

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง
3. แนวคิดครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์
5. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

AIDS ซึ่งในคำย่อของคำว่า Acquired Immund Deficiency Syndrome ซึ่งหมายถึงโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสชื่อ เอชไอวี (HIV) ซึ่งอยู่ในตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cellular Immunity) มีผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ที่รุนแรงตามมา เชื้อเอชไอวี (HIV – Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วเชื้อเอชไอวีจะจับกับเซลล์ในร่างกายโดยอาศัยการจับตัวระหว่างโปรตีนจีพี 120 (GP 120) ที่อยู่บริเวณเปลือกหุ้มตัวเชื้อเอชไอวีกับซีดีโฟร์ (CD4) ที่อยู่บริเวณผิวของที-ลิมโฟไซต์ (T-helper Lymphocytes) มีผลให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง ระดับภูมิต้านทานของร่างกายลดลงและเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ เช่น ปอดบวม สมองอักเสบ โรคผิวหนัง โรคกระดูกบางชนิด มักจะมีอาการรุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สาเหตุและอาการ

สาเหตุทำให้เกิดโรคเอดส์ คือไวรัสเอชไอวี ซึ่งเป็นสมาชิกของตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ซึ่งจัดเป็นไวรัสรูปทรงกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 90-120 นาโนเมตร

ที่มีเปลือกหุ้มใจกลางมีรูปทรงแท่ง (Bar) อันประกอบด้วย กรดนิวคลีโอโปรตีนเป็นแกนกลาง เป็นกรดนิวคลีอิกชนิด RNA ชนิดสายเดี่ยว มีลักษณะที่สำคัญคือมีเอนไซม์ Reverse Transcriptase และไวรัส HIV เป็นสมาชิกในตระกูลย่อย Lentivirus ซึ่งมีระยะฟักตัวเป็นเวลานานมีการติดเชื้อของ ไวรัสตลอดคือไม่มีช่วงปลอดเชื้อและทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมไป (ประพันธ์ กาญจนาค, 2551) ซึ่งทำให้เกิดอาการดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage or Carrier Stage) หรือเรียกว่า ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ คนไข้จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เลยระหว่างนี้ สุขภาพจะแข็งแรง สมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการ (แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งอาจจะหายได้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน) บางคนอาจจะอยู่ใน ระยะนี้ไป 2-3 ปี ก่อนที่จะเข้าระยะต่อไปแต่บางคนก็อาจจะไม่มีอาการอยู่ยาวนานถึง 10-15 ปี หรือนานกว่านั้นก็ได้ (โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี) คนไข้ทุกรายที่อยู่ในระยะนี้แม้จะไม่มีอาการแต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่น ๆ ได้

ระยะที่ 2 ระยะที่สัมพันธ์กับเดสส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC) ระยะนี้ นอกจากผลภาวะทางเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังต้องมีอาการอย่างใด อย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน) อ่อนแรง ร้องร้องเป็นเวลานานเกิน 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้ขาเรื้อรังและไขว้อ่อน มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม (Herpes Simplex) และวัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis) เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือเรียกว่า “โรคเอดส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมาก จนถึงจุดวิกฤตซึ่งร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ แม้แต่เชื้อที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายปกติได้เนื่องจาก เม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเหลือน้อยหรือเกือบหมดไป ทำให้มีการติดเชื้อโรคที่ตามปกติ ไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่ว่า มีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด อาการแสดงพบได้หลายในระบบของร่างกาย เช่น ถ้าปอดบวมจากเชื้อ Pncumocystis Carinii ก็จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราของทางเดินอาหารก็จะมีอาการเจ็บท้องคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus ก็จะมีอาการไข้ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง บางรายอาจจะมีมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) โดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำ ๆ ตามผิวหนัง หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ซึ่งพบ

เป็นก้อนโตตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้วส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนักโดยทั่วไปจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง 1-2 ปีโดยเฉลี่ย (ประพันธ์ กาญจนาค, 2551)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การใช้ยาด้านไวรัสในประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยเริ่มโครงการให้ยา Zidovudine (AZT) ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสชนิดเดียว (Mono Therapy) ต่อมามีการใช้ยาด้านไวรัสสองชนิด (Dual Therapy) และในปี พ.ศ. 2543 กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการใช้ยาด้านไวรัสด้วยการรักษาแบบใช้ยาสามชนิด (Triple Therapy) ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการพัฒนาสูตรยาด้านไวรัสชนิดต่าง ๆ เพื่อให้อาการไม่พึงประสงค์น้อยลงและให้เกิดความสะดวกต่อการรับประทานมากขึ้น (วันทนา มณีสรวงสกุล, 2547) ยาด้านไวรัสสังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ ลดการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี รักษาระดับเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันไม่ให้ลดต่ำลงมากเกินไป (ประพันธ์ กาญจนาค, 2551) ยาด้านไวรัสที่มีใช้ทางคลินิกในปัจจุบัน ประกอบด้วยยา 4 กลุ่ม (สำนักโรคติดต่อทั่วไปและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550) ดังนี้

1. กลุ่ม Nucleoside Analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ Zidovudine (AZT), Zalcitabine (DDC), Didanosine (DDI), Stavudine (D4T), Lamivudine (3TC) กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญของยากลุ่มนี้ คือ การแย่งจับกับ Human Immunodeficiency Virus-reverse Transcriptase (HIV-RT) Inhibitory Competitor และการหยุดยั้งการเรียงต่อกันของลำดับเบสของ DNA (Chain Terminator)

2. กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine, Efavirenz ยาในกลุ่มนี้ เป็นยาที่มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกัน แต่มีฤทธิ์แรงในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ Reverse Transcriptase (RT) ของ Human Immunodeficiency Virus-1 (HIV-1) เท่านั้น ไม่มีผลยับยั้งเอนไซม์ของ HIV-2 Hepatitis, Herpes Virus

3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ Saquinavir, Indinavir, Ritonavir และ Nelfinavir ยาในกลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี โดยยับยั้ง HIV-1 Protease

4. Fusion Inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide เป็นยาชนิดชนิดเดียว

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคมมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ในแง่ของเชื้อไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ($< 50 \text{ Copies/mm}^3$) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อหยุดการดำเนินโรค

และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้เพิ่มภูมิคุ้มกันกลับมาในแง่ของปริมาณ (จำนวนซีดีโฟร์) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ) จากการศึกษาของ สุภากรลักษณ์ และเลิศลักษณ์ ลิลาเรืองแสง (2548) เรื่อง ผลข้างเคียงของยา จีพีโอเควียร์ (GPO-VIR) ต่อระบบเม็ดเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มาจากการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง จำนวน 50 รายพบว่า หลังจากที่ได้รับยาจีพีโอเควียร์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน ไม่พบว่า มีผลข้างเคียงต่อระบบเม็ดเลือดแต่อย่างใด นอกจากนี้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลและระดับเซลล์ซีดีโฟร์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเชิงระบาดวิทยา เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและเป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาด้วยสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในอนาคตที่มีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว

การเกิดความล้มเหลวในการรักษาจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมการรักษาล้มเหลวได้มากและรุนแรงเพียงใด ได้แก่

1. ประสิทธิภาพของยา สูตรยาที่ไม่ดีพอ (Insufficient Antiviral Potency) ถ้ายาและสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ จะทำให้เกิดไวรัสดื้อยาและมีการเพิ่มปริมาณของไวรัสอย่างรวดเร็ว ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์จะค่อยๆลดลง ทำให้ประโยชน์จากการรักษามีเพียงช่วงสั้น ๆ (สัจชัย ขาสมนัดิ, ชำนาญที่เลิศพิริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์, 2548)

2. ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่มีพบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่าเสมอในการรับประทานยาอย่างแน่ชัด จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปว่า ลักษณะประชากรต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่าเสมออย่างไร โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Ammassari et al., 2001; Gordillo, Amo, Soriano, & Gonzalez-Lahoz, 1999; Howard et al., 2002; Spire, Souville, Leport, Raffi, & Moatti, 2002) ในด้านของระดับการศึกษา Golin, Liu, Hays, Miller, Beck, & Lckovics (2002) รายงานว่า ผู้มีระดับการศึกษาดำมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่าเสมอ ในด้านปัจจัยด้านการประกอบอาชีพพบว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถรับประทานยาสม่าเสมอดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ (Ammassari et al., 2001; Gordillo et al., 1999) ในด้านของรายได้พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่าเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา (วันทนา

มณีสรีวงศ์กุล, 2547) Bonolo, Cesar, Acurecio, & Ceccato (2004) พบว่า การไม่มีรายได้นั้นมีความสัมพันธ์ที่ลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับ Kleeberger, Phair, Strathdee, Detels, Kingsley, & Jacobson (2001) ซึ่งพบว่า การมีรายได้มีน้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ที่ลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Muoz-Moreno, Fuldr, Fumaz, Ferrer, Prez-Lvarez, Garrido, & Clotet, 2004) เช่นเดียวกับการดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้สม่ำเสมอมากกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ (Bonolo, Cesar, Acurecio, & Ceccato, 2004; Dole et al., 2004; วันทนา มณีสรีวงศ์กุล, 2547)

3. ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส เพื่อน หรือ คนในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถรับประทานยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน ซึ่งพบว่ารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Poor Adherence) แม้แต่การขาดยาเพียง 1 ครั้งก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสและก่อให้เกิดไวรัสดื้อยาได้ (สัญญา ขาสมบัติ และคณะ, 2548)

4. ปัจจัยทางเภสัชวิทยา (Pharmacologic) การใช้ยาโดยไม่ทราบปฏิกิริยาระหว่างยาและจากอาหาร ที่มีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย เช่น การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ร่วมกับ ยาต้านวัณโรค ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง การเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาทั้งที่ไม่รุนแรง และรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเอดส์กลัวและไม่กล้าใช้ยาต่อไป (อรรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

5. ปัจจัยด้านระยะเวลาของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมากแล้ว (Advanced Disease) การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก มักจะมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาและระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำมาก อาจได้ผลไม่ดีหรือล้มเหลวและอาจเป็นจากการที่ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ในร่างกายที่ต่ำเกินไปไวรัสสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับจำนวน เซลล์ซีดีโฟร์ได้ (สัญญา ขาสมบัติ และคณะ, 2548)

6. การมีเชื้อดื้อยาที่มีอยู่ก่อน (Pre-existing Mutation) โดยการได้รับเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยามาจากผู้อื่นตั้งแต่เริ่มต้นติดเชื้อเช่น อาจได้รับเชื้อมาจากผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์อยู่ โดยเฉพาะถ้าเป็นยา สูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดการดื้อยาและเมื่อมีการดื้อยาเกิดขึ้นจะทำให้ปริมาณไวรัสกลับสูงขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง ซึ่งนำไปสู่การเกิดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด (สัญญา ขาสมบัติ และคณะ, 2548)

สรุปว่า โรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกัน โรคทำให้ให้ภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง เป็นผลให้ติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น ปอดบวม วัณโรค หรือมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย รักษาในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งมีเป้าหมายในการรักษา คือยืดชีวิตผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุด และนานที่สุด เพื่อหยุดการดำเนินโรคและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาทำให้เพิ่มภูมิคุ้มกันโรคและลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม พบว่า การเกิดความล้มเหลวในการรักษาเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ประสิทธิภาพของยา/สูตรยา ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ปัจจัยด้านระยะเวลาของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมากแล้ว การมีเชื้อดื้อยาที่มีอยู่ก่อน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้การรักษาล้มเหลวและเกิดปัญหาผู้ป่วยเอดส์ดื้อยาด้านไวรัสในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกโดยบุคคล ที่จะป้องกัน รักษาหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพของตน มีอิทธิพลจากกรรับรู้สถานะสุขภาพ วิถีชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและวัฒนธรรมและเป็นกิจกรรมที่บุคคล ปฏิบัติ แสดงออกออกมา ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้ที่จะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน (วันเพ็ญ พูลเพิ่ม, 2550)

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การแปร่งฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพใน 4 กลุ่มพฤติกรรมด้วยกัน คือ (ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2544)

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลต่าง ๆ ไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพที่ดี และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยที่สุด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลในแต่ละวัย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดไปจนถึงวัยสูงอายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจของคนทุกเพศทุกวัย ตามสภาวะทางเศรษฐกิจแต่ละบุคคล หรือแต่ละครอบครัวและตามสภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละสังคม พฤติกรรมเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กและพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพของบุคคลทุกวัย

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและอื่น ๆ ด้วยที่จะทำให้บุคคลไม่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขปฏิบัติทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมเฉพาะการป้องกันโรคบางโรค พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา

1.3 พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับบุคคลและครอบครัวต่าง ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา ในอันที่จะช่วยเหลือและดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยและไม่พิการหรือเสียชีวิต พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วยของตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี และมีการแสวงหาบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกวิธี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยได้ในที่สุด

1.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มสุดท้ายที่มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น การควบคุมโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมหนองพยาธิ และการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น การนำเด็กไปรับการหยอดวัคซีน โปлиоในโครงการกวาดล้าง โปлио การนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือตัวอ่อนของยุงลาย การชั่งมั่งด้วยสารเคมีเพื่อควบคุมยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรคมมาลาเรีย การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลของบ้านเรือนต่าง ๆ อย่างถูกวิธี การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การจัดการสุขาภิบาลอาหารตามหลักการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น

2. พฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเป็นโรค เช่น การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เฉลิมพล ดันสกุล, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

ถึงแม้ว่าการมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ แต่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานหลายปี มีพลังใจ พลังกาย และความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ ถ้าหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม และได้นำมาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ จะทำให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีชีวิตยืนยาวขึ้นนั้น ล้วนจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1.1 การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลขั้นต้น ที่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เช่น อาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย กลืนลำบาก อาเจียน ปวดประสาทอักเสบ อาการนอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ มีไข้ อาการผื่นแพ้ คัน หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น มีไข้สูง เป็นแผลเปื่อย หรือเชื้อราอักเสบ ซึ่งอาการเหล่านี้ควรมาพบแพทย์ทันที (พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, 2546)

1.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ได้ผลดี จะต้องรับประทานยาสม่ำเสมอทุก 12 ชั่วโมง 95 ขึ้นไปนั่นคือ ถ้ารับประทานวันละ 2 ครั้งใน 1 เดือน จะลืมรับประทานมากกว่า 3 ครั้งไม่ได้ ซึ่งความสม่ำเสมอ (Adherence) เป็นพฤติกรรมและเป็นความสามารถของแต่ละผู้ป่วยในการที่จะประพฤติปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจ มีการรับประทานอย่างถูกต้องได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลา และวิธีในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ตลอดจนการตัดสินใจในการใช้ยา มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (เรือเอกหญิง สุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารหลักทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคและมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น (ธิดาพร จิระวัฒนไพศาล, 2547) ผู้ป่วยเอดส์พบว่า ซีดีโฟร์ในร่างกายมีการลดจำนวนที่ช้าลง ควรรับประทานอาหารที่สุก สะอาด และปรุงเสร็จใหม่ ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้สารเคมีเจือปนมากและควรดื่มน้ำที่สะอาดมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จะทำให้ร่างกายสดชื่น เพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจ การขับถ่ายสะดวก น้ำดื่มควรเป็นน้ำดื่มเดือดนานอย่างน้อย 15 นาทีเพื่อฆ่าเชื้อโรค ผู้ป่วยเอดส์ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้ไขมันสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

PIs จะเกิดผลข้างเคียงของยา คือไขมันย่ำที่ มีการเพิ่มของไตรกลีเซอไรด์โคเรสเตอรอลในเลือด และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) ผู้ป่วยเอดส์ควรรับประทานอาหารมากกว่าคนปกติ 10% เพื่อให้ได้รับพลังงานเพียงพอกับภาวะติดเชื้อที่มีอยู่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน การออกกำลังกายควรพิจารณาตามสภาพร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหมเกินไป (สุริพรชนศิลป์, 2538) ส่วนการพักผ่อนนั้นรวมไปถึงด้านร่างกายและจิตใจ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอในผู้ป่วย ควรมีการนอนในกลางวันและการนอนหลับอย่างต่อเนื่องคืนละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อร่างกายให้มีพลังสำรองที่จะต่อสู้กับโรคได้ดียิ่งขึ้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

2.3 การหยุดเสพสารเสพติด เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และทำลายสุขภาพ ทำให้การสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง (สัญญา ชลสมบัติ และคณะ, 2548)

2.4 การผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อาจจะมี ความเครียดหรือ โศกในขณะรับประทานยาหรือเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงได้ซึ่งความเครียดจะส่งผล ให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ของร่างกาย ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดจึงเป็น สิ่งสำคัญ (พรทิพย์ ถิลาอนันตกุล, 2546) ได้แก่ การบริหารร่างกายและจิตใจ เช่น การทำสมาธิ การสวนมนต์ การระบายความรู้สึก การมองโลกในแง่ดี เพื่อให้ความเครียดลดลง

2.5 การป้องกันโรคเกิดโรคฉวยโอกาส ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนอื่น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องระวังไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากโรคติดเชื้ออื่น โดยการอยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้ดี หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อับชื้น มีฝุ่นละอองมาก มีคนมาก ได้แก่ โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ไม่ควรเข้าใกล้หรือเยี่ยมเยียนผู้ติดเชื้ออื่น ๆ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ติดเชื้อ ให้รีบไปพบแพทย์โดยเร็ว แม้จะมีอาการเพียงเล็กน้อย อย่าปล่อยไว้เพราะจะทำให้สุขภาพอ่อนแอ อาการลุกลามมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

3. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน เพื่อลดการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ไม่ควรบริจาคเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ให้คนอื่นโดยเด็ดขาด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอดส์คือ การปฏิบัติตนในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงได้ การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสมและเพียงพอ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมต่างเหล่านี้หากผู้ป่วยเอดส์สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรง ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Self-efficacy Concept)

Bandura (1997) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ โดยศึกษาพัฒนาและทดสอบแนวคิด เกี่ยวกับความสามารถของตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์คือ ความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ผู้ป่วยได้รับรู้ในความสามารถของตนเองเกิดทักษะ และเป็นการเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ การปฏิบัติให้กลับตนเอง การทำให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง สมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบ ว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำ แล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็มักจะลงมือปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติตามแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ก็จะปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง เกิดพฤติกรรมใหม่ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ส่วนประกอบที่สำคัญ คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเอดส์จะประมาณค่า ถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง โดยสรุปทฤษฎีความสามารถของตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมกล่าวคือ เมื่อทำให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เขาก็จะลงมือกระทำ ตามในสิ่งที่เขาเชื่อว่าจะทำได้และเมื่อเขาสามารถทำได้ และมีทักษะที่จะปฏิบัติตามตัวอย่างที่เหมาะสมมีกำลังใจอย่างเพียงพอ เขาก็จะกระทำต่อไป และเมื่อเขากระทำได้อย่างต่อเนื่อง ก็จะเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์คือวัตถุประสงค์สุดท้ายที่ต้องการก็จะกระทำต่อไปก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างยั่งยืน

ตามแนวคิดของ Bandura (1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดได้จากการได้รับการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยตรงที่ทำได้สำเร็จ ซึ่งจะต้องเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง จนมีประสบการณ์ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ แม้จะพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวบ้างก็ตามแต่จะไม่มีผลมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าความล้มเหลวนั้นอาจมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอ วิธีการทำงานหรือสถานการณ์ไม่เหมาะสม ในบุคคลที่พบความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จากการศึกษาของ เบญจา ช้างแก้ว (2547) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์เรื้อรังดีกว่าก่อนทดลอง โดยในโปรแกรมได้จัดให้ผู้ป่วยเอดส์ได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและการได้รับการกระตุ้นเตือน การเยี่ยมผู้ป่วยให้กำลังใจในการปฏิบัติ เพื่อสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของบุคคล เราควรส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้ เพื่อที่บุคคลจะได้ใช้ทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใด ๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความพยายาม เนื่องจากมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จกับตัวแบบซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับคนที่เกิดขึ้นได้ในรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ใช้บรรทัดฐานของบุคคลในสังคมหรือบุคคลที่ได้รับการเชื่อถือที่ลงมือกระทำด้วยความมานะพยายามแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจในจุดยืนของตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ไวยเอดส์เพศเชื้อชาติ รวมทั้งมีทัศนคติและความสามารถใกล้เคียงกันกับผู้สังเกตทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถปฏิบัติได้ แม้ข้อจำกัดในเวลาของการเรียนรู้จึงไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ตามที่ต้องการ กระบวนการเรียนรู้เกิดจากผู้ไวยเอดส์ ได้เห็นตัวอย่างพฤติกรรมของกันเองที่มีสภาพการเจ็บป่วยสลับคล่องกัน หรือ คล้ายกับตัวเอง การแสดงพฤติกรรมของตัวแบบ จะเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ สิ่งสำคัญตัวแบบต้องสร้างจุดกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งสร้างความกลัวให้ผู้ไวยเอดส์มองเห็นได้ด้วยตนเอง และสามารถยึดถือเป็นแนวทางที่จะปฏิบัติได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยกระบวนการสังเกตและเกิดแนวคิดใหม่ ในการดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของ รวีวรรณ พงศ์พุทธิชาติ (2549) ในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ไวยเอดส์เชื้อเอชไอวีและผู้ไวยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยโปรแกรม SE-PADA (Self-efficacy on the Promotion of Antiretroviral Drugs Adherence) พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติรับประทายต้านไวรัส (-95%) เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง เมื่อหลังทดลองทันที และติดตาม 3 เดือน และยังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับคำแนะนำปกติ ซึ่งในโปรแกรมได้จัดให้ผู้ไวยเอดส์ได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบชีวิตจริง โดยตัวแบบมีชีวิตรเป็นไวยเอดส์ได้ถ่ายทอดประสบการณ์การปฏิบัติตน การแก้ปัญหาและอุปสรรค ระหว่างการรับประทายต้านไวรัส จนถึงการลงไว้ซึ่งพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่ดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ไวยเอดส์เชื้อเอชไอวีและผู้ไวยเอดส์ โดยการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ที่มีสภาพปัญหาที่คล้ายผู้ไวยเอดส์ การเสนอรูปแบบ การปฏิบัติที่ดีหลาย ๆ รูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้ไวยเอดส์มีความรู้สึกคล้อยตามตัวแบบมีผลต่ออารมณ์ของผู้ไวยเอดส์ที่จะให้ความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำให้ผู้ไวยเอดส์มีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีการรับประทายต้านไวรัสสม่ำเสมอได้ดี

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์ วีดิทัศน์ หรือสื่อต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง เช่น การ์ตูน ภาพยนตร์ สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบ เน้นจุดสำคัญตามที่ต้องการ รวมทั้งใช้กับกลุ่มคนจำนวนมากในสถานที่ต่าง ๆ ได้ การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ (Bandura, 1997)

2.2.1 กระบวนการสนใจ (Attention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลสนใจและตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือ ตัวแบบต้องมีลักษณะ

คล้ายคลึงกัน มีความเหมาะสม มีลักษณะที่เด่นชัด พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ ทำให้ผู้สังเกตมีความพึงพอใจ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้สังเกต เช่น ความสามารถในการรับรู้ ประสบการณ์เดิม ทักษะด้านความคิดที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบและตีความในสิ่งที่ได้รับรู้แตกต่างกัน

2.2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงข้อมูลที่สังเกตจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และนำมาเก็บไว้ในความทรงจำ ในลักษณะหลักการและแนวความคิด มีการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในอนาคต

2.2.3 กระบวนการปฏิบัติ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมนั้นจะดีขึ้นหรือไม่ขึ้นกับสิ่งที่ทำได้จากการสังเกต การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากการปฏิบัติของตนเอง การได้เปรียบเทียบการปฏิบัติกับภาพที่เห็นได้ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับสมรรถภาพทางกายและทักษะของผู้สังเกต ในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สมบูรณ์แบบ

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ การที่ผู้สังเกตเห็นตัวแบบได้รับผลที่พึงพอใจและเป็นผลดีต่อตนเองจากการปฏิบัติพฤติกรรม จะทำให้ผู้สังเกตคาดหวังว่าจะได้รับผลดังเช่นตัวแบบ โดยสิ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมีทั้งภายนอกและภายใน สิ่งจูงใจภายนอก ได้แก่ สิ่งของรางวัล ความรู้สึกพอใจ ยกย่องชมเชย เป็นต้นยอมรับของสังคม ส่วนสิ่งจูงใจภายในอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเองที่เป็นมาตรฐานภายในตนเองที่จูงใจให้เกิดการกระทำตามตัวแบบและจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเมื่อการปฏิบัติเกิดผลดีกับตัวเอง

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการใช้คำพูดให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้เป็นวิธีที่ง่ายที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและใช้ทั่วไป เป็นการชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ให้กำลังใจและความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจปฏิบัติตามความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความชำนาญของผู้ชักจูง ความไว้วางใจ แรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) สภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ไม่สบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

ส่วนสภาวะอารมณ์ดีแบบมาก เช่น ความพึงพอใจ มีความสุข มีความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองเพิ่มขึ้น แต่อารมณ์ด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลงและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควรส่งเสริมให้มีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนพบว่าจากการศึกษาของ Molassiotis et al. (2002) พบว่า การรับประทายด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการรับประทาย เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Murphy et al. (2002) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการคาดหวังผลลัพธ์ในการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในระดับต่ำในการรับประทายด้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถของตนเองโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะทางอารมณ์ และอารมณ์ การช่วยให้บุคคลรับรู้ ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน่าจะมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีแรงกระตุ้นและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วยส่งเสริมให้ได้รับข้อมูล 2 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเองซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพล และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองปฏิบัติได้สำเร็จและการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลของการศึกษามาใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเอดส์ในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและเหมาะสม และสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

แนวคิดกรอบรั้วกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์

กรอบรั้วเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นบริบทหรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ความผาสุก การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของบุคคล กรอบรั้วเป็นสื่อกลางที่เชื่อมระหว่างบุคคลและสังคมเพื่อการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่สอดคล้องกันของบุคคลและสังคม เตรียมสมาชิกใหม่ที่มีคุณภาพของสังคม และสร้างเครือข่ายของญาติพี่น้องเพื่อความเข้มแข็งและความอยู่รอดของชุมชน กรอบรั้วเป็นแหล่งที่สำคัญในการดูแลส่งเสริมและรักษาสุขภาพของบุคคลและกรอบรั้วทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในกรอบรั้วจะกระทบต่อสมาชิกกรอบรั้วคนอื่นกระทบต่อกรอบรั้วทั้งระบบและระบบกรอบรั้วก็มีผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วย (Wright & Leahey, 2009) ความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นระหว่างกรอบรั้วกับภาวะสุขภาพของสมาชิกกรอบรั้ว เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อคุณภาพการดูแลบุคคลเริ่มตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้การเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มรั้วยังเป็นจุดเริ่มความเข้าใจและการกลับมาฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกคนอื่น ๆ ในกรอบรั้วด้วย ด้วยเหตุผลเหล่านี้ระบบการดูแลสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับกรอบรั้วและเน้นกรอบรั้วเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพประชาชน (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

กรอบรั้วและสังคมเป็นอิทธิพลต่อกันและกัน กรอบรั้วได้รับอิทธิพลจากระบบสังคมภายนอก เช่น เมื่อระบบการศึกษา การเมือง กระแสทางสังคม ความเชื่อและค่านิยมทางสังคม หรือ ประเพณี วัฒนธรรมของสังคมเปลี่ยนแปลงไปจะมีผลกระทบต่อกรอบรั้ว ทำให้กรอบรั้วต้องปรับตัว ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นกรอบรั้ว ในขณะเดียวกัน กรอบรั้วก็มีอิทธิพลทำให้สังคมต้องปรับเปลี่ยนประเพณีการปฏิบัติตามความต้องการของบุคคลหรือกรอบรั้วด้วย

ความสำคัญของกรอบรั้วต่อการดูแลสุขภาพกรอบรั้ว จากความจริงที่ว่าภาวะสุขภาพและเจ็บป่วยของสมาชิกกรอบรั้วมีผลกระทบต่อกรอบรั้วทั้งระบบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและการเจ็บป่วยและกรอบรั้วมีผลต่อภาวะสุขภาพและเจ็บป่วยของสมาชิกกรอบรั้วด้วยผลกระทบซึ่งกันและกันเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากกรอบรั้วเป็นแหล่งประโยชน์หลักของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพการตัดสินใจ การร่วมมือในกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ภาวะสุขภาพดี (การส่งเสริมและการป้องกัน) การวินิจฉัยโรค การรักษา จนถึง การฟื้นฟูสุขภาพ บทบาทของกรอบรั้วเหล่านี้ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความร่วมมือเอาใจใส่ของกรอบรั้ว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

บทบาทครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

บทบาทครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกตามสถานภาพของแต่ละคนในครอบครัวและประพฤติปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างสมดุล บทบาทครอบครัวแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ บทบาทที่เป็นทางการ ได้แก่ บทบาทเป็นคู่สมรส ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดูบุตร การหารายได้ การดูแลช่วยเหลือครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ บทบาทผู้เลี้ยงดู ผู้ชาย บทบาทผู้ดูแลยาย บทบาทของพี่น้อง และบทบาทครอบครัวที่มีสมาชิกสุขภาพแข็งแรง บทบาทที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ บทบาทของผู้ประสานในครอบครัวหรือบทบาทผู้นำเป็นต้น ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่ปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการด้านอารมณ์หรือลงใจซึ่งความสมดุลของครอบครัว เป็นการช่วยให้เกิดความมั่นคงในครอบครัว หรือความผาสุกในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

ฟริตแมน, โบเด้น และ โจนส์ (Friedman, Boeden, & Jones, 2003; จินตนา วัชรสินธุ์, พิศมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2548) ได้เสนอระยะที่ต่อเนื่องของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ- การเจ็บป่วยและบทบาทครอบครัวไว้ 6 ระยะดังนี้

1. ระยะการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นและมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่ในครอบครัว การกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีประโยชน์ไม่มีสารพิษ มาตรการดังกล่าวได้รับการบริหารทางสุขภาพที่เหมาะสม เด็กได้รับวัคซีน เป็นต้น สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเรียนรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ครอบครัวจะประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพได้ครอบครัวทั้งระบบต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ระยะประเมินอาการของการเจ็บป่วย ระยะนี้เริ่มเมื่อสมาชิกครอบครัวรับรู้อาการ การเจ็บป่วย สาเหตุและความรุนแรงของความเจ็บป่วยทั้งของตนเองหรือของคนอื่นในครอบครัว และความหมายการเจ็บป่วยต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มารดามักเป็นผู้ประเมินการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2548) ถ้าครอบครัวสามารถประเมินการเจ็บป่วยได้ ตั้งแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วย จะสามารถดูแลรักษาได้ทัน ปัญหาการเจ็บป่วยก็จะลดลงได้เร็ว ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่ละเลยไม่ประเมินการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย อาจทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นได้

3. ระยะแสวงหาวิธีการดูแลรักษา ระยะนี้เริ่มเมื่อครอบครัวลงความเห็นว่าสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ โดยครอบครัวจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากกรอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ คำแนะนำและคำปรึกษาทั้งจากญาติพี่น้อง เพื่อน

ผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรสุขภาพ (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2548) ไม่ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วย จะเกิดขึ้นที่บ้านหรือสถานบริการสุขภาพจะต้องผ่านการต่อรองหรือตกลงกันภายในครอบครัว

4. ระยะส่งสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ระยะนี้เริ่มเมื่อ ครอบครัวไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านได้ จึงส่งไปให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ดูแลหลัก และครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วย

5. ระยะตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยผู้ป่วยและครอบครัว ระยะนี้เป็นระยะ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความเชี่ยวชาญและความสามารถในการดูแลรักษาของบุคลากร ทางสุขภาพ ครอบครัวแสดงบทบาทของการเป็นผู้ป่วย (The Sick Role/Patient Role) โดยให้ ความร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ กำหนดบทบาทและพฤติกรรมของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวในการดูแลรักษา และคาดหวังการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติต่อ การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่จะนำไปสู่การปรับสมดุลของครอบครัว และที่สำคัญในระยะนี้ ครอบครัวจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว การวินิจฉัย และการรักษา ระยะนี้อาจเกิดภาวะเครียดและวิกฤตในครอบครัวได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตของ สมาชิกครอบครัว

6. ระยะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและพักฟื้น เป็นกระบวนการที่ครอบครัวพยายามเผชิญ ปัญหาจัดการดูแล และปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบซึ่ง ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย บางครอบครัวอาจใช้เวลานานในการปรับให้เข้าสู่ ภาวะปกติอีกครั้งขึ้นอยู่กับศักยภาพของครอบครัวและระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่าย ทางสังคมภายนอก

บทบาทของครอบครัวในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์

บทบาทครอบครัวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อมี ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) โดยการติดเชื้อเอชไอวี หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท ของสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) เนื่องจากช่วงชีวิตของการปรากฏอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยจาก การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จนกระทั่งเสียชีวิตนั้นจะใช้เวลาค่อนข้างนาน โดยอาจใช้เวลานาน ถึง 10 ปี โดยในระยะเวลาดังกล่าวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเป็นช่วง ๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเมื่ออาการบรรเทาก็ต้องกลับมาอยู่บ้าน ร่วมกับครอบครัว ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าการดูแลส่วนใหญ่ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับนั้น

จะได้จากผู้ใกล้ชิด และผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็คือบุคคลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั่นเอง ประกอบกับบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของครอบครัวคือการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือต้องการการดูแล ทำให้ความจำเป็นในการดูแลบุคคลเหล่านี้ในครอบครัวได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการตอบสนองเผชิญปัญหาและเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์คือครอบครัว โดยเฉพาะภรรยาและมารดา จะเป็นบุคคลที่สนับสนุนทางจิตใจ คอยกระตุ้นให้กำลังใจไม่ให้ท้อแท้ ไม่ต่อสู้กับโรค ไม่สิ้นหวังในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลตนเองดีขึ้น (พรทิพย์ สีสอนันต์กุล, 2546) โดยการดูแลนั้นจะเป็นการตระหนักถึงการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านกาย อารมณ์ สังคม ที่ครอบครัวจัดให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวต้องมีการเตรียมตัวศึกษาแสวงหาความรู้หรือได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ในเรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นอย่างดี (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2540) ซึ่งครอบครัวมีรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้ (Wacharasin & Homchampa, 2008)

1. การยอมรับการติดเชื้อเอชไอวี การยอมรับของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการมีชีวิตร่วมอยู่ มนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับ โดยครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยต้องการมาก ซึ่งการที่บุคคลได้รับการยอมรับหรือการให้การยอมรับผู้อื่นทำให้บุคคลนั้น ๆ รู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความรู้สึกดีต่อตัวเอง รู้สึกตัวเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับตนเองได้ มีผลให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมีความหวังและมีพลังที่จะต่อสู้ชีวิต ซึ่งการยอมรับขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการได้รับเชื้อ ความรักความผูกพันในครอบครัว มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อมีครอบครัว

2. การไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ครอบครัวไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาโดยให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คือ ครอบครัวมีทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่ในระดับที่มีความรักความเข้าใจความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัว ทำให้เห็นใจและเห็นคุณค่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่รู้สึกรังเกียจ และอยากช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสุข สิ่งเหล่านี้เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญมากด้านความรู้สึกกลัวถูกรังเกียจจากสังคม

3. การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ ครอบครัวพยายามหาข้อมูล แหล่งช่วยเหลือ และหาความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์จากหลายแหล่งและหลากหลายวิธี เช่น

อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปรีกกากับแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาล พูดคุยกับเพื่อนผู้ติดเชื้อ และการเข้าชมรมผู้ติดเชื้อ การแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยแสดงถึงความพร้อมและความตั้งใจของครอบครัวในการดูแลอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

4. การสนับสนุนให้กำลังใจ ครอบครัวเชื่อว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจ ไม่เครียดจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานขึ้น ซึ่งกำลังใจเป็นพลังหล่อเลี้ยงชีวิต เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีผลให้ความเครียดลดลง จะมีพลังที่จะเผชิญปัญหา หาวิธีแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ สามารถจัดการปัญหาได้จนจิตใจและอารมณ์ได้ สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้มีความหวังอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

5. การให้คำปรึกษา ครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งทางจิตใจและสังคมที่สำคัญของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์ ข้อเสนอแนะแนะนำทางเลือกแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จัดว่าเป็นวิธีที่ช่วยคลายความเครียดลงได้

6. การปกปิดความลับ ครอบครัวเคารพในสิทธิและกล เบนต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว เข้มงวดปกปิดเกี่ยวกับการติดเชื้อของสมาชิกครอบครัวไม่ให้คนอื่นที่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ไม่ต้องการให้รู้ แม้กระทั่งบุคคลนั้นเป็นบุคคลในครอบครัวก็ตาม เหตุผลที่ไม่อยากให้คนอื่นรู้เนื่องจากกลัวการรังเกียจ กลัวการถูกเหยียดหยาม กลัวการพูดต่อ ๆ กันไป นำไปสู่ความเสื่อมเสียต่อวงศ์ตระกูล ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมของครอบครัว พ่อแม่ ลูก หลาน สามี และภรรยา เป็นต้น

7. การเผชิญความเครียดและการช่วยผ่อนคลายความเครียด ครอบครัวเชื่อว่าความเครียดมีผลต่อการลดภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวเกิดภาวะเครียดเนื่องจากกลัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์จะตาย กลัวไม่มีคนดูแล กลัวคนอื่นรังเกียจ รู้สึกเสียศักดิ์ศรีของวงศ์ตระกูล ครอบครัวเผชิญความเครียดโดยการปรึกษากับบุคลากรทางสุขภาพ ปรึกษากับคนในครอบครัวเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดเหมาะกับครอบครัว การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ การขอความช่วยเหลือด้านการดูแล สิ่งของและเงินทองจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และครอบครัวพยายามป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเกิดความเครียด ด้วยการพูดปลอบใจ การไม่ให้คำพูดที่กระทบกระเทือนหรือทำให้เสียใจหรือคิดมาก กังวล และครอบครัวช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยการสวดมนต์แผ่เมตตา การทำสมาธิ การพาไปเที่ยว

8. การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ

8.1 การรักษาด้วยยา ครอบครัวยกเว้นการดูแลเรื่องการให้ยาต้านไวรัสและยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ ครอบครัวช่วยเหลือให้การดูแลสุขภาพด้านไวรัสและการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส การกระตุ้นเตือนให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงเวลา ขณะนี้หลายครอบครัวเชื่อว่ายาต้านไวรัสเป็นคำตอบของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมากหรือบางรายมีอาการแสดงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นแล้วมีอาการดีขึ้นหลังจากการได้รับยาต้านไวรัส

8.2 การดูแลเรื่องอาหาร ครอบครัวยกเว้นความสำคัญกับการบำรุงร่างกายด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่รับประทานของแสลง ครอบครัวเชื่อว่าอาหารจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่อาหารที่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับจะเป็นประเภทเดียวกับที่เคยรับประทานปกติเพียงแต่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการมากกว่าเดิม แต่ที่ทุกครอบครัวตระหนักคือจะไม่ให้รับประทานอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เป็นผื่นคัน เนื่องจากครอบครัวกลัวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์จะเกิดอาการคัน เกิดแผลตามผิวหนัง ทำให้สังคมสงสัยว่าเป็นเอดส์และอาจจะถูกรังเกียจในที่สุด

8.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ครอบครัวยกเว้นว่าผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงเน้นให้ผู้ติดเชื้อมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น การไม่อยู่ในที่มีคนแออัดและที่กองถ่ายถ่ายเทไม่สะดวก การงดดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากคนปกติไปสู่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ด้วยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยด้วยการแยกข้าวของเครื่องใช้เฉพาะคน คนละวังไม่ให้มีบาดแผล และการดูแลเมื่อมีบาดแผล จะเห็นว่าครอบครัวมีความพยายามที่จะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน โดยเน้นที่การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากทั้งในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอกมากกว่าเน้นที่การแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์สู่สมาชิกครอบครัวเนื่องจากมีความเชื่อว่าเชื้อเอชไอวีติดต่อกันยาก

8.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ครอบครัวยกเว้นการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยไปยังบุคคลอื่น คือการไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคของผู้ติดเชื้อและครอบครัวยังตระหนักถึงการหยุดการแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ไปสู่คนอื่น ๆ

8.5 การส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวยกเว้นความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน เช่น กระตุ้นให้ออกกำลังกาย อยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ การแนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ไม่ให้ทำงานหนักหรือหักโหมมากเกินไปเป็นการรักษา

สุขภาพวิธีหนึ่ง การออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี

8.6 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การช่วยนำส่งโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ในภาวะปกติที่ไม่มีอาการผู้ติดเชื้อพยายามดูแลตนเอง ไม่อยากรบกวนหรือเป็นการให้คนอื่น ต้องการพึ่งพาครอบครัวเพียงเมื่อเจ็บป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น

9. การไม่แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจะไม่พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับญาติหรือผู้ป่วยด้วยกัน เนื่องจากความรู้สึกด้วยที่มีญาติป่วยด้วยโรคเอดส์ ไม่อยากให้ใครรู้เรื่องความเจ็บป่วยของญาติตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ

10. การบอกความจริงเกี่ยวกับโรค ครอบครัวต้องการให้แพทย์ผู้รักษายกความจริงตั้งแต่แรกว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม

11. การคงไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของครอบครัว จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยเอดส์ เพราะจะได้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิด จึงมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน การให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในความสามารถตนเอง เกิดแรงจูงใจและเกิดพลังที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีได้

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัวของวัชรสินธุ์ และหอมจำปา (Wacharasin & Homchampa, 2008) ในเรื่องการสนับสนุนให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือคลายความเครียด และการปฏิบัติกรดูแลรักษาสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ผลจากการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์น่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล

1.1 อายุ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ และเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองจากการศึกษาของ ทองดี ขนจอหอ (2548) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 35 ปี จะมีการดูแลตนเองด้านจิตสังคมดีกว่าที่อายุต่ำกว่า 35 ปี (อัมรินทร์ หน่อไชยวงศ์, 2545)

1.2 ระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ที่จะทำให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารได้ดี เรียนรู้เรื่องโรค แผนการรักษาและสามารถนำมาปฏิบัติได้ มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีในระดับสูง (นิณนุช ธรรมวัฒน์, 2542)

1.3 อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี จะแสวงหาแหล่งประโยชน์ได้มากและสามารถดูแลตนเองได้ดี (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) โดยพบว่าผู้ที่มียาได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มียาได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (อัมรินทร์ หน่อไชยวงศ์, 2545) การย้ายที่อยู่ ไม่สามารถมารักษาได้ ไม่อยากมาทำงาน ไม่มีเงินหรือค่าใช้จ่ายบางอย่างที่จำเป็นในการรักษา เนื่องจากอาจจบ "ไม่มีเงินทำขายได้จึงไม่มาตามนัด (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544)

1.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง (Connolly, 1987) เนื่องจากบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามการรับรู้ความหมายของเหตุการณ์ และพฤติกรรมนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตที่ดี จะมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และอนาคต

1.5 ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสภาพเจ็บป่วยมากรักษาไม่หายขาดและอาการทรุดลง จะไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ถ้าหากว่าไม่ค่อยมีการจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

1.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดที่ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่สูงจะเป็นตัวกำหนดการริเริ่ม การปฏิบัติพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ จกการศึกษาของ เบญจา ช้างแก้ว (2547)

โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Murphy, Greenwell and Hoffman (2002) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการคาดหวังผลลัพธ์ในการรักษาที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในระดับต่ำในการรับประทานยาต้านไวรัสในสตรี ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนั้นการศึกษาของ วรารณ พงษ์พุทธชาติ (2549) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความรู้ ความคาดหวัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติรับประทานยาต้านไวรัส (> 95%) เพิ่มขึ้นเมื่อหลังได้รับ โปรแกรมทันที และหลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน และยิ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับคำแนะนำปกติ

1.7 ความเชื่อ และทัศนคติ ของผู้ป่วยความเชื่อคือความรู้สึกรับรู้ถึงสิ่งที่น่าเชื่อต้องเป็นจริง ซึ่งมีอิทธิพลจากโครงสร้างค่าน้ำกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประสบการณ์ของบุคคล (Biopsychosocial-spiritual Structure) (Wright, Watson, & Bell, 1996) ผู้ติดเชื้อที่มีความเชื่อในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในเรื่องการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ค่านิยมสมัยใหม่คือ เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการทำลายของเชื้อไวรัส จึงต้องอาศัยการรักษาแบบสมัยใหม่ และเชื่อ ว่าต้องใช้เวลาในปัจจุบันในการรักษา ก็จะแสวงหาการรักษาสมัยใหม่ เช่นการไปรักษาตามคลินิกเอกชน หรือ ความโรงพยาบาล (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาต้านไวรัส จากการศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำจึงอาจเป็นผลให้บุคคลรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (เรือเอกหญิง สุกรินทร์ หาญวงษ์, 2548) การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของการรับประทานยาไม่ครบ ไม่ตรงเวลา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส (ทองดี ยนจอหอ, 2548) ในเรื่องความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โรคเอดส์เป็นโรคแห่งความตายทำให้ห่อเหี่ยวสิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเอง (กรกฎ ฤทธิประสม, 2550)

1.8 ประสบการณ์ในชีวิตเกี่ยวกับเอดส์ ประสบการณ์ในชีวิตบางอย่างของบุคคล เช่น การเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความหวัง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จากการศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร (2539) พบว่า ประสบการณ์ที่ดีในอดีตก่อให้เกิดความหวัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในทางบวก

1.9 ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื้อ ในปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลาและต่อเนื่อง การรับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดไปโดยไม่มีข้อกำหนด เป็นปัจจัยลบทำให้ผู้ป่วยเบื่อและขาดความตระหนักที่จะใช้ยา

เป็นเหตุให้เกิดการดิ้อยและการล้มเหลวในการรักษาในที่สุด (อรรถพ หิรัญดิษฐ์, 2547) ผู้ป่วยเอดส์เมื่อรับประทานยาต้านไวรัส จนระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นและภาวะสุขภาพดีขึ้นมักคิดว่าตนเองแข็งแรงดี ไม่มีควมจำเป็นต้องรับประทานต่อไป ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสนานขึ้น ไม่ได้มีพฤติกรรมแสดงตนเองดีขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป (มาลินี ถิ่นกาญจน์, 2548)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยภายนอกที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านครอบครัว การยอมรับของครอบครัวและการช่วยเหลือของสังคม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับและช่วยเหลือโดยเฉพาะจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการรักษา (Simoni, Frick, Lockhart, & Liebovitz, 2002) และจากการศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร (2539) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาของญาติ ผู้ดูแล (วันทนา มณีศรี วงศ์กุล, 2547; เขาราศ ดิลง, 2547) เช่นเดียวกันการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกละเลยในตนเองของครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว ผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์

2.2 ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ มีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีบริการให้คำปรึกษาแบบต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่เสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ (วันทนา มณีศรี วงศ์กุล, 2547) การเพิ่มความสะดวกในระบบบริการจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้ (อรรถพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

2.3 การถูกตีตราทางสังคม การถูกตีตราทางสังคมเป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ไม่เป็นที่ต้องการ ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (Goffman, 1963) Moneyham, Seals, Demi, Sowell, Cohen and Guillory (1996) ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพถึงการรับรู้การตีตราจากสังคมของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ความหมายการถูกตีตราใน 4 ลักษณะ คือ ความน่ารังเกียจ เป็นภาพลักษณ์ของคนไม่ดี สังคมไม่ยอมรับและมีความน่าสมเพช และจากการศึกษาของ Reif, Golin and Smith (2005) เกี่ยวกับปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ทางตอนเหนือ เปรียบเทียบระหว่างในเมืองและชนบทพบว่า การตีตราทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับ

บริการทางด้านสุขภาพ และความสนใจที่สนใจของการมารับยาของผู้ป่วยเอดส์เช่นเดียวกับการศึกษา
เพ็ญศรี วงษ์พุทธ (2545) เกี่ยวกับการติตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การรับรู้
การติตราทำให้ผู้ป่วยปกปิดสถานภาพการติดเชื้อและตัดสินใจไม่ไปรับบริการสุขภาพ ป่วยให้
การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นไปตามยถากรรม

ปัจจัยต่าง ๆ ในชีวิตเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์
และอาจมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่จะมีปัจจัยบางประเด็นที่แตกต่างออกไปได้
เนื่องจากเอดส์เป็นโรคติดเชื้อ สังคมยังยอมรับไม่ได้ทั้งหมด ทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมค่อนข้าง
ลำบาก ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ติดยาต้านไวรัสเอดส์
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยจากตัวบุคคล
และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงจูงใจทำให้บุคคลมี
การปฏิบัติพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นวิธีการ
ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์
ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยตรงที่ทำได้สำเร็จ ซึ่งจะต้องเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง จนมี
ประสบการณ์ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และการได้เห็นตัวแบบ
หรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในการลงมือกระทำกิจกรรมใด ๆ แล้วประสบความสำเร็จจะทำให้
มีการรับรู้ตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะปฏิบัติ
พฤติกรรมนั้น ๆ ตาม การส่งเสริมให้ได้รับแหล่งสนับสนุนข้อมูลทั้ง 2 แหล่งนี้ เป็นการส่งเสริม
ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่าง
ได้สำเร็จ การช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้
สำเร็จจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพได้ในที่สุด แม้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล
แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมเพียงตัวเดียว
การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนช่วยเหลือ
จากครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือ
สนับสนุน ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในความสามารถตนเอง เกิด
แรงจูงใจและเกิดพลังที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีได้

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บทบาท
ครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนและบทบาทครอบครัวน่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและบทบาทครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยเอดส์มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ได้รับข้อมูล 2 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเองและการได้เห็นตัวอย่างหรือประสบการณ์จากผู้อื่น และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งการส่งเสริมบทบาทครอบครัวได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัวของ Wacharasin and Homchampa (2008) ซึ่งประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนให้กำลังใจ การให้การปรึกษา การช่วยเหลือคลายความเครียด และการปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพ นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและบทบาทครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ขั้นประเมิน ขั้นปฏิบัติ และขั้นสรุปและสะท้อนกลับ (Wright & Leahey, 2009) ดังนี้

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกในการในการดูแลครอบครัวที่พยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดขึ้นกับครอบครัวและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในช่วงให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความร่วมมืออันดีต่อไปในการพยาบาล
2. ขั้นประเมิน เป็นขั้นตอนในการค้นหาปัญหา และหาวิธีแก้ไข และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเอดส์ได้ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้าน การรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและครอบครัวบอกถึงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องการสนับสนุนให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การผ่อนคลายความเครียด และการปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพ และสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือวิถีปฏิบัติของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ขั้นปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งเสริมความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและท้าทายความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กระตุ้นให้ครอบครัวแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ในส่วนที่ครอบครัวยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ครอบคลุมและติดตามเยี่ยมครอบครัวเพื่อประเมินการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยจัดให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดประสบการณ์ตรงจากความสำเร็จของตนเองผ่านกิจกรรมและการฝึกทักษะที่เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกการบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัส การฝึกการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียดเหมาะสม และจัดให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับรู้ประสบการณ์จากความสำเร็จของผู้อื่นผ่านสื่อบนเว็บ โดยจัดให้ผู้ป่วยเอดส์รับฟังประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมในเรื่องหลัง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาต้านไวรัส ที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม การป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส HIV โอกาสและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมครอบครัว เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

4. ขั้นสรุปและสะท้อนคิดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์สะท้อนคิดถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และครอบครัวได้สะท้อนคิดถึงความสามารถในวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ และความสำคัญของบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แสดงความรู้สึกรับบทบาทของตน และค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่ต่างจากเดิม