บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่มีรายงานการค้นพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ประมาณ 34 - 46 ล้านคน แม้ว่าแนวโน้มที่มีการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากผลการร่วมมือป้องกันโรคเอดส์ของทุกภาคทุกส่วน แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีอาการที่ต้องการการดูแลยังคงมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 309,653 ราย และมีผู้เสียชีวิต 85,870 ราย (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2550) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดสระแก้ว ถึงแม้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงก็ตามแต่จำนวนผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมาก นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 16 ราย และผู้ป่วยเอดส์ 210 ราย ต่อมาปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 165 ราย ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 12 ราย และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 56 ราย และปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งสิ้น 1,389 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 640 ราย (รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดสระแก้วประจำเดือนสิงหาคม, 2550) จากข้อมูลแสดงว่า อุบัติการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากการพัฒนายารักษาโรคยังให้ผลไม่แน่นอนร่วมกับการดำเนินของโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชน

ผลกระทบที่สำคัญที่สุดของการติดเชื้อเอชไอวีคือผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อ เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาพต่าง ๆ ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะแตกต่างจากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นเวลายาวนาน (Persistant Infection) และก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายอย่างตามมา (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2535) อาการทางกายภายหลังได้รับเชื้อจะมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏขึ้น ซึ่งลักษณะการดำเนินของโรคจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อันอาจจะเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายโรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว ผลกระทบทางด้าน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค หรืออนาคตที่ไม่อาจคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อชีวิต กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตและอนาคต ที่จะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ทางด้านสังคม การติดเชื้อเอชไอวี และการเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่ได้รับการรังเกียจจากสังคม อาจเป็นเพราะคนในสังคมขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ รวมทั้งมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่ไม่สมควรได้รับการเห็นใจ สมควรได้รับการลงโทษจากสังคมเพราะส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางศีลธรรม (O' Donel & Bernier, 1990) สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การมีอคติและการแบ่งแยก ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการแสดงความหวาดกลัว ปฏิเสธไม่ยอมรับ ตัดรอนสิทธิประโยชน์และโอกาสในการเข้าถึงบริการต่างๆ จากสังคมโดยทั่วไป (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดโดยเฉพาะการปิดบังมิให้ผู้อื่นทราบว่าสมาชิกในครอบครัวป่วย (Kelly & Lawrence, 1988) ต้องเผชิญกับความรู้สึกคุกคามต่าง ๆ รู้สึกกลัวการถูกเปิดเผย กลัวสูญเสียสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิดและสังคม ทางด้านเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง บางรายไม่อาจปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมได้ อาจต้องหยุดงานหรือถูกไล่ออกจากงาน เพราะการรังเกียจของสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวจากรายได้ที่ลดลงหรือขาดหายไป จากการป่วยและตายก่อนเวลาอันควร ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดูแลการเจ็บป่วยเฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง การครองเตียงประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวชภัณฑ์ในการรักษามูลค่า 60,000 บาทต่อคนต่อปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ถึงแม้โรคเอดส์ยังเป็นโรคเรื้อรังที่มิอาจรักษาให้หายขาดได้ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสสามารถชะลออาการของผู้ป่วย และปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาและสูตรยาที่ใช้อยู่ตลอดเวลา พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ยังคงเกิดขึ้นตามการรับรู้จากประสบการณ์และความเชื่อและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการเยียวยารักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งไคล์นแมน (Kleinman, 1980) กล่าวว่าพฤติกรรมการแสวงหาการรักษานั้นเป็นกลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Sector) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk Sector) และระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนหรือสามัญชน (Popular Sector) ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนนี้ต่างมีแนวคิดแบบแผนความเชื่อ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการตอบสนองความเจ็บป่วยต่าง ๆ กัน เช่นเดียวกับ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อมีแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการแสวงหาการดูแลสุขภาพที่สามารถขอความช่วยเหลือและเข้ารับบริการได้จากระบบสุขภาพหลายระบบ เช่น การบริการจากโรงพยาบาล กลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ สถาบันศาสนาต่าง ๆ การรักษากับหมอสมุนไพร และการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านแบบต่าง ๆ ซึ่งการแสวงหาการรักษาที่มีความหลากหลาย แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีวิธีคิดที่แตกต่างกัน ตามความเชื่อและค่านิยม (Kleinman, 1980) รัฐบาลได้พยายามจัดตั้งคลินิกนิรนาม และได้จัดเตรียมโรงพยาบาลไว้คอยให้บริการ การให้บริการในรูปแบบปัจจุบัน ก็ยังไม่สามารถดึงดูดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เข้ามารักษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพต่างกัน ขึ้นอยู่กับกระบวนการหาเหตุผลมาอธิบายความเชื่อและพฤติกรรม โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามความเชื่อและจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ความเชื่อเป็นสิ่งที่บุคคลตัดสินว่าเป็นความจริงแท้มีอิทธิพลต่อโครงสร้างทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Wright, Watson & Bell, 1996) ความเชื่อเป็นสิ่งที่หักห้ามได้ยากและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก บุคคลมักจะกระทำสิ่งใดไปตามความเชื่อและความคิดเห็นของตนเป็นส่วนใหญ่ (สุชา จันทน์เอม, 2542) ซึ่งความเชื่อทางสุขภาพ สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Becker & Janz, 1984; Maiman & Becker, 1974) โจเซฟ (Joseph, 1980) กล่าวว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ประสบผลสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจและความเชื่อ กล่าวคือการที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค การรักษา การมีทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างประสิทธิภาพมากขึ้น และสิ่งที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยิ่งคือ ความเชื่อ เพราะความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2534) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ความเชื่อนั้นจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม (Rokeach, 1970) สอดคล้องกับแดมรอซ (Damrosch, 1991) ที่กล่าวว่าความเชื่อเป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง วิถีทางที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนตอบสนองต่อโรคเอดส์ และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงค่านิยมและ

วัฒนธรรมของคนในสังคม (Farmer & Kleinman, 1988) ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนในสังคม เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่งและสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความรับรู้ การค้นพบใหม่ ๆ ทางการแพทย์ เทคโนโลยีที่เจริญขึ้น ข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับ และตามสภาพเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งแบบแผนของโรคและปัญหาสุขภาพที่มากับการเปลี่ยนแปลงในสังคม ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อพบว่า สภาพสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งแนวทางในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเอื้ออำนวยให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ในสังคมบางแห่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกดูแลรักษา บางแห่งครอบครัวเครือญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งญาติอาจแสวงหาการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ในสังคมหรือชุมชนที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์ไม่ถูกต้องหรือมีการรังเกียจ ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจ และวิถีการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลลบต่อสุขภาพและความยืนยาวของชีวิต (Ogden, 2000)

ปัจจุบันผู้ที่พบจากการปฏิบัติงานในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ คือเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงตามเวลาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษามาเข้าร่วมกิจกรรมในคลินิก และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพดังกล่าว ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลตามความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเชื่ออันเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ บุคคลที่เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้วอาจเกิดความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ให้ภาพกว้าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรรมและกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ส่งเสริมการดำรงอยู่อย่างปกติสุข นิศานาถ โชคเกิด (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว เนื่องจากความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวข้องกับ

บริบททางสังคมและวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับสมดุลของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจึงเป็นการวิจัยขั้นพื้นฐานที่มีความเหมาะสมในการบรรยายถึงการให้ความหมายตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความเข้าใจ ครอบคลุม ลึกซึ้งถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และคาดว่าจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนงานบริการผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวตลอดจนเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาและการรักษาพยาบาลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้สอดคล้องกับความรู้สึก นึกคิด วัฒนธรรมและความต้องการอื่น ๆ ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความสามารถในการจัดการ ควบคุมความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เป็นผลของความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างไร

3. ความเชื่อหรือปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่สนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว และสนับสนุนหรือขัดขวางอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดชั่วคราวเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยของไรท์ วัทสันและเบลล์

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

(Wright, Watson & Bell, 1996) และรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) เป็นแนวทางในการตั้งคำถามเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และครอบคลุมเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว แต่กรอบแนวความคิดนี้ปรับเปลี่ยนไปตามปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นได้ และไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาควบคุมการศึกษาแต่อย่างใด

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Beliefs) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยาและการรักษา ความสามารถในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วย การพยากรณ์การเจ็บป่วย ศาสนา - จิตวิญญาณ และที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติตัว หรือพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ๆ (Wright, Watson, & Bell, 1996) ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับ สุขภาพของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long, & Wood, 1983) ไมแมน, เบคเกอร์, เคิทร์, ฮาฟเนอร์, และแดรชแมน (Maiman, Becker, Kirscht Haefner, & Drachman, 1977) ได้กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่าง ๆ การรับรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีการพิจารณาตัดสินใจ และปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์ที่ตนเองประสบซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีการตัดสินใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และทำให้กระบวนการการพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภาวะของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้เข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้วยโรคเอดส์และพฤติกรรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

2. ใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบครอบครัว ใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและมีผลต่อการดูแลสุขภาพและการปรับสมดุลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวโดยศึกษาจากผู้ที่มารับบริการที่คลินิกรับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสระแก้ว โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลว่า มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่รับรู้การวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ และครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้หลักการเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Streubert & Carpenter, 1999) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2549 - วันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความสามารถในการจัดการ ควบคุมความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์หรือความก้าวหน้าของโรค ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีการพิจารณา ตัดสินใจเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวีมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะของเอดส์เต็มขั้น

ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์บอกว่าเป็นครอบครัวของผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์และความรู้สึกกับผู้ป่วยเอดส์ รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ โดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรืออยู่บ้านเดียวกัน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยเอดส์กระทำ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงแบบแผนในการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University