

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อที่ศึกษาดังนี้

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1.1 แนวคิดเรื่องการรับรู้

การรับรู้ (Perception) ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิดหรือความประทับใจ รวมทั้งการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมาย หรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของต่างๆ (New Webster's Dictionary, 1988 อ้างถึงในกาญจนา สิมะจาริก, 2538) นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

เดโช สวานานนท์ (2526) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึงผลอันเกิดจากอินทรีย์สัมผัสต่างๆ เช่น การเห็น การได้กลิ่น การได้ลิ้ม การรับรส และการสัมผัสที่ผิวหนัง แล้วมีการตีความจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นออกมา

จำเนียร ช่างโชติ และคณะ (2528) กล่าวว่า การรับรู้คือการสัมผัสที่มีความหมาย ซึ่งเป็นการแปลหรือตีความจากการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือเป็นที่รู้จักเข้าใจ โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม ถ้าไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งเร้าเรื่องนั้นแล้ว จะไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งเร้า จะเป็นเพียงการสัมผัสกับสิ่งเร้าเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ กันยา สุวรรณแสง (2532) ที่กล่าวว่า

การรับรู้คือการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกและรู้ว่าคุณหมายนั้นเป็นอะไร

สุชา จันทน์เอม (2533) กล่าวว่า การรับรู้คือการตีความหมายจากการสัมผัสและในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แกริสัน และมากูน (Garison and Magoon, 1972) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องมือ

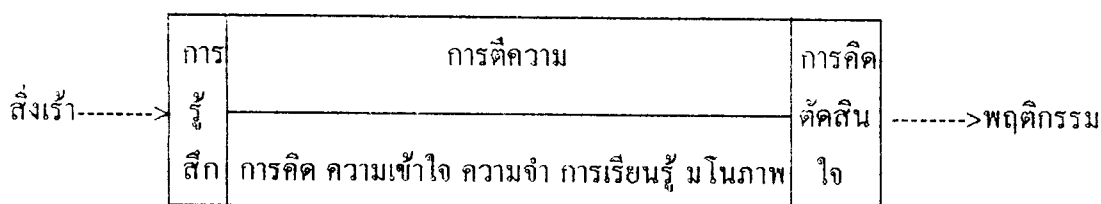
มิซซาล และมิซซาล (Mischal and Mischal, 1980) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการตอบสนองของร่างกายของแต่ละคนต่อสิ่งเร้า ซึ่งการรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รูปแบบของการเกิดการรับรู้และสาเหตุจากสิ่งกระทบจากภายนอก จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นตัวแปรความหมายของสิ่งเร้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง

สรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่สมองตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิมช่วยในการตีความ หรือแปลความ และสะสมเป็นประสบการณ์ใหม่พร้อมที่จะตอบสนอง และมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล

2.1.2 กระบวนการของการรับรู้

การเกิดกระบวนการรับรู้ได้นั้น ประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 4 ประการคือ การสัมผัส หรืออาการสัมผัส ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า การแปลความหมายจากอาการสัมผัส และการใช้ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิมเพื่อแปลความหมาย (สุชาดา สุธรรมรักษ์, 2531 อ้างถึงใน ھرรษา เทียนทอง, 2535) กระบวนการสัมผัสเป็นกระบวนการแรกของการรับรู้ ซึ่งบุคคลจะมีความใส่ใจในการเลือก (Selection) ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว มีการนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านี้เข้าสู่กระบวนการของการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย ภายหลังการได้รับข้อมูลแล้วก็จะนำมาตีความหรือแปลความหมายของข้อมูล เมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว จะมีการจัดระบบของข้อมูล มีกระบวนการจดจำ การตีความ หรือแปลความหมายเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ ความคาดหวัง เจตคติ ประสบการณ์ ความรู้เดิม ค่านิยม เป็นต้น เป็นตัวกลางในการกลั่นกรองและแปลความหมายของข้อมูลนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจ และประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้วมีพฤติกรรมการแสดงออกตามคุณค่าที่ได้ตัดสินใจ (กันยา สุวรรณแสง, 2532 ; สิริวิโชค วารานันตกุล, 2524 ; McGhie, 1986 อ้างถึงใน ھرรษา

เทียนทอง, 2535) การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้เกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ต่อมาจะพัฒนาเป็นเจตคติ และทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา การรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ของบุคคล และไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง กระบวนการของการรับรู้จึงเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยว กันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



กระบวนการ -----> กระบวนการภายใน -----> กระบวนการ
ภายนอก แสดงออก

สิ่งเร้า -----> การรับรู้ -----> ปฏิกริยาตอบ
สนอง

แผนภูมิที่ 2 กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)

(กันยา สุวรรณแสง, 2532)

2.1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เป็นผลทำให้ร่างกายติดเชื้อชนิดต่างๆ ได้ง่าย จนเป็นเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยบ่อย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตในที่สุด ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อฮิวแมน อิมมูโนเดฟิเซียนซี ไวรัส (Human Immunodeficiency Virus) หรือ เอชไอวี (HIV)(ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ, 2532 : ประเสริฐทองเจริญ, 2531 ; Flaskerud, 1989) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะตรวจพบได้โดยการตรวจเลือด ซึ่งวิธีที่นิยม

ใช้คือ การตรวจหาแอนตี้ เอชไอวี แอนติบอดี (Anti HIV antibody test) โดยวิธีอีไลซ่า (ELISA=Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) แล้วตรวจยืนยันด้วยวิธีเวสต์เทิร์นบลอต แอสเซ (Western blot assay) ถ้าให้ผลบวกทั้งสองวิธีถือว่าติดเชื้อเอชไอวี (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2535 ; จุริรัตน์ ชำนาญพันธ์, 2535 ; Jeffries, 1989 อ้างถึงใน อุมพร รักภักดิ์, 2537) ซึ่งจะตรวจพบแอนติบอดีได้หลังจากติดเชื้อ 3 สัปดาห์ถึง 3 เดือน

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรง และคุกคามชีวิตมนุษย์ทั่วโลก ในขณะที่มีการระบาดของโรคเอดส์ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับฟังข่าวสารและเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์จากเจ้าหน้าที่ที่ผู้ติดเชื้อไปรับการตรวจรักษา ประกอบกับการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ นับว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยผ่านกระบวนการทางด้านความคิด จิตใจ ซึ่งมองตีความหรือแปลความจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง และแรงจูงใจออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางดี และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางไม่ดี ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ต่างๆ (สถิต วงศ์สวรรค์, 2529) กล่าวคือ ผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามมา มีผลทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยลดการดำเนินของโรค ทำให้ป่วยเป็นเอดส์ช้าลง และสามารถป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้ รวมทั้งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียอมรับโรคได้ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางไม่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม หรือไม่ถูกต้อง มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีการดำเนินของโรคเร็วขึ้น เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น และถ้ายอมรับโรคไม่ได้ จะมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ที่สำคัญผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นผู้แพร่เชื้อสู่คนอื่น ๆ ได้มาก ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการรับรู้ต่อลักษณะและความรุนแรงของโรค อาการของโรค การแพร่กระจายของโรค การป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการป้องกันตนไม่ให้รับเชื้อเพิ่ม และวิธีการปฏิบัติตนสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. การรับรู้ต่อลักษณะและความรุนแรงของโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการรับรู้ต่อลักษณะและความรุนแรงของโรค คือรับรู้ลักษณะของโรคเอดส์ว่าเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ไม่มีวิธีการรักษาให้หาย มีอันตรายถึงชีวิต เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย จนในที่สุดภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ จนไม่สามารถป้องกัน

ตนเองได้ ร่างกายอ่อนแอทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย แม้ว่าเป็นเชื้อโรคธรรมดาก็ตาม (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2536 ; ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535 ; Jeffries, 1989 อ้างถึงใน อุมพร รักษัทธิ, 2537 : Cohen, 1991) ทำให้เกิดโรคนานาโอกาสต่าง ๆ ได้ เช่น โรคปอดอักเสบ วัณโรคปอด การติดเชื้อราที่ปาก คอและช่องคลอด หรือเป็นโรคมะเร็ง เช่น คาโพซีซาร์โคมา (Kaposi's Sarcoma) มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive cervical cancer) (สุรพล สุวรรณกุล และมัทมา หาญภูมิชัย, 2535 ; Dilorio et al., 1994) นอกจากนี้เชื้อเอชไอวียังทำลายเซลล์ประสาทในสมอง ทำให้เกิดความจำเสื่อม มีอาการของโรคจิตประสาทได้ รวมทั้งทำให้มีแขนขาอ่อนแรงหรือมีความผิดปกติของการทำงานของสมองส่วนต่างๆได้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2536) จากความรุนแรงของโรคดังกล่าว ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ กล่าวคือ เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากอาการของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ซีด ผอม จนไม่สามารถทำงานได้ ต้องออกจากงานเพื่อรักษาตัวเอง ซึ่งการรักษาต้องใช้เวลานาน และเสียค่าใช้จ่ายมากทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว จะมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ด้วย ครอบครัวจะต้องแบกภาระในการดูแลจนกว่าจะสิ้นชีวิต เมื่อป่วยนาน ๆ โรคลุกลามก็จะเกิดปัญหาทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว คือมีความวิตกกังวล กลัว เครียด ซึมเศร้า สูญเสีย สับสน แยกตัวเอง บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย (มณี เผือกวิไล, 2537 ; สมสร เชื้อหิรัญ, 2533 ; Carmack, 1992 ; Durham, 1994 ; Flaskerud, 1992 ; Gee, 1988 ; Gil et al., 1995 ; Govoni, 1988 ; Lego, 1994 ; Twinnam, 1993) บางครั้งอาจได้รับการรังเกียจจากสังคมรอบข้าง บางรายถูกกีดกัน เช่น ถูกออกจากงานหรือถูกปฏิเสธจากการรับบริการทางการแพทย์ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข, 2535) เพราะบางสังคมอาจมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเอดส์จึงทำให้เกิดความกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อ ดังที่กล่าวมา นอกจากนี้โรคเอดส์ยังมีผลกระทบต่อสังคมคือเมื่อบิดา มารดา เสียชีวิตจะทำให้บุตรที่ไม่ติดเชื้อกลายเป็นเด็กกำพร้า ซึ่งจะเป็นภาระของสังคมต่อไป และยังทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาล งบประมาณด้านควบคุมป้องกันโรค โดยจะเห็นว่ารัฐบาลต้องจัดงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 637 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2535 เป็น 1,558 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2538 และเพิ่มเป็น 2,132 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2539 ซึ่งเพิ่มจากปีพ.ศ. 2538 ร้อยละ 39 (ชวนซ์เอดส์ ระบาดแม่บ้านทารกเพิ่ม, มติชนรายวัน, 31 พฤษภาคม 2538 : 9) และพบว่าผู้ป่วย 1 คน จะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 25,000 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2533 อ้างถึงใน เฉลิมพล ตันสกุล, 2537) และจากการศึกษาของ Bennett และคณะ (1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับค่าดูแลรักษา

ผู้ป่วยเอดส์ในระยะ 6 เดือนสุดท้ายที่แคลิฟอร์เนีย พบว่าแต่ละคนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 9,098 ดอลลาร์ นอกจากนี้ยังเป็นการสูญเสียรายได้ต่าง ๆ จากแรงงานของผู้ป่วย ซึ่งรายได้ประชาชาติต่อหัวจะลดลงถึงร้อยละ 0.6 เพราะผู้ป่วยเป็นวัยทำงาน จึงทำให้ขาดแรงงาน และกำลังสำคัญที่จะพัฒนาประเทศ (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, 2537)

2. การรับรู้อาการของโรค

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จะมีอาการต่าง ๆ ได้หลายอย่าง ปัจจุบันมีการแบ่งระยะของโรคตามอาการทางคลินิก และแบ่งตามระดับภูมิคุ้มกันโดยดูจำนวนเม็ดเลือดขาว ($CD_4 + T\text{-lymphocyte cell}$) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2537; CDC, 1992 , Quoted in Dilorio et al., 1994)

2.1 ระยะติดเชื้อไม่มีอาการ (Asymptomatic stage) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ต่อม้ำเหลืองโต แล้วหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์ โดยไม่ต้องรักษา ถ้าตรวจเลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อส่วนมากอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอดส์ต่อไปได้ นอกจากนี้จะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ระหว่าง 200-499/ mm^3 หรือมากกว่าเท่ากับ 500/ mm^3

2.2 ระยะติดเชื้อมีอาการ (Symptomatic HIV infection) ในระยะนี้นอกจากจะมีผลเลือดบวกต่อเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปาก ติดเชื้อราที่ช่องคลอด อังเชิงกรานอักเสบ ต่อม้ำเหลืองโตบริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัดหรือแผลเริ่มชนิดลูกกลม และมีอาการต่าง ๆ เรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด เป็นต้น ระยะนี้จะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ระหว่าง 200-499 / mm^3 หรือ 500 / mm^3

2.3 ระยะเอดส์(AIDS) ปกติจำนวนเม็ดเลือดขาว(CD_4) มีมากกว่า 600/ mm^3 (สุณีศิริวิชกุล, 2535) เมื่อติดเชื้อเอชไอวีในร่างกายแล้ว ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยจะถูกทำลายลงอย่างมากจนทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 200/ mm^3 จึงทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น ปอดอักเสบ วัณโรค เชื้อหูดมดลูกอักเสบ เป็นต้น บางรายอาจเป็นมะเร็งได้ เช่น มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive cervical lumces) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) บางรายมีการติดเชื้อในระบบประสาท (AIDS dementia complex) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ

ทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ ชีพจรเร็ว บางรายอาจมีแขนขาชา ชักกระตุก หรือเป็นอัมพาตครึ่งซีกได้

3. การรับรู้ต่อการแพร่กระจายและการป้องกันโรค

3.1 การรับรู้การแพร่กระจายโรค

เชื้อเอชไอวีจะพบในของเหลวที่ออกจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำเหลือง น้ำไขข้อ น้ำในช่องปอด ช่อก้าง น้ำคร่ำ น้ำไขสันหลัง น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจและเนื้อเยื่อต่างๆ ส่วนน้ำลาย เสมหะ นั้นมีปริมาณเชือน้อย และแทบจะไม่พบเชื้อเลยในเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2537 ; คณะทำงานด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4, 2535 ; วิวัฒน์ โรจน์พิทยากร, 2532 ; สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญนิษฐ์, 2535) แต่โอกาสการแพร่เชื้อมีเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิและน้ำในช่องคลอดเท่านั้น(กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535 ; กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2537) ดังนั้นวิธีการแพร่เชื้อเอชไอวี มี 3 ทางคือ (คณะทำงานด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์, 2535 ; ประพันธ์ ภาณุภาค, 2535 ; พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536 ; Bennett and Gee, 1988 ; Cohen, 1991 ; Dilorio et al., 1994 ; Flaskerud, 1992 ; Tanaphan Fongsiri, 1994)

3.1.1 การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ล้วนมีโอกาสติดเชื้อโรคนี้ได้ ปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่ การมีแผลเปิดของอวัยวะเพศ จำนวนคู่นอนและจำนวนครั้งของการร่วมเพศ โดยผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายบริการ หญิงอาชีพพิเศษ คู่นอนของผู้ติดเชื้อ ชายรักร่วมเพศ ซึ่งจะเกิดการติดเชื้อได้ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศปกติระหว่างชายกับหญิง หรือการร่วมเพศโดยใช้ปาก หรือการร่วมเพศทางทวารหนัก ปัจจุบันการแพร่เชื้อที่สำคัญที่สุดในประเทศไทยคือ ทางเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชาย ซึ่งพบได้ร้อยละ 76 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมด (Tanaphan Fongsiri, 1994)

3.1.2 การแพร่เชื้อทางเลือดหรือเนื้อเยื่อที่นำไปปลูกถ่าย โดยโอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่มีอยู่ในเลือด พบได้ใน 3 ประการ ประการที่หนึ่ง การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น พลาสมา เกร็ดเลือด โดยไม่ได้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อน แต่ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวด ต้องผ่านการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงปลอดภัยเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ ประการที่สอง การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบบ่อยในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ซึ่งเป็นการสัมผัสเลือดโดยตรง นอกจากนี้พวกเขามีบาดแผลและสัมผัสกับเลือด

ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีก็มีโอกาสติดเชื้อได้ ประการที่สาม การปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อ เช่น ไต กระดูกตา หูหนั่ง ตลอดจนการผสมเทียม โดยการรับอสุจิของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

3.1.3 การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะแพร่เชื้อสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้ประมาณร้อยละ 20-50 (สุวัฒน์ ชูดวงศ์, 2535 ; Allen and Curran, 1988 ; WHO, 1988) ปัจจุบันพบว่าทารกติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 8 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537)

นอกจากนี้การใช้ของมีคมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ หรือการเจาะหู การสักผิวหนัง สักคิ้ว หรือการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ ถ้ามีแผลเปิด และปริมาณเลือดหรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายมีจำนวนมากพอ ส่วนวิธีที่ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกัน การดื่มน้ำแก้วเดียวกัน การสัมผัสแตะต้อง กอด จูบชนิดไม่รุนแรง การจาม การโดยสารเรือ หรือ รถประจำทางร่วมกัน การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน การว่ายน้ำในสระเดียวกัน การใช้ห้องน้ำห้องส้วมเดียวกัน การเรียนและการทำงานร่วมกัน การอยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในสถาบันเดียวกัน เป็นต้น ส่วนยุงหรือแมลงก็มีไม่พาหะของโรคเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเอดส์, 2537 ; ประพันธ์ ภาณุภาค, 2535 ; Barnett, 1992 ; Gruber et al., 1989 and Paprocki, 1991 , Quoted in Dilorio et al., 1994; Tanaphan Fongsiri, 1994)

3.2 การรับรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม

แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีเชื้อในร่างกายแล้วก็ตาม ถ้ารับเชื้อเพิ่มเข้ามาจะทำให้มีการเร่งทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นภูมิคุ้มกัน จะทำให้มีอาการเอดส์เร็วขึ้น และการแพร่เชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะมีได้ไม่ว่าผู้ติดเชื้อจะมีหรือไม่มีอาการก็ตาม ดังนั้นผู้ติดเชื้อควรป้องกันการแพร่เชื้อ และป้องกันการรับเชื้อเพิ่มดังนี้

3.2.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่มทางเพศสัมพันธ์ โดยผู้ติดเชื้อควรงดการมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่ากับใครก็ตาม แต่หากไม่ได้ควรมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย (Safe sex) คือใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นสามีภรรยาหรือคู่นอน งดการร่วมเพศทางปาก และทางทวารหนัก หลีกเลี่ยงความรุนแรงในการร่วมเพศที่จะทำให้มีแผลถลอก ลดจำนวนคู่นอน ป้องกันและหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดและน้ำคัดหลั่งต่าง ๆ ขณะมีเพศสัมพันธ์ มีการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง ควรมีการจูบแบบธรรมดาไม่รุนแรงไม่แลกเปลี่ยนน้ำลายกัน และอย่าดื่ม

สุรา ของมีเงินเมาเพราะจะทำให้ควบคุมสติตนเองไม่ได้ ทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537 ; Carr and Gee, 1988)

3.2.2 การป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเพิ่มจากทางเลือด โดยผู้เสพยาเสพติดจะต้องงดเสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ถ้าฉีดไม่ได้ไม่ควรใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับคนอื่น รวมทั้งไม่ควรใช้ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หรืออุปกรณ์สำหรับสักและเจาะหูร่วมกับคนอื่น ไม่สัมผัสเลือดหรือน้ำคัดหลั่งต่างๆ ของผู้อื่นโดยไม่ใส่ถุงมือ/ถุงพลาสติก ป้องกันเลือดหรือน้ำคัดหลั่งของตนเองไม่ให้เปื้อนผู้อื่น เช่น เลือดจากมีดบาด ควรเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ แล้วทำลายสำลี หรือขยะโดยการเผา เป็นต้น ผู้ติดเชื้อไม่ควรบริจาคเลือดหรืออวัยวะให้กับผู้อื่น

3.2.3 การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรตั้งครรภ์ ถ้าสามีติดเชื้อควรคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ พร้อมกับใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ถ้าตั้งครรภ์ควรติดตามการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จนกว่าบุตรจะมีอายุครบ 16/12 ปี เพราะเป็นช่วงที่จะตรวจให้แน่นอนว่าบุตรติดเชื้อหรือไม่

4. การรับรู้การปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรวิตกกังวลมากเกินไป ผู้ที่ยังไม่มีอาการสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ถ้าดูแลสุขภาพให้ดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนก็จะมีชีวิตยืนยาวไปได้อีกหลายปี และการเป็นผู้ติดเชื้อโดยไม่มีอาการนั้น อาจจะไม่กลายเป็นเอดส์ก็ได้ เพราะจากการศึกษาใน 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะป่วยเป็นเอดส์ได้ประมาณร้อยละ 50 (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537) ดังนั้นเมื่อติดเชื้อแล้ว ผู้ติดเชื้อควรปฏิบัติดังนี้

4.1 ไม่รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ไม่ว่าจะจากทางเพศสัมพันธ์ หรือจากทางเลือด

4.2 พยายามทำจิตใจให้เข้มแข็งและมีกำลังใจดี สิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องพยายามปรับใจให้ได้ว่าสิ่งที่ผ่านมาก็ให้ผ่านไป ถ้าทำงานได้ให้หางานทำจะได้ไม่มีเวลาคิดมาก ผิกสมาธิ ผิกการผ่อนคลาย หาวิธีพักผ่อนคลายอารมณ์เครียด ทำจิตใจให้สงบ และไม่ซึมเศร้า เพราะภาวะซึมเศร้าทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง

4.3 บำรุงร่างกายให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารทุกชนิดที่มีประโยชน์ และมีปริมาณที่เพียงพอ งดของมีเงินเมาทุกชนิด งดสูบบุหรี่ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เล่นกีฬาต่างๆ เพราะการเล่นกีฬานอกจากจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงแล้วยังช่วยผ่อนคลายความเครียดได้นอกจากนี้ควรมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

4.4 สถานะการติดเชื้อโรค ได้แก่

4.4.1 อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ถ้าทำงานในที่ที่มีฝุ่นฟุ้ง ควรหาผ้าปิดปาก ปิดจมูก

4.4.2 ไม่ควรไปเยี่ยมหรือเข้าใกล้ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพราะภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายผู้ติดเชื้อจะต่ำกว่าคนอื่น ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย

4.4.3 รับประทานอาหารที่สะอาด และปรุงสุกใหม่ ๆ

4.4.4 ไม่ควรเลี้ยงสัตว์ทุกชนิด เช่น นก สุนัข แมว ไม่ควรทำความสะอาดกรงสัตว์ เพราะสัตว์เหล่านั้นมีเชื้อโรคและพยาธิมาก อาจติดเชื้อโรคจากสัตว์ได้

4.5 งดการบริจาคเลือดหรืออวัยวะให้ผู้อื่น

4.6 หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์เพราะอาจถ่ายทอดเชื้อให้ลูกได้

4.7 คบหาสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องหลบซ่อน หรือเก็บตัวอยู่คนเดียว เพราะการแพร่เชื้อไม่เกิดจากการพูดคุย การสัมผัสและต้องตัว การอยู่ร่วมกัน ฯลฯ

4.8 ควรระมัดระวังไม่ให้เลือด หรือน้ำคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำมูก น้ำเหลืองจากแผล ปัสสาวะ และสิ่งขับถ่ายต่าง ๆ มีให้กระเด็นหรือเปื้อนผู้อื่น เพราะสิ่งเหล่านี้อาจมีเชื้อเอชไอวีปะปนออกมาได้ การบ้วนน้ำลายหรือเสมหะ ควรใช้ภาชนะรองรับที่สามารถนำเอาไปทิ้งหรือทำความสะอาดได้สะดวก

4.9 รับประทานอาหาร และเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เมื่อร่างกายเปื้อนเลือด น้ำเหลือง อาเจียน ปัสสาวะ หรือสิ่งขับถ่าย เสื้อผ้าที่ใช้แล้วควรนำไปซักให้สะอาด และตากให้แห้งก่อนนำไปใช้ต่อไป เสื้อผ้าที่ไม่เปื้อนเลือดสามารถซักร่วมกับเสื้อผ้าของผู้อื่นได้

4.10 สามารถใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังอย่าให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ เสมหะ อาเจียน เปื้อนพื้น โถส้วม อ่างล้างมือ ควรจะล้างด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างห้องน้ำที่มีส่วนผสมของคลอรีน เป็นประจำทุกวัน และล้างมือทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ

4.11 ผู้ติดเชื้อสามารถรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่น ๆ ได้ ด้วยงาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ หลังใช้แล้วควรล้างให้สะอาด แล้วทิ้งไว้จนแห้งก่อนนำไปใช้อีก

4.12 ควรติดต่อกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาโดยใกล้ชิดเป็นระยะ ๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ชีต ไข้ ไอหอบ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ฯลฯ ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โอเร็ม (1991) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำด้วยตัวเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกหรือความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั้น โดยปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความพิการอาจต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นกับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองมีดังนี้

1. เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดความเสี่ยงไว้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จะมองว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะการพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ การที่บุคคลจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม แล้วพิจารณาว่า สิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมกับสถานะการณ์ และให้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในภายนอก เพราะความรู้จะช่วยในการสังเกต และการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

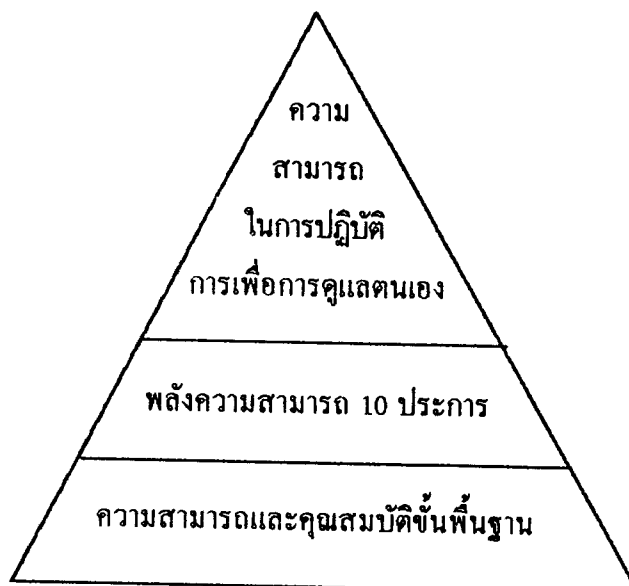
ระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป้าหมายที่กำหนดขึ้นนี้ นอกจากจะช่วยเลือกกิจกรรมที่จะกระทำแล้ว ยังสามารถนำมาเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วย เมื่อตั้งเป้าหมายเสร็จแล้ว บุคคล จะต้องตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร จะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์

อะไรบ้าง คนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านี้หรือไม่ จะกระทำได้อีกต้องหรือมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การกระทำนั้นขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง เป็นต้น

ผู้คิดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และบทบาทในครอบครัวของผู้คิดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมากนั้น ถ้าผู้คิดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี นอกจากจะช่วยลดภาระที่มีต่อครอบครัวและสังคมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต ทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นเท่าที่ควรจะเป็น และช่วยให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง หรือให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นนิมิตที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 ; Orem, 1991)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self- care operation)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : Enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

แกสและคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้ วิเคราะห์นิมิตของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

จากแผนภูมิที่ 3 จะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 ; Orem, 1991)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities of self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งเป็นความสามารถที่จะสะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการคือ การคาดการณ์ (Estimative operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบ เพื่อที่จะทราบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และวิถีทางที่จะสนองตอบความต้องการนั้น การปรับเปลี่ยน (Transitional operations) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การลงมือปฏิบัติ (Productive operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนมีการปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งคุณค่าของตัวเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษา ด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถและข้อจำกัดที่มีอยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพดี ทำให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปได้อย่างเหมาะสมตามสภาพ ช่วยบรรเทาอาการของโรคไม่ให้ป่วยเป็นเอดส์เร็วจนเกินไป และทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะของโรคนั้น ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเสียก่อน ทั้งนี้เพราะการรับรู้จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการยอมรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อรักษาโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) และการรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่สำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการแสดง พฤติกรรมในเรื่องต่างๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดหรือการรับรู้ในเรื่องนั้น ๆ (สถิต วงศ์สวรรค์, 2529) ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้ในเรื่องต่างๆ ในทางดี ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและถูกต้องด้วย ตรงกันข้ามถ้ามีการรับรู้ในทางไม่ดี ก็จะส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องได้ ฉะนั้นถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีและถูกต้อง ก็น่าจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมและถูกต้องด้วยเช่นกัน มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เสมอจันทร์ อณะเทพ (2535) ศึกษาในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดทางเส้นโลหิตที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทราโคน มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษที่จังหวัดเชียงราย ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2537) ศึกษาในสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อัจฉรา สนธิรัตน์ (2537) ศึกษาในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุลและคณะ (2537) ศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ และการศึกษาของ เอ็มมอน และคณะ (Emmon, 1986 อ้างถึงใน ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2537) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัลลาร์ด (Allard, 1989 อ้างถึงใน ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2537) ที่พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า มีการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง และเห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ติดเชื้อป่วยเป็นเอดส์ช้าลง มีอายุยืนยาวขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ได้ โดยผู้ติดเชื้อน่าจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และถูกต้องมาก่อน ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม จึงต้องตระหนักถึงเรื่องดังกล่าว

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

นอกจากการรับรู้จะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว โอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไปซึ่งปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะของโรค และระยะเวลาตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน

อายุ เป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิตและการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจ การมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุ และวุฒิภาวะสูงขึ้น จะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะถูกพัฒนามากขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ผลการศึกษาที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) มัลลิกา ตั้งเจริญ (2535) เสมอจันทร์ อนะเทพ (2535) จิราพร อมราภิบาล (2536) ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2537) แต่ผลการศึกษาที่พบว่าอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ แพรวระพี เรืองเดช (2534) น้อมจิตต์ สกฤตพันธุ์ (2535) เคือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) และเกศินี ไชนิล (2536)

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพและการรักษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1985) ซึ่งการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลสามารถคิดพิจารณาสถานการณ์ของตนดีขึ้น ทำให้รับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจและทำให้สนใจศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Jalowice and Powers, 1981) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp and Sayles, 1986) เพราะบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982) ซึ่งสอดคล้องกับเจนกินส์ (Jenkins, 1978) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่รับมาแก้ไขปัญหาและผู้มีการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (Rueb, 1974) ผลการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) แพรวระพี เรืองเดช (2534) มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) เกศินี ไชนิล (2536) จิราพร อมราภิบาล (2536)

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) และศิริวรรณ แสงอินทร์ (2537) ส่วนผลการศึกษานอมนิจิตต์ สกฤตพันธุ์ (2535) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือผู้มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดีเท่ากับผู้มีการศึกษาต่ำ และผลการศึกษาของเสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ถึงแม้จะมีระดับการศึกษามากน้อยเพียงใด ก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

รายได้ครอบครัวยึดต่อเดือน บุคคลที่มีรายได้สูงกว่า จะมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่าด้วย จึงทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาดีกว่า และสามารถที่จะใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมเพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการของตนเองดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Kasl and Cobb, 1966 ; Robert, 1988 ; Steele and Mcbroom, 1972 , Quoted in Somchit Hanucharumkul, 1988) ผลการศึกษาที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) เกศินี ไช้ณิล (2536) จิราพร อมราภิบาล (2536) จารุณี สดคี (2537) ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2537) แต่ผลการศึกษาที่พบว่ารายได้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ เอื้อมพร กาญจนรังสัชชัย (2532) แพรวระพี เรืองเดช (2534) นอมนิจิตต์ สกฤตพันธุ์ (2535) และเดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536)

อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลในด้านการปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับการได้พักผ่อนตามความต้องการของร่างกายของผู้ติดเชื้อ และเป็นสิ่งที่แสดงถึงภาระงานที่ผู้ติดเชื้อต้องกระทำตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ที่มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงานมาก หรือทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้อ่อนเพลียล้า ศักยภาพในการดูแลตนเองลดลง ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และในกลุ่มอาชีพต่างกัน จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่างกัน และส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกันด้วย จากการศึกษาของอัญญา สมนิรัตน์ (2537) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อเอดส์สูงของจังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของเอื้อมพร กาญจนรังสัชชัย (2532) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม (2537) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะคู่สมรส (Spouse) สามารถปฏิบัติบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล (Dependent care agent) ที่จะเอื้ออำนวยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al., 1984 , Quoted in Somchit Hanucharumkul, 1988) พบว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ยังไม่แต่งงาน และมีการดูแลตนเองดีกว่าด้วย และบุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด มีคนที่รู้จักไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุ และบริการต่างๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Orem, 1985) ผลการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนจากคู่สมรสจะช่วยให้บุคคลปรับตัวมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ดี ได้แก่ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531) และ Somchit Hanucharumkul (1988) แต่ผลการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532) แพรวระพี เรืองเดช (2534) และเสมอจันทร์ อนะเทพ (2535)

ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงการมีบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง ที่อยู่ด้วยกันกับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การแบ่งเบางานที่ต้องรับผิดชอบ การเป็นกำลังใจ การให้ข้อมูลความรู้ และคำแนะนำต่างๆ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และมีการปรับตัวดีขึ้น จากการศึกษาของ Somchit Hanucharumkul (1989) พบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของพร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม (2537) พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง นั่นคือถึงแม้จะมีลักษณะครอบครัวอย่างไรก็มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ระยะของโรค ถ้าระยะของโรครุนแรงขึ้น จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถจะกระทำการกิจกรรมใด ๆ ได้ตามที่ต้องการ ทำให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ หรือตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แต่ไม่เพียงพอ ดังนั้นระยะของโรคจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Somchit Hanucharumkul (1989) พบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vanlente และคณะ (1993) ที่พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน

ระยะเวลาตั้งแต่รับรู้ว่ามีโรคเรื้อรังจนถึงปัจจุบัน เป็นการบ่งบอกถึงประสบการณ์สำคัญ ที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคล และเป็นสิ่งที่ร่วมกำหนดถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย (Orem, 1991) ซึ่งการที่บุคคลผ่านการเจ็บป่วยหรือเคยดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตอันหนึ่ง ที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวคือผู้ที่มีประสบการณ์ หรือผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยมานาน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัว มีการยอมรับและมีการแสวงหาวิธีการดูแลตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่เพิ่งรู้ว่าตนเองป่วยหรือผู้ที่ไม่เคยผ่านการเจ็บป่วยมาก่อน จากการศึกษาของ นวลขนิษฐา ลิ้มปณวัฒน์ (2531) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคาดเวลล์ และคณะ (Cald Well et al., 1970) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา แต่มีผลการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ สุนันทา ภูเกื้อเลี้ยง (2524) รัตนา มาศเกษม (2527) นุชบา ดันติศักดิ์ (2535) จิราพร อมราภิบาล (2536) จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย (2537) สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2538)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ ดังที่กล่าวมาพบว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้แน่ชัด ดังนั้นจึงต้องการการศึกษาและคำอธิบายอีกต่อไป