

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

วันวิสาข์ ทิมมานพ<sup>1</sup>  
พัคตร์วไล เจริญศักดิ์<sup>2</sup>  
ลำพอง กลมกุล<sup>3</sup>  
กุล โพธิ์ทอง<sup>4</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 450 คน ตัวแปรแฝงที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านปัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมี 2 โมเดล ดังนี้ 1) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 9.41 p เท่ากับ 0.40 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง : GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว : AGFI เท่ากับ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

<sup>3</sup> นักวิจัย ศูนย์อาเซียนศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

<sup>4</sup> คุษภูษิต สภาวิชาชีพพุทธจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

0.97 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.010 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม ได้ร้อยละ 69 พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย โดยมีพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิตใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน 2) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 19.43 p เท่ากับ 0.79 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 12 ค่าดัชนีความสอดคล้อง: GFI เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว : AGFI เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.017 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย ได้ร้อยละ 100 พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย โดยมีพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิตใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

## Abstract

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

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

variables in the model could explain variance in the variable of health care behavior on society, 69 percent. Health care behavior on cognition effected on health care behavior on physical body. Health care behavior on mentality was a mediator of variable.

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

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

## บทนำ

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

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) มีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและกลุ่มอาการของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (สมนึก สังฆานุภาพ, 2551) มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ จึงง่ายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ถ้าบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีได้ดูแลตนเอง โรคก็จะกำเริบและลุกลามได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีการ

เจริญและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น จนเข้าสู่ระยะโรคเอดส์เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด

นอกจากนั้นประชาชนทั่วไปมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อคือคนเลว คนไม่ดีและเป็นที่ยังค้ำจุนเกียรติ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างยาก ลำบาก ไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว สังคม เพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจและอาจมีผลกระทบต่อกันใกล้ชิด การถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน และภัทรระ แสสนไชยสุริยะ, 2547)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแนวทางในการแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง เป้าหมายการรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน คือการกดเชื้อในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำที่สุด ด้วยการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่อง การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติควบคู่กันไปตลอดแผนการรักษา การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพได้นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดูแลสุขภาพกายและใจให้เกิดความสมดุลขณะที่ดำรงชีวิตในสังคมแต่ละวัน ด้วยการการบูรณาการกาย สังคม จิต และปัญญาแบบองค์รวม ในปี พ.ศ.2560 ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมควบคุมไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนไปเป็นโรคเอดส์ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่พฤติกรรมควบคุมโรคด้วยกาย ด้านสังคม ด้านจิตและปัญญา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องในงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อให้เข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก (วันวิสาข์ ทิมมานพ, 2560) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 450 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และตรวจสอบความตรงของโมเดลที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรม LISREL

## ผลการวิจัย

พัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาสร้างเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ดังต่อไปนี้

### 1. ตัวแปรภายนอกแฝงและตัวแปรสังเกตได้

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

1) ปัญญาจากการฟัง อ่าน ได้แก่ การมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมโรค

2) ปัญญาจากการคิด ได้แก่ ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ และ

3) ปัญญาจากการกระทำ ได้แก่ การมีความสามารถในการนำความรู้ไปแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

### 2. ตัวแปรภายในแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้

2.1. พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านจิต หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ คุณภาพจิต สมรรถภาพจิต และสุขภาพจิต

1) คุณภาพจิต ได้แก่ ศรัทธา เมตตา และฉันทะ

2) สมรรถภาพจิต ได้แก่ วิริยะ สติ และ

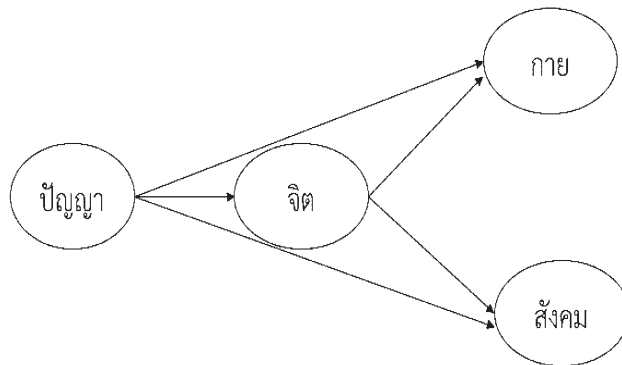
3) สุขภาพจิต ได้แก่ความสุขจากการมีปัญญาจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านกาย หมายถึง การไม่เบียดเบียนตนเองด้านกาย โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการบริโภค การมีวินัยในการมารับรักษา

- 1) ด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายเหมาะสม อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก และการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอและ
- 2) ด้านการบริโภค ประกอบด้วย การกินยาถูกต้อง อาหารเหมาะสม ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่
- 3) การมีวินัยต่อตนเอง ประกอบด้วย การกินยาตรงเวลา และมาพบแพทย์ และตรวจเลือดตามนัด

2.3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเอดส์ด้านสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยวัดจากตัวแปรที่สังเกตได้ 3 ตัวแปรคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่นอน การมีวินัยต่อสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่นอน ประกอบด้วย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นการไม่รับเชื้อเพิ่ม ไม่แพร่กระจายเชื้อ เปิดเผยผลเลือดกับคู่ประจำ พาผู้ตรวจเลือดและพาเข้ารับการรักษาเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- 2) การมีวินัยต่อสังคม ประกอบด้วย การมีระเบียบในการอยู่ร่วมกัน
- 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยการรู้จักสื่อสาร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือผู้อื่น และชักชวนผู้อื่นให้พัฒนา

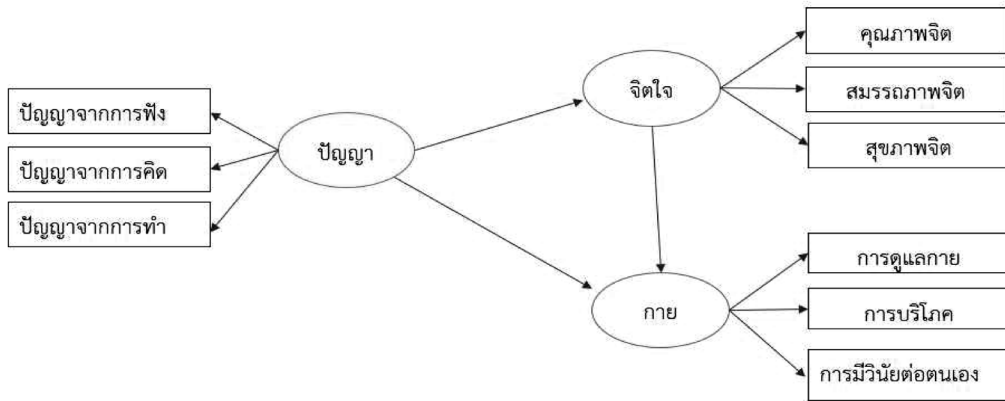


ภาพที่ 1 โมเดลพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

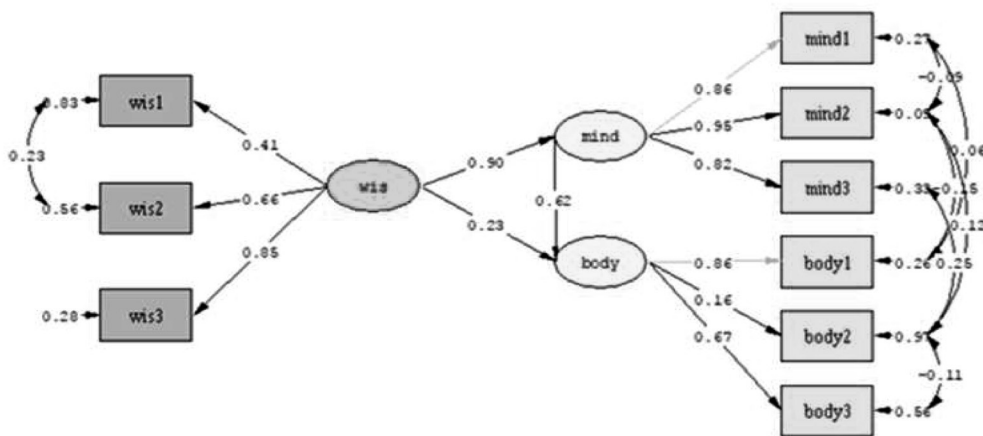
จากการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบ 2 โมเดล ดังนี้

- 1) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากผลการตรวจสอบค่าสถิติ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 9.41 p เท่ากับ 0.40 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง: GFI เท่ากับ 0.99

ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว: AGFI เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ : RMR เท่ากับ 0.010 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม ได้ร้อยละ 69 พฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย พบว่า อิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านปัญญา ต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านจิต โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.90, 0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

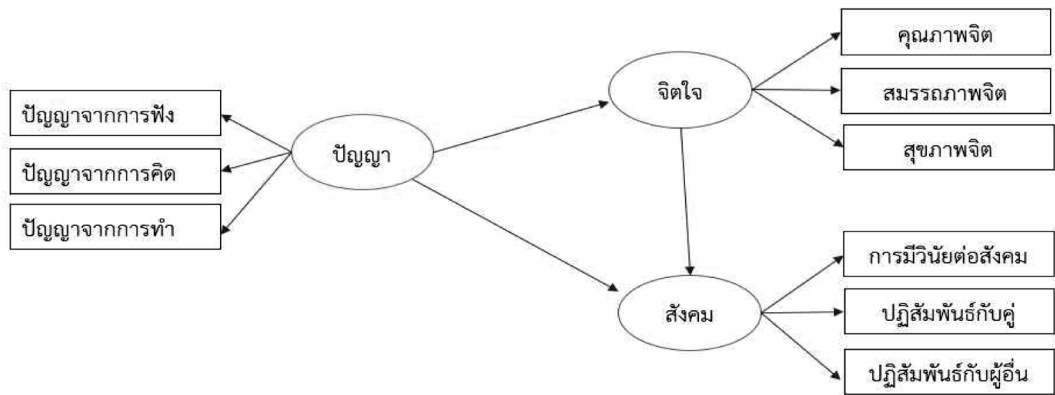


ภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย

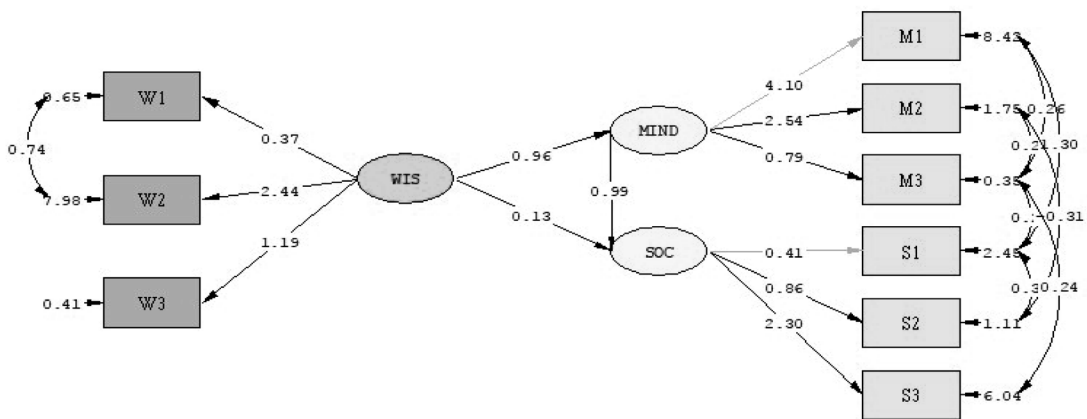


ภาพที่ 3 ผลการตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านกาย

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



ภาพที่ 4 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม



Chi-Square=18.90, df=12, P-value=0.09107, RMSEA=0.036

ภาพที่ 5 ผลการตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคด้านสังคม



## อภิปรายผล

พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ประกอบด้วย การพัฒนาด้านกาย สังคม จิตและปัญญา ผู้มีปัญญาจะดำเนินพัฒนา พลชาติ, 2553) ชีวิตโดยใช้หลักรู้จักประมาณในการบริโภค มีความสำรวม ระวังการใช้อินทรีย์ ส่งผลให้พฤติกรรมได้รับการพัฒนาการมีเมตตา กรุณาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่คิดเบียดเบียนและคิดร้ายทำลายตนเองและผู้อื่น หมั่นพัฒนาตนให้ดำรงชีวิตอย่างมีสติอยู่กับ ปัจจุบัน สร้างความสุขทางใจให้กับตนเอง เกิดความสงบ ผ่องใสเกิดขึ้นในใจ (อายุขจร งามชาติ, 2553) ทำให้คุณภาพของจิตเกิดการพัฒนา มีสติสัมปชัญญะในการดำเนินชีวิต เกิดความคิดที่เป็นระบบคือความคิดอย่างมีเหตุผล รู้จักใช้ปัญญาในการแก้ปัญหาชีวิต ปัญญาจะทำให้สามารถจัดการ กับปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดทุกข์ได้ ส่งผลให้มีความเป็นอยู่และชีวิตที่ดีงาม

การให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีศรัทธาต่อการรักษาในปัจจุบันและบุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับฟังความรู้ เกิดปัญญาจากการฟัง และนำความรู้ที่ได้รับนั้นมาคิด พิจารณา ไตร่ตรองทำให้เกิดศรัทธาในตนเอง เมตตาต่อตนเอง จึงหันมาสนใจต้องการดูแลสุขภาพเกิดเป็น ฉันทะ แต่ระหว่างที่ดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันนั้น มีอุปสรรคมากมาย ผู้ที่มีเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้องครบถ้วนและยอมรับว่ามีคนในสังคมที่ไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ก็จะสามารถเกิดวิริยะเข้าสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องได้ แต่ถ้าไม่มีเป้าหมาย หรือมีเป้าหมายแต่ไม่ครอบคลุมก็ไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้น ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้ต้องมีศรัทธาต่อตนเองและการรักษาในเรื่องการดูแลสุขภาพ สามารถยอมรับสภาพการตีตราในสังคมและมีเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนในการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี (วันวิสาข์ ทิมมานพ, 2560)

พฤติกรรมการตีตรายังมีอยู่ในสังคมแม้แต่ในสถานบริการทางการแพทย์ การตีตรา ประกอบด้วย ตัวนำให้เกิดการตีตรา พฤติกรรมการตีตรา ชนิดของการตีตราและผลของการตีตรา มีความเป็นพลวัตรที่เกี่ยวข้องกัน(William L. Holzemer et al, 2006) การตีตราส่งผลต่อการ ดูแลสุขภาพลดลง การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในระยะ แรกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมจริงคุณภาพชีวิตจะเริ่ม ลดลง (Vu Van Tam et al, 2012) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลัวการถูกตีตรา การถูกกีดกันจากสังคม (Michelle R Kaufman et al, 2015), (Ingrid T Katz et al., 2013) ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคลอยู่ในระดับต่ำจากการที่สังคมไม่ยอมรับและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองก็ไม่ยอมรับและไม่ให้อภัย คนที่รังเกียจการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ดุขภูฏี กวนคอนสาร, 2553) แต่ในการดำเนินชีวิตของ คนต้องอยู่ร่วมกันเป็นสังคม จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ได้ (เอ๋อมอร ชลวร, 2553) จากโมเดลพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกจะเห็นได้ว่าการช่วยให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเกิดปัญญา และมีจิตด้านคุณภาพจิต สมรรถภาพจิตและสุขจิตที่ดีจะส่งผลให้พฤติกรรม การควบคุมโรคเอดส์ด้านกายและด้านสังคมดีตามไปด้วย

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เป็นพฤติกรรมควบคุมโรคเอดส์ด้านกาย สังคม จิตและปัญญา โดยบูรณาการทุกด้านไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคลากรที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรมีความรู้ ทักษะให้สร้างและพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และให้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตัวแปรอื่นๆ ทั้งตัวแปรทางพุทธิจิตวิทยา และตัวแปรทางจิตวิทยาร่วมสมัย ที่ส่งผลต่อการสร้างหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

2) ควรมีการทำวิจัยซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกด้วย เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพียงกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรัตนราชธานีเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยที่ได้อาจยังไม่ใช่คำตอบของการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ ควรทำให้ครอบคลุมมากขึ้นเช่น สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคของประเทศไทย เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานผลการดำเนินงาน. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- ดุขฎี กวนคอนสาร. (2553). “พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2552). วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา การศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2559). สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วัฒนา พลชาติ. (2554). “ศึกษาวิเคราะห์วิธีการพัฒนาปัญญาตามแนวคิดของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต)”. พุทธศาสตร์ดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- คันสนีย์ สมิตะเกษตริณ และภัทระ แสนไชยสุริยะ. (2547). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง**. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). (2553). **คู่มือพยาบาลสำหรับปฏิบัติงานในคลินิก เอชไอวี ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2553**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมนึก สังฆานภาพ. (2551). **การดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน. อายุษกร งามชาติ. (2554). “การบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนภาวะบกพร่องทางความรัก”. **พุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมอร ชลวร. (2553). “การพัฒนาปัญญาในพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **พุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Holzemer L. William. et al. (2006) “A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries”, **JAN Original Research**, 58 (.6), 541-551.
- Katz, T Ingrid. et al. “Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis”, **Journal of the international AIDS Society**, 16 (.2), 350-365.
- Kaufman, R. Michelle. et al, “Health Behavior Change Models for HIV Prevention and AIDS Care: Practical Recommendations for a Multi-Level Approach”, **Acquire Immune Deficiency Syndrome**, 15 August, 2015, 250-258.
- Tam, Vu Van. et al, “Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: a Randomised controlled trial”, **Health and Quality of Life Outcomes**, 10 January 2012, 1-13.