) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในขณะที่อายุและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ ไพรมาษณ์ บดินทจิตต์ (2544: 57) เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถสรุปแนวโน้มได้ว่า ภูมิหลังของประชากรเช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา น่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำ ภูมิหลังของประชากรที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้มา เป็นตัวแปรควบคุมสำหรับการศึกษาคั้งนี้

1.6 สมมุติฐานการศึกษา

การศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งนี้ ได้ตั้งสมมุติฐานหลักและสมมุติฐานย่อยไว้ดังนี้

1.6.1 สมมุติฐานหลักเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สมมติฐานย่อย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.6.2 สมมติฐานหลักเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สมมติฐานย่อย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับปฐมภูมิดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับทุติยภูมิดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.6.3 สมมติฐานหลักเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่า น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ต่ำกว่า

สมมติฐานย่อย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่า น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับปฐมภูมิต่ำกว่าผู้ติดเชื้อที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ต่ำกว่า
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่า น่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับทุติยภูมิต่ำกว่าผู้ติดเชื้อที่มีคะแนนการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ต่ำกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ในการวางแผนปฏิบัติ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อรวมทั้งแผนงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่บุคคลใกล้ชิดผู้ติดเชื้อและผู้อื่น
2. เป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนเพื่อจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การรับรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย