

แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
โรคเอดส์



ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

อภินันท์นาการ

จาก

นิสิตภาควิชาเคมี มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974 - 589 - 268 - 8

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

๗๗

๑๑๕๗

๒๕๔๐

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

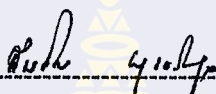
แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

โรคเอดส์



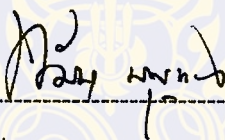
ลดาวัลย์ ชู่นประเสริฐพงศ์

ผู้วิจัย



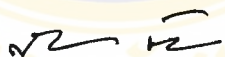
สมจิต หนูเจริญกุล วทบ (พยาบาล) , M.S., N , Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง ค.บ. , M.S. , Ed.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



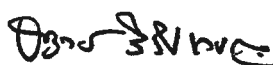
ศิริพร จัมภลิจิต วทบ. (พยาบาล) , M.S. , Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ธวัชชัย วรพงษ์วร วทบ., M.A. , Ph.D.

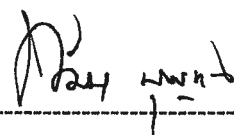
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ. , F.R.C.P.

บัณฑิตวิทยาลัย



ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S. , Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

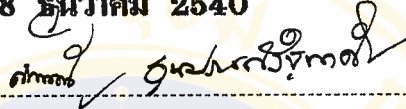
เรื่อง

แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
โรคเอดส์

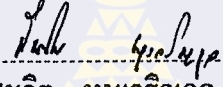
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

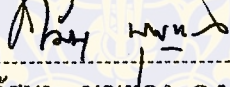
วันที่ 18 ธันวาคม 2540


ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

ผู้วิจัย


สมจิต หนูเจริญกุล วท.บ (พยาบาล) , M.S.N., Ph.D.

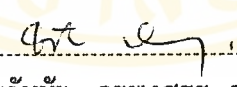
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ทัศนา บุญทอง ค.บ. , M.S. , Ed.D.

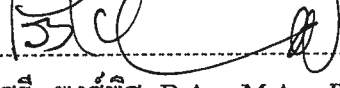
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ศิริพร จัมภลจิต วท.บ. (พยาบาล) , M.S. , Ph.D.

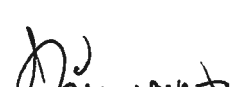
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


รัชชัย วรพงศ์ธร วท.บ., M.A. , Ph.D.

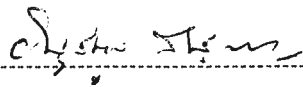
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


เสรี พงศ์พิศ B.A. , M.A. , Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

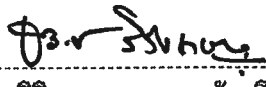

ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S. , Ed.D.

คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล


อนวัตร ลิ้มสุวรรณ , พ.บ., Dr.PH.

(Epidemiology) ,F.A.C.P.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


อดุลย์ วิริยเวชกุล , ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ. ,F.R.C.P.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต รองศาสตราจารย์ ดร. ชวชัย วรพงศธร อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนุวัตร ถัมสุวรรณ รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้แนวคิด คำแนะนำ ความเข้าใจ และกำลังใจ ซึ่งมีค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงมาในโอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนุวัตร ถัมสุวรรณ ซึ่งนอกจากจะให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว ยังให้การช่วยเหลือแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จริยวัตร คมพัยค์ม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ความเอื้ออาทร ความห่วงใย และการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดียิ่งมาตลอด และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาราศนราศูร ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ อาจารย์ เฌอญ ฌนอมพงษ์ชาติ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และ คุณ อรทัย โสมนรินทร์ โรงพยาบาลปาราศนราศูร ที่ได้ให้การช่วยเหลือและกรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในไมตรีจิตและความปรารถนาดีของคุณทั้งสองด้วยน้ำใสใจจริง และขอขอบคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและยินดีสละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้การวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สุนทรี ภาณุทัต หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ และ รองศาสตราจารย์ วันดี เสวตมาลย์ หัวหน้าพยาบาลหน่วยเวชศาสตร์ทั่วไปและฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี ที่ให้การสนับสนุนให้ผู้วิจัย ได้มีโอกาสศึกษาในระดับปริญญาเอก และคอยเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้สติปัญญา ปลุกฝังความใฝ่รู้ความพากเพียรในการศึกษา ความเป็นผู้มีคุณธรรม ความเป็นผู้มีเหตุมีผล และคอยให้ความรักความห่วงใย และให้การสนับสนุนอย่างดียิ่งที่หาใครเสมอเหมือนมิได้ และขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

3736839 NSNS/D : สาขาวิชา : พยาบาลศาสตร์ ; พย.ค. (พยาบาลศาสตร์)

ศัพท์สำคัญ : การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ / บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง / การรับรู้ที่เป็นตรา
 บาป / การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ / ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
 โรคเอดส์

ลดวาลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ : รูปแบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่
 ที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (A CAUSAL MODEL OF ROLE ADAPTATION
 IN HIV INFECTED AND AIDS PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : สมจิต
 หनुเจริญกุล, PhD. ทศนา บุญทอง, EdD. ศิริพร ชัมภลิจิต, PhD. รัชชัย วรพงษ์สร , PhD 182
 หน้า ISBN 974-589-268-8

เอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่พบมากในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ
 มักเป็นหัวหน้าหรือเป็นผู้มีรายได้หลักของครอบครัว ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพและ
 ปัญหาการรังเกียจจากสังคมตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากใน
 การปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบรูป
 แบบเชิงสาเหตุภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัย
 เชิงเหตุคือ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการ
 แสดงของโรค การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตรา
 บาป ต่อผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน
 367 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลด้วยโปรแกรมลิสเรล
 (LISREL) เวอร์ชัน 8.10

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่
 ได้แก่ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.35$ $p < .05$) เพศ ($\beta = 0.15$ $p < .05$) ฐานะทาง
 เศรษฐกิจ ($\beta = 0.15$ $p < .05$) และการศึกษา ($\beta = 0.11$ $p < .05$) ส่วนการรับรู้ที่เป็นตรา
 บาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบ ($\beta = -0.18$ $p < .05$) ต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ นอก
 จากนี้ยังพบว่า ตัวแปรทุกตัวในรูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวทางด้านบท
 บาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38 การวิจัยสนับสนุนความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีที่สร้างขึ้นเป็นส่วน
 ใหญ่ คือ การศึกษา เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งและการรับรู้ที่เป็นตราบาป
 ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ภายใต้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผลการวิจัยนี้
 เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

3736839 NSNS/D : MAJOR : NURSING ; D.N.S (NURSING)
 KEY WORD : DISCLOSURE OF HIV INFECTED / HARDINESS
 PERSONALITY / STIGMA PERCEPTION / ROLE
 ADAPTATION / HIV INFECTED AND AIDS

LADAVAL OUNPRASERTPONG : A CAUSAL MODEL OF ROLE
 ADAPTATION IN HIV INFECTED AND AIDS PATIENTS. THESIS
 ADVISORS : SOMCHIT HANUCHARURNKUL, PhD. TASSANA
 BOONTONG Ed.D, SIRIPORN KHAMPAKIT, PhD. , TAVATCHAI
 VORAPONGTHORN Ph.D, 182 P. ISBN 974 - 589-268 -8

AIDS is an incurable and severe communicable disease mostly found among people in their fertile and working ages. Most of the infected are the heads of families who are also the main income earners. AIDS patients face not only health problems but also social problems because of their illness, causing difficulties in adjusting to their daily lives in society. This study aimed to test the causal model within the conceptual framework of Roy's adaptation theory which illustrated the relationship of causal factors, ie. educational level, economic status, sex, symptom severity, disclosure of HIV infection, hardiness personality, and stigma perception affecting role adaptation. This study tested the model with a sample group of 367 HIV infected and AIDS patients. All data were analysed by using LISREL program version 8.10.

The findings of this study revealed that the factors directly affecting role adaptation positively are hardiness personality ($\beta = 0.35$ $p < .05$), sex ($\beta = 0.18$ $p < .05$), economic status ($\beta = 0.15$ $p < .05$) and education ($\beta = 0.11$ $p < .05$). Stigma perception is the only variable that has directly negative effect on role adaptation ($\beta = -0.18$ $p < .05$). In addition, it is found that symptom severity has an indirectly negative effect on role adaptation via disclosure of one's infection, hardiness personality and stigma perception. Economic status also has an indirect positively effect on role adaptation through disclosure of one's infection, hardiness personality and stigma perception. All variables in this model can collectively explain 38 % of variance in role adaptation. The research results support Roy's theoretical proposition on role adaptation as it related to variables like education, sex, economic status, hardiness personality and stigma perception.

Several recommendations, based on these findings were proposed and discussed regarding ways to enhance the potential of role adaptation in HIV infected and AIDS patients. The study suggested that further testing of nursing strategies through experimental research should be made requisite in the future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่	
1. บทนำ	1
2. ทบทวนวรรณกรรม	25
3. วิธีดำเนินการวิจัย	69
4. ผลการวิจัย	81
5. อภิปรายผล	110
6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	139
เอกสารอ้างอิง	150
ภาคผนวก	162
ประวัติผู้วิจัย	182

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1.	จำนวนร้อยละ ของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	82
ตารางที่ 2	จำนวนร้อยละ การรับรู้การติดเชื้อและการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ	84
ตารางที่ 3.	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และผลลัพธ์ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่โดยรวมและตามรายด้าน	85
ตารางที่ 4.	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	86
ตารางที่ 5.	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ทั้ง 4 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	87
ตารางที่ 6.	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ตามบทบาททฤษฎีทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	88
ตารางที่ 7.	ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัย ระยะเวลาการติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตราบาป และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	89
ตารางที่ 8.	ค่าสถิติต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องของรูปแบบเต็มรูปแบบตามสมมุติฐานครั้งแรก	90
ตารางที่ 9.	ค่าสถิติต่างๆที่ใช้ในการประเมิน ความสอดคล้องของรูปแบบตามสมมุติฐาน ภายหลังตัดตัวแปรระยะเวลาการติดเชื้อออก	93
ตารางที่ 10.	ค่าสถิติต่างๆที่ใช้ในการประเมิน ความสอดคล้องของรูปแบบตามสมมุติฐาน ภายหลังเพิ่มเส้นทาง จากระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงไปยังบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	94
ตารางที่ 11.	ค่าสถิติมาตรฐาน และสถิติที่เกี่ยวข้องจากการทดสอบแบบจำลองทางทฤษฎี ภายหลังตัดตัวแปร ระยะเวลาการติดเชื้อออกและเพิ่มเส้นทาง จากระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ไปยังบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	97
ตารางที่ 12.	ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องรูปแบบ ภายหลังตัดเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญออก 12 เส้นทาง	98

	หน้า
ตารางที่ 13. ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องรูปแบบภายหลังตัดเส้นทางระหว่างปัจจัยจากบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ	100
ตารางที่ 14. ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องรูปแบบภายหลังตัดเส้นทางเพิ่มขึ้นอีก 1 เส้น คือจากการศึกษาไปยังการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ	101
ตารางที่ 15. เปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายความแปรปรวน ของตัวแปรภายในแต่ละตัวซึ่งถูกอธิบายโดยรูปแบบเดิมตามแผนภาพที่ 5 กับรูปแบบจำลองที่กระจัดกระจายที่สุด ตามแผนภาพที่ 7	103
ตารางที่ 16. ค่าอิทธิพลโดยรวม อิทธิพลโดยตรง และ อิทธิพลโดยอ้อมของตัวแปรภายนอกที่เป็นสาเหตุส่งผลต่อตัวแปรภายในและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	104
ตารางที่ 17. ค่าอิทธิพลโดยรวม อิทธิพลโดยอ้อม และอิทธิพลทางตรงของตัวแปรภายใน ที่ส่งผลต่อตัวแปรภายในและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	108
ตารางที่ 18. ผลการวิเคราะห์การสกัดองค์ประกอบ โดยวิธี Principal Component Analysis ของแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราใบ	174
ตารางที่ 19. คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Analysis) และค่าความร่วมกัน ของข้อคำถามแต่ละข้อในองค์ประกอบ	175
ตารางที่ 20. ผลการวิเคราะห์การสกัดองค์ประกอบ โดยวิธี Principal Component Analysis ของแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	178
ตารางที่ 21. คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Analysis) และค่าความร่วมกัน ของข้อคำถามแต่ละข้อในองค์ประกอบ	179

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1. โครงสร้าง มโนคติ ทฤษฎี ตัวชี้วัดในการวิจัย	12
แผนภาพที่ 2. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Full Model)	13
แผนภาพที่ 3. แสดงกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย	34
แผนภาพที่ 4. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังตัดตัวแปรระยะเวลาการติดเชื้อออก	92
แผนภาพที่ 5. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังเพิ่มเส้นทางจาก ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไปยังบุคลลิกภาพที่เข้มแข็งตาม Modification Index	95
แผนภาพที่ 6. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังตัดเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญออก	99
แผนภาพที่ 7. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เป็นรูปแบบที่กระชับที่สุด	102

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่กำลังระบาดอยู่ในประเทศต่างๆทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประเมินและคาดการณ์ว่าในอีก 3 ปีข้างหน้า คือปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคน สำหรับประเทศไทยนับแต่โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้ามา โดยพบผู้ป่วยรายแรกในปีพ.ศ. 2527 จากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการระบาดของโรคทวีความรุนแรงขึ้นทุกปี ซึ่งอุบัติการณ์ล่าสุด พบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวมสะสมตั้งแต่ พ.ศ. 2527 เป็นจำนวน 27,349 ราย และผู้ป่วยเอดส์สะสมรวมตั้งแต่ต้น จำนวน 65,792 ราย และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่มีอาการจำนวน 800,000 ราย (กองโรคบาวิทยา กระทรวงสาธารณสุข , กรกฎาคม 2540) ทำให้ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในอันดับที่ 3 ของโลก รองจากซิมบับเว และบอสวานา (พรพันธ์ บุญรัตพันธ์ , และ คณะ 2539 : 4) และจากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เป็โรคนี้ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 4.6 : 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นการติดเชื้อของเพศหญิงที่มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 78.22 ของผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยทำงาน และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คือช่วงอายุระหว่าง 20 - 39 ปี และยังรายงานว่าพบมากที่สุดในกลุ่มอาชีพที่ใช้แรงงานรับจ้างทั่วไป ถึงร้อยละ 46.99 รองลงมาคืออยู่ในกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 21.94 (กองโรคบาวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , กรกฎาคม 2540 : 1-5) นอกจากนี้จากการศึกษาของ ดวงกมล วัตราคูญ์ (2538 : 43) ยังพบว่าผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 46.2 และจากการประมาณการณ์ในปี 2548 ประเทศไทยจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากที่สุด ในกลุ่มอายุ 20 -39 ปี ถึงร้อยละ 75 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข , 2538 ค : 2-3) ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีค่าซึ่ง ที่เป็กำลังสำคัญของครอบครัว ชุมชน และ ของประเทศชาติโดยรวม

อุบัติการณ์ของโรคเอดส์พบมากในวัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ (กองโรคเอดส์ กรกฎาคม 2540 : 1-5 ; Christ ; Siegel and Moynihan ,1988 cited in Siekel & Krauss , 1991 : 14) ซึ่งรอย (Roy , 1984) กล่าวว่า วัยนี้จัดว่าเป็นวัยแห่งทางสองแพร่งที่บุคคลจะก้าวไปสู่ความสมหวัง หรือความล้มเหลวในชีวิต ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเป็นช่วงชีวิตที่มีความสำเร็จทั้งด้านสังคม ตำแหน่ง หน้าที่การงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความมั่นคงและเจริญก้าวหน้าในชีวิต จึงมีบทบาทหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น การเป็นผู้นำครอบครัว ทั้งยัง

ต้องบากบั่นเพื่อการทำงานสร้างฐานะและความมั่นคงทางด้านการธุรกิจให้กับครอบครัว ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว รวมทั้งยังต้องเป็นที่พึ่งพาของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนยังต้องมูมานะเพื่อสร้างชื่อเสียงเกียรติยศให้กับตนเอง เพื่อการยอมรับนับถือตามความคาดหวังและค่านิยมของสังคมต่อไป เมื่อเอดส์เข้ามาในชีวิต มีผลทำให้แบบแผนชีวิตที่ได้วางไว้ต้องเปลี่ยนแปลงไป ความหวังและอนาคตต้องพังทลายลง เพราะโรคร้ายที่ยังไม่มีทางรักษาให้หาย เขาเหล่านั้นต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้นไปจากเดิม คือบทบาทของการเป็นผู้ป่วย (Sick Role) ซึ่งเป็นบทบาทที่ถาวรและเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อทุกมิติของสุขภาพทั้งกายจิตและสังคมภายหลังได้รับเชื้อ นับตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง ไม่มีสมาธิในการทำงาน ความจำเสื่อม หลงลืมก่อนวัย อ่อนเพลีย ผอมแห้ง ต้องขาดงานบ่อยๆ บางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมได้ อาจต้องหยุดงาน หรือถูกไล่ออกจากงานเพราะการรังเกียจของสังคม (Christal & Jackson, 1989 : 77) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวรายได้ต้องลดลงหรือขาดหายไป ในขณะที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาทิเช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งค่าติดต่อแสวงหาการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีชีวิตยืนยาว หรือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์และความยากลำบากต่างๆ ในชีวิต (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสมุญต์, 2534 : 31 ; เสรี พงศ์พิศ 2538 : 28)

ความยากลำบากในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญคือการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งเป็นอิทธิพลมาจากสังคมรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวถูกประณาม กลัวการนำความอับอายเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่วงศ์ตระกูล (อรอนงค์ อินทรวิจิตร , 2533 : 15 ; Blunting , 1996 : 66) ผู้ป่วยบางรายจึงไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ มีพฤติกรรมเก็บตัว และหลีกเลี่ยงสังคม (Sadovski , Richard , 1991 : 2066 ; Siegel & Krauss 1991 : 22 - 24) และเมื่อคิดจะเปิดเผยความจริงหลายรายที่ตัดสินใจไม่ดีกว่าจะบอกใครดี เพราะไม่แน่ใจว่าเขาเหล่านั้นจะเก็บความลับได้หรือไม่ (Gaskins and Brown, 1992 : 14) และเมื่อสถานะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้นจนปรากฏอาการให้ผู้อื่นเห็นชัดเจน ไม่สามารถจะปกปิดได้อีกต่อไป จะยังเกิดความกังวล กลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป กลัวการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ขาดผู้เหลียวแล (Steven, 1996 : 156) บางรายยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ใจยิ่งเพิ่มมากขึ้น หดท้อกำลังใจที่จะสู้ชีวิต บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง (Faugier ,1993 :145) บางรายประชดตนเองโดยไม่ยอมลดละพฤติกรรมเสี่ยง ลงโทษสังคมโดยการหาทางแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเพื่อเป็นการแก้แค้น

(Dille, 1985 cited in Dipasqual, 1990 : 27 Gaskin & Brown, 1992 : 114) ซึ่งมีผลทำให้สุขภาพร่างกายกลับทรุดโทรมเร็วยิ่งขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบ่อยๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มขึ้น และพลอยวิตกกังวล ทุกข์ร้อนไปกับผู้ป่วยด้วย บางรายอาจเสียสัมพันธภาพกับครอบครัวและเกิดความไม่เข้าใจกัน ทำให้ความรักความสงสารที่มีต่อผู้ป่วยต้องสูญหายไป ผลสุดท้ายก็คือ ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง และขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดี จากสมาชิกในครอบครัว (Sadoski ; Richard ,1991 : 2066)

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า อุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไปถึงร้อยละ 45.25 (กองระบาดวิทยา , 2540 : 5) ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้เป็นผู้มีสภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มักขาดทักษะในการแสวงหาความรู้ และแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคู่สามีภรรยาที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการมีชีวิตร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ มักทำให้สัมพันธภาพของคู่สมรสต้องเปลี่ยนแปลงไป คู่สมรสบางรายไม่อาจยอมรับความจริงได้ เกิดความรังเกียจ ความอายที่ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง บางรายอาจทอดทิ้งอีกฝ่ายหนึ่งไป เพราะความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์มีน้อย เกิดความกลัวการติดเชื้อมาสู่ตนเอง หรือบางรายอาจละทิ้งไปเพราะเกรงว่าตนต้องรับภาระเลี้ยงดูบุตรตามลำพังเมื่ออีกฝ่ายต้องเสียชีวิตลง (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา , 2537 : 218) แม้ว่าคู่สมรสบางรายจะยอมรับความจริงและมีความรู้ว่าจะต้องป้องกันตนเองมิให้รับเชื้อจากฝ่ายตรงข้าม หรือมิให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่นก็ตามพฤติกรรมต่างๆ ที่พึงปฏิบัติต่อกันฉันท์สามีภรรยา ก็มักจะไม่เหมือนเดิม เพราะทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ที่ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึกอยู่ตลอดเวลาว่าสามารถติดต่อได้ง่ายทางเพศสัมพันธ์ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวล สับสน ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส โดยเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการทางเพศสูงตามธรรมชาติอยู่แล้ว (Zimbardo , 1979 : 204) เมื่อต้องพบกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ผู้ป่วยเพศชายมักมีปัญหเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง ทำให้รู้สึกว่าคุณเสียความเป็นชาย (Rickus , 1987 : 184) บางครอบครัวต้องประสบกับความยุ่งยากในการตัดสินใจมีบุตรร่วมกัน รวมทั้งการตัดสินใจที่จะทำลายบุตรในครรภ์ หรือตั้งครรภ์ต่อไป (บังอร ศิริโรจน์ และ คณะ 2538 : 105) ซึ่งโอกาสที่บุตรจะกลายเป็นเด็กกำพร้า เนื่องจากพ่อแม่ป่วยตายด้วยสาเหตุของโรคเอดส์มีสูง (วาทีณี บุญหลักมี และ พิธิป เกสร์ 2537 : 2) จากสถานการณ์เหล่านี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจ สมาชิกในครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันทางความคิด มีการขัดแย้งกันระหว่างคู่บทบาท เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพที่เคยกลมเกลียวกัน ส่งผลต่อเนื่องไปถึงความมั่นคงในชีวิตของคู่สมรสในระยะต่อมา (Sadoski , 1991 : 2066)

✓ เอดส์จึงเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่กระทบต่อการดำรงบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role) หากผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลรอบข้างและสังคม อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวดำรงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคล และเป็นความจำเป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันในสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงทางด้านจิตสังคมของบุคคลที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี (Roy, 1984) ดังนั้นการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะกับบทบาทการทำงาน (Work Role) บทบาทคู่สมรส (Spouse Role) และบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role) ซึ่งเป็นบทบาทถาวรและเกิดขึ้นในระยะเวลายาวนาน และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงสมควรได้รับความสนใจ และมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัย เพื่อทำความเข้าใจในปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมประสิทธิภาพการพยาบาล และการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ศาสตร์การพยาบาลต่อไปในอนาคต

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในลักษณะความสัมพันธ์ (Correlational study) ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการปรับตัว ซึ่งให้ความรู้ในระดับอธิบาย (Explanatory Theory) ยังไม่พบรายงานการศึกษาในลักษณะความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal relation) ซึ่งให้ความรู้ในระดับการทำนาย (Predictive Theory) นอกจากนี้ยังไม่พบรายงานการศึกษาเฉพาะเจาะจงในส่วนที่เป็นการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งถือว่า เป็นความจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม (Roy, 1984) การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในครั้งนี้เป็นการเน้นศึกษาเฉพาะ บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคคลและเป็นบทบาทที่มีปัญหามากที่สุด เพราะเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นอย่างถาวร หรือทำให้บุคคลต้องแสดงบทบาทนี้อยู่ยาวนานหรือตลอดชีวิต บุคคลจึงเกิดปัญหากับบทบาททุติยภูมิก่อนข้างมาก และแตกต่างไปจากบทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) ซึ่งเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเกิดมาและพัฒนาไปตามวัยของการเจริญเติบโต คือบทบาทของการเป็นลูก บทบาทของการเป็นวัยรุ่น บทบาทของการเป็นนักเรียน เป็นต้น ซึ่งไม่ต้องรับผิดชอบอะไรมากนัก ในขณะที่บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) เป็นบทบาทชั่วคราว ซึ่งบุคคลสามารถเลือกสรรตามความสนใจ หรือบางคนอาจไม่เลือกเข้ามาเป็นบทบาทนี้ หรือจะยกเลิกการมีบทบาทนี้เมื่อไรก็ได้ เช่น บทบาทของการเป็นสมาชิกองค์กรต่างๆในสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ที่เป็นบทบาททุติยภูมิ โดยมุ่งเน้น บทบาทสามีภรรยา บทบาทการทำงาน และบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นส่วนใหญ่

โดยการศึกษาในครั้งนี้ให้ความสนใจว่าปัจจัยนำเข้าต่อไปนี้เป็นคือ ระดับอาการและการแสดงของโรค ระดับการศึกษา การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ และฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

นอกจากนี้ปัจจัยกระบวนการคิดรู้ (Cognator Process) ที่เลือกมาศึกษาคือ “การรับรู้ที่เป็นตราบาป” (Stigma Perception) ซึ่งคาดว่ากระบวนการคิดรู้นี้น่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาปที่ผ่านมา จะเป็นการศึกษาถึงความคิดเห็นทัศนคติของบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในลักษณะ “ตราบาป” ที่ผู้คนในสังคมมีต่อผู้ป่วย (Social Stigmatization) (Herek & Capitano, 1993) หรือเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2533; Kelly and Lawrence, 1987; Maj M; 1990; Walkley, Taylor and Green, 1990; Lawrence, Husfeldt and Kelly, 1990; Siminoff, Erlen and Charles, 1991; Gasyin & Browns, 1992) และงานวิจัยส่วนใหญ่ มักเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่างๆ (Type of Social Support) รวมทั้งเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Adelman, Mara, 1989; Mc Gough, K.N. 1990; Zick and Temoshok cited in Lasher and Ragsdale, 1989; Dipasquale 1990; Byers 1993; ดวงกมล วัตราคูลย์, 2537; เขียวลักษณ์ บรรจงปรุ และ เรณา พงษ์เรืองพันธ์, 2538) นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปที่ผ่านมานั้น เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2537; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2537; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539; Laryea & Gien, 1993; Herek & Capitano, 1993) ซึ่งให้ความรู้ในระดับลึก แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษา ถึงการรับรู้ที่เป็นตราบาปในเชิงปริมาณที่แสดงความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลกับปัจจัยอื่นๆ

ในประเด็นความรู้ที่ผ่านมานี้ แม้จะช่วยทำให้เราเข้าใจว่าสังคมคิดอย่างไรและมีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างไร ปัจจุบันก็ยังพบว่าผู้คนในสังคมยังคงมีความรังเกียจผู้ป่วยเอดส์อยู่ แม้สื่อมวลชนทั้งภาครัฐและเอกชนจะช่วยกันรณรงค์ให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ทัศนคติของผู้คนในสังคมก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถไปลบเลือนความรู้สึกรังเกียจแบ่งแยกผู้ป่วยเอดส์ได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ดังนั้นจุดเน้นของการวิจัยในครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจ การรับรู้ของผู้ป่วย ว่าเขามีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรต่อตราบาปที่สังคมมอบให้เขาเหล่านั้น รวมทั้งปริมาณการรับรู้ที่เป็นตราบาปนั้นมีมาก

น้อยเพียงใด และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่หรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล และการปรับเปลี่ยนแนวคิดของผู้ป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังรักษาสังคมที่ป่วยให้ห่างจากการติดเชื้อจนตกใจกับการเป็นโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ด้วยเหตุนี้จึงเป็นมูลเหตุจูงใจ ให้ผู้วิจัยสนใจสร้างรูปแบบเชิงเหตุและผล แสดงอิทธิพลของปัจจัยการกระตุ้นการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ระดับการศึกษา การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ และฐานะทางเศรษฐกิจ ผ่านกระบวนการคิดรู้ คือการรับรู้ที่เป็นตรรกาป ต่อความสามารถในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Nursing Theory) ดังแผนภูมิที่ 2

หากแบบจำลองที่สร้างขึ้นได้รับการทดสอบความถูกต้องด้วยวิธีการวิจัย จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อศาสตร์ทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้ คือ 1) เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ แบบการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี (Theory—Testing—Research) ซึ่งเป็นการวิจัยพื้นฐาน (Basic Research) และเป็นการวิจัยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ (Theory Linked Research) โดยการพิสูจน์ข้อเสนอ (Proposition) เชิงทฤษฎี เพื่อประโยชน์ในการยืนยันความถูกต้องของทฤษฎีที่มีอยู่ (Confirming Theory) 2) ขยายความรู้ของทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่เดิมให้มีความกระจ่างยิ่งขึ้น และได้ความรู้เชิงประจักษ์ (Empirical knowledge) ระหว่างปัจจัยกระตุ้นการปรับตัว (Stimuli) กระบวนการคิดรู้ (Cognator Process) ซึ่งยังต้องการความชัดเจนทางด้านการศึกษาวิจัยอีกมาก รวมทั้งความสามารถในด้านการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 3) เป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ (New Knowledge) ในระดับการทำนาย (Predictive Theory) หรือ ระดับการคาดการณ์ในสิ่งที่เกิดขึ้นจากสภาพการณ์ หรือปรากฏการณ์หนึ่งซึ่งสัมพันธ์กับอีกสถานการณ์หนึ่ง อย่างเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน ซึ่งชี้เฉพาะลงไปว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผล ทำให้ได้ความรู้ที่จะนำไปสู่ทฤษฎีระดับควบคุม (Control Theory) หรือทฤษฎีในระดับปฏิบัติ (Practice Theory) เพื่อหาแนวทางหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข 4) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากร โดยนำมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตรรกาป และอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

เอดส์ต่อไป 5) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบ ของวิชาชีพพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อสนองนโยบายในแผนการศึกษาวิจัย ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (2540-2544) ที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และกลวิธีในการแก้ปัญหาในเนื้อหาที่ยังขาดแคลน โดยให้ความสำคัญเร่งด่วนในเรื่องของ บทบาทครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

การศึกษานี้มีประเด็นคำถามซึ่งต้องการคำตอบดังนี้ คือ

1. การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของโรค บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ว่าเป็นดราม่า และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่หรือไม่อย่างไร
2. การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ มีผลโดยตรงต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งหรือไม่อย่างไร
3. ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค มีผลโดยตรงต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อและการรับรู้ที่เป็นดราม่า และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่หรือไม่อย่างไร
4. บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีผลโดยตรงต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ การรับรู้ที่เป็นดราม่า และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่หรือไม่อย่างไร
5. การรับรู้ที่เป็นดราม่า มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่หรือไม่อย่างไร

(วัตถุประสงค์ของการศึกษา)

เพื่อทดสอบแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ระหว่างการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ อาการและอาการแสดงของโรค บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นดราม่า และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ยึดแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy 1984 & Andrew 1991) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยทฤษฎีการปรับตัวของรอย เชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมนี้ถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ซึ่งจะส่งผ่านเข้าไปในกลไกการควบคุมของร่างกาย (Control process) ซึ่งถือว่าเป็นกลไกการเผชิญปัญหาประกอบด้วย กลไกการควบคุม 2 ชนิด คือ 1) กลไกการปรับตัวตนเอง (Regulatory process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ โดยผ่านการควบคุม การทำงานของระบบประสาท เคมี และต่อมไร้ท่อ ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับตัวทางด้านสรีระเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย และ 2) กลไกการคิดรู้ (Cognator Process) ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับตัวทางด้าน จิตสังคม ส่วนน้อยเป็นการปรับตัวทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับ กระบวนการรับรู้และประมวลข้อมูล (Process of perception and information processing) ทำให้เกิดการเรียนรู้ (Learning) การหยั่งรู้ (Insight) และเลียนแบบ (Imitation) มีการตัดสินใจ เพื่อการแก้ปัญหาและการตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองในทั้งสองกลไกจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรภาพ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

ตามแนวคิดของ รอย (Roy 1984) การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการแสดงบทบาทที่เป็นการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม ซึ่งจะนำไปตามความคาดหวังในบทบาท เป็นสิทธิและหน้าที่ของผู้ดำรงบทบาทนั้นพึงปฏิบัติ ความคาดหวังในบทบาทจะเป็นตัวชี้ให้บุคคลรู้ว่าควรจะต้องแสดงออกอย่างไรในบทบาทนั้น (Andrew & Roy 1991) การดำรงบทบาทได้เหมาะสมหรือไม่ประเมินได้จาก พฤติกรรมการแสดงบทบาท 2 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental Behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมต่างๆของบุคคล เพื่อแสดงว่าบุคคลกระทำบทบาทที่ตนดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสม เช่น บทบาทของการหาเลี้ยงครอบครัว การเป็นผู้นำครอบครัว การช่วยเหลือดูแลผู้สมรส เป็นต้น 2) พฤติกรรมแสดงความรู้สึก (Expressive Behavior) หมายถึง ทัศนคติ ความชอบ หรือไม่ชอบ ต่อบทบาทนั้น เช่น บทบาทของสามีภรรยาที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความรักและปรารถนาดีต่อกัน บทบาทจำแนกได้เป็น 3 ประเภทคือ **บทบาทปฐมภูมิ** (Primary Role) เป็นบทบาทที่เป็นไปตามพัฒนาการของการเจริญเติบโตในแต่ละวัย เช่น บทบาทเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ เป็นต้น **บทบาททุติยภูมิ** (Secondary Role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตและพฤติกรรมในสังคมแต่ละบุคคลมีได้หลายบทบาท และมักเป็นบทบาทถาวร เช่น บทบาทการเป็นพ่อ

แม่ เป็นสามีภรรยา บทบาทการทำงานตามอาชีพ ตลอดจนบทบาทของการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น **บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role)** เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลเลือกสรร ตามความสนใจ เพื่อเสริมบทบาทปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่นการเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กรต่างๆ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา , 2536) จะเห็นได้ว่าแต่ละบุคคล จะดำรงบทบาทในเวลาเดียวกันหลายบทบาท เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาย ที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นหัวหน้าครอบครัว ในขณะที่เดียวกันต้องดำรงบทบาทในฐานะสามีที่ต้องคอยให้การดูแลและปกป้องภรรยา รวมทั้งมีบทบาทในงานอาชีพ ซึ่งต้องสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคนในสังคม (Tulman & Fawcett ,1990 : 98) ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเหล่านี้อยู่ที่การมีหน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกัน การแสดงบทบาทหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทอื่นๆ ซึ่งความสำคัญของแต่ละบทบาทไม่เท่าเทียมกัน ขึ้นกับการให้ความหมายของแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้องชัดเจน และเพียงพอต่อการเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้เกี่ยวข้อง อันจะนำมาซึ่งการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

การแสดงบทบาทหน้าที่ต่างๆของบุคคลนั้น เป็นการตอบสนองความต้องการและเพื่อคงไว้ ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปได้อย่างปกติ หากแต่จะสำเร็จ หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น พฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ซึ่งมีความพร่อง อาจอธิบายได้ในหลายลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1) **การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective Role Transition)** หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาทใหม่ แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ อาจเนื่องมาจากไม่มีแบบอย่าง หรือขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่น มารดาที่ติดเชื้อเอดส์ มีความลำบากในการเลี้ยงดูบุตรที่ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากไม่มีความรู้ เป็นต้น

2) **การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance)** หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออกและแสดงถึงการมีเจตคติที่ดี แต่การแสดงออกขัดกับความรู้สึกที่แท้จริง หรือฝืนใจกระทำ เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์แสดงกิริยาสดชื่น แจ่มใส หัวเราะ เพื่อปกปิดความวิตกกังวลและความกลัวที่ตนเองมีอยู่ต่อการเจ็บป่วยพยายามกลบเกลื่อนความรู้สึกตนเองว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น ทำตัวร่าเริง ทั้งๆที่ภายในใจมีความทุกข์อย่างมาก

3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) หมายถึง สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทหลายบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ (Intra-role Conflict) หรือเมื่อเกิดไม่ลงรอยกันระหว่าง คู่บทบาท จะเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคลขึ้น (Inter-role Conflict) เช่น กรณีมารดาติดเชื้อมีเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถให้นมบุตรได้ ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ในบทบาทของความเป็นแม่ที่ควรจะให้นมมารดาแก่บุตรของตนได้

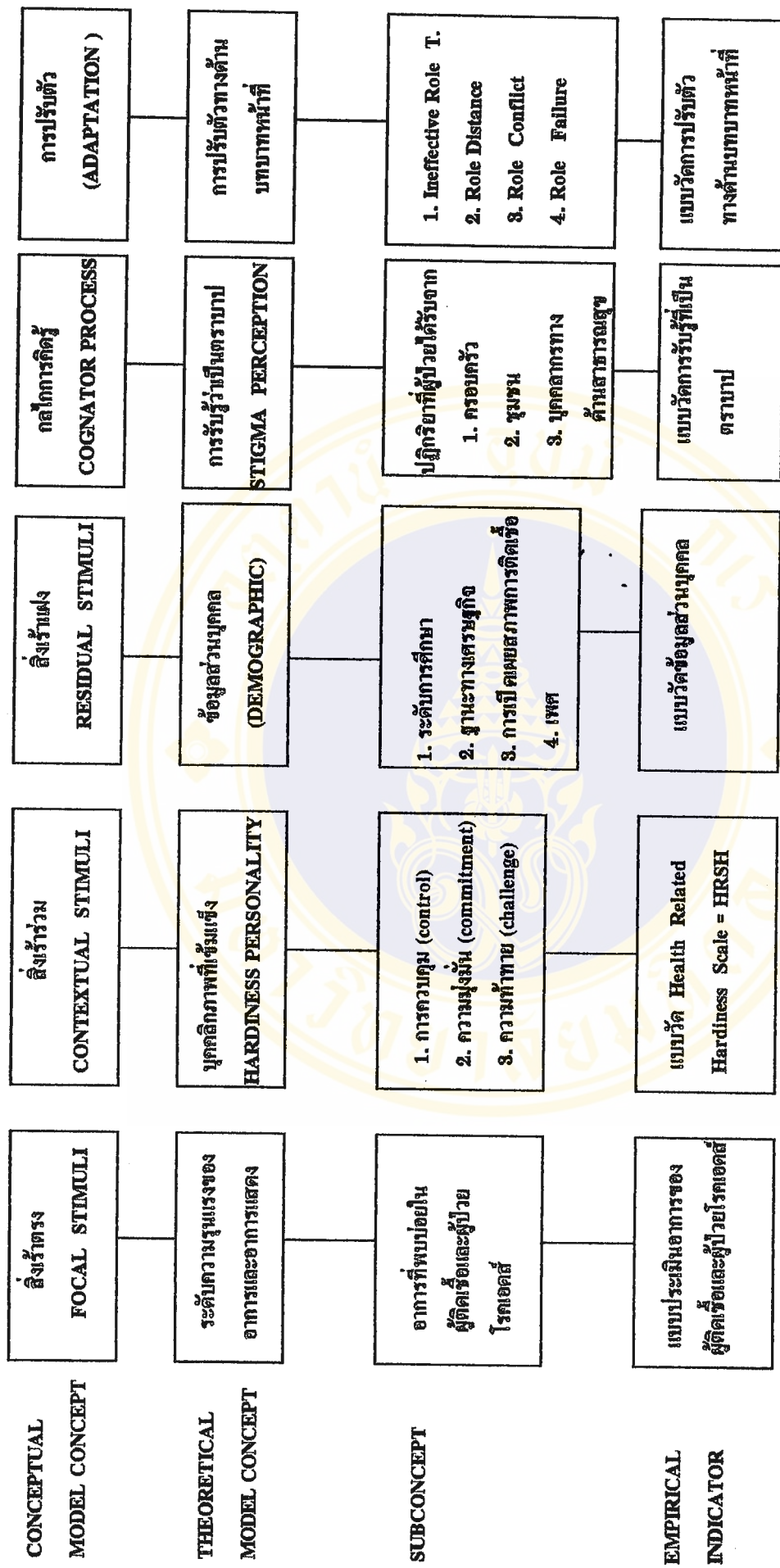
4) ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Role Failure) หมายถึง ปัญหาความล้มเหลวของบทบาทที่ ผู้แสดงจะไม่พึงประสงค์ที่จะแสดงบทบาทนั้น จึงแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมการกระทำ และพฤติกรรมความรู้สึก เจือใจสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ปัญหาความล้มเหลวของบทบาท อยู่ที่ความปรารถนาของผู้แสดงบทบาท ถ้าผู้แสดงบทบาทยังมีความต้องการกระทำบทบาทนั้น คิดหรือปรารถนาที่จะอยู่ในบทบาทนั้น บุคคลก็จะไม่มีปัญหาความล้มเหลวในบทบาท อาจเป็นเพียงความขัดแย้งของบทบาท หรือการปรับบทบาทไม่เหมาะสมเท่านั้น (Roy 1991 : 271 ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2537 : 244) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเอดส์เคยดำรงตำแหน่ง เป็นหัวหน้างาน เมื่อเกิดการติดเชื้อ ถูกเปลี่ยนงานไปอยู่ในตำแหน่งใหม่ ซึ่งผู้ป่วยไม่ชอบงานนั้นและไม่สามารถทำงานนั้นได้ แปลว่าเขามีความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่นั้น

ผลลัพธ์ของการปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Adaptation) และการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Adaptation) ซึ่งพฤติกรรม การปรับตัวได้จะส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในขณะที่การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจะขัดขวาง มิให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายและจิตสังคม และจะกลายเป็นผลย้อนกลับ หรือเป็นสิ่งที่เร้าที่กระตุ้นเพื่อการปรับตัวต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์โครงสร้างกรอบแนวคิดทฤษฎีตัวชี้วัด (Conceptual Theoretical- Empirical - Structure) ตามแนวคิดของฟอเซทท์ และดาวนส์ Fawcett & Downs 1991 : 109) มาใช้ในการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างมโนคติของกรอบแนวคิด มโนคติของ ทฤษฎีและตัวชี้วัดในการทำวิจัย (แผนภาพที่ 1) รวมทั้งความสัมพันธ์ของมโนคติที่ศึกษา (แผนภาพที่ 2) กล่าวคือ มโนคติตามแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งกล่าวว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล สิ่งแวดล้อมนี้เป็นสิ่งที่เร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องปรับตัว มโนคติที่ผู้วิจัยนำมา

ใช้ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า คือ **สิ่งเร้าตรง** ซึ่งก็คือ สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ และมีอิทธิพลโดยตรงก่อให้เกิด การปรับตัวของบุคคล **สิ่งเร้าร่วม** คือ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลทั้งการส่งเสริมและขัดขวางการปรับตัวของบุคคล **สิ่งเร้าแฝง** คือ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวแต่ยังไม่มี การยืนยันหรือ พิสูจน์ว่า มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหรือไม่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง จะผ่านเข้าสู่บุคคล และเกิดกระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ซึ่งมี 2 ระบบย่อย คือ กลไกการควบคุม และกลไกการคิดรู้ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึง **กลไกการปรับตัวทางด้านการคิดรู้** นำไปสู่ การปรับตัวทางด้านจิตสังคม ซึ่งบ่งบอกถึงผลลัพธ์ของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพ หรือยังต้องการปรับปรุงแก้ไข

จากมโนคติของกรอบแนวคิด นำมาสู่มโนคติของทฤษฎี ได้แก่ 1) ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค เป็นสิ่งเร้าตรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย และจำเป็นต้องปรับตัว 2) บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีผลส่งเสริมการปรับตัว 3) ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสิ่งเร้าแฝง โดยที่อิทธิพลรวมของสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง จะมีผลผ่านเข้าไปในกระบวนการรับรู้ คือ 4) การรับรู้ว่า “เป็นดราบาป” ส่งผลกระทบต่อ 5) การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จากมโนคติของทฤษฎีนำมาสู่มโนคติย่อย ได้แก่ 1) อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อ 2) การควบคุม ความมุ่งมั่น และความท้าทาย เป็นคุณลักษณะประกอบของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง 3) ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เพศ และระยะเวลาในการติดเชื้อ เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 4) ปฏิกริยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งคำพูดและการกระทำ จาก ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปฏิกริยาที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นดราบาป 5) การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ความขัดแย้งในบทบาท ความล้มเหลวในบทบาท ทั้งหมดเป็นส่วนประกอบของปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ โดยมีแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย **ผังแผนภาพที่ 1** ที่แสดงให้เห็นถึง โครงสร้าง มโนคติ ทฤษฎีและตัวชี้วัดในการวิจัย ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย



แผนภาพ 1. โครงสร้าง มโนคติ ทฤษฎี ตัวชี้วัดในการวิจัย (Modified from Fawcett & Downs 1992 : 109)

การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ปัญหาในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยปัญหาพฤติกรรม 4 ด้าน คือ 1) การไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective Role Transition) 2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance) 3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) และ 4) ความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) (Andrew & Roy 1991 : 364)

ผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ถือเป็นผลลัพธ์ (Output) ที่ผ่านกระบวนการคิด (Cognitive Process) ของการรับรู้ว่าเป็นตราใบ โดยมีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เป็นปัจจัยกระตุ้นโดยตรง (Focal Stimuli) ระยะเวลาการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นปัจจัยร่วม (Contextual Stimuli) ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตราใบ ดังจะกล่าวถึงเหตุและผลในเชิงความสัมพันธ์ของมโนคติของตัวแปรภายในทฤษฎีดังต่อไปนี้คือ

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง หมายถึง ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยๆตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือเป็นสิ่งเร้าแรก และเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่ได้มีอาการและอาการแสดงปรากฏทันทีทันใดภายหลังได้รับเชื้อ แต่จะปรากฏอาการเมื่อเวลาผ่านไปเป็นปี ระยะเวลาของการดำเนินโรคแตกต่างกันไป และอาการในแต่ละระยะก็แตกต่างกัน บางคนอาจยังไม่มีอาการทั้งๆที่มีเชื้อเอชไอวี (Asymptomatic HIV) ส่วนผู้ที่มีอาการ (Symptomatic HIV) หรือกลุ่มที่เป็นเอดส์เต็มขั้นนั้น (Full Blown AIDS) เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อ

รัง หรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งระยะที่มีอาการ และระยะเอดส์เต็มขั้น (Dorbyshire, 1991 : 563)

เมื่อเข้าสู่ระยะของเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย หรือโปรโตซัว หรือเกิดเป็นมะเร็งของผิวหนัง (Kaposi's Sarcoma) ที่เกิดได้ทั่วทุกระบบของร่างกาย นอกจากนี้โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากเชื้อโปรโตซัวชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปอดบวม (Pneumocystic Carinii) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 ที่เป็นอาการนำเข้าสู่โรคเอดส์เต็มขั้น ที่อาจรุนแรงทำให้เกิดการหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (Ungvaski, 1988 : 53) ในขณะเดียวกันเชื้อเอชไอวีอาจมีผลต่อเซลล์ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยมี ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น (Levinson and O'Connell, 1991 : 691)

ในภาวะการติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยมักช่วยเหลือดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ตามปกติ แต่เมื่อสุขภาพทรุดโทรมลง มีอาการและอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้เกิดข้อจำกัดของความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาลดลง เกิดความพร่องในการรับรู้ การคิดและตัดสินใจ ไม่สามารถร่วมรับผิดชอบแก้ปัญหาให้กับครอบครัวได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในสังคมได้ ต้องหยุดงาน หรือต้องออกจากงาน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ขาดความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Steven, 1996 : 149) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในทุกระยะของโรค อาการที่ทรุดลง รวมทั้งความไม่แน่นอนในชีวิตที่เกิดขึ้น ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง และหมดหนทางช่วยเหลือ (Grady, 1989 : 2 ; Gordon & Shont, 1990 : 289) ขาดแรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในบทบาทการทำงาน บทบาทในสังคมรวมทั้งบทบาทการดูแลตนเองในฐานะผู้ป่วย ซึ่งความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวมากขึ้น

ดังนั้นระดับความรุนแรงของอาการและการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้น น่าจะมีผลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และผลโดยอ้อมผ่านผ่านการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

การรับรู้ที่เป็นตราบาป

การรับรู้ที่เป็นตราบาป หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณลักษณะเชิงลบ โดยผู้ป่วยประเมินจากพฤติกรรมของบุคคลใน ครอบครัว ชุมชน และ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

การรับรู้เป็นกระบวนการคิด (Cognitive Process) ที่สมองแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิม มาช่วยในการแปลความหมาย และตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Garisson & Margoon , 1972 : 637 ; Mischal & Mischal , 1980 : 98 ; Lindgren & Harvey 1981 : 292) กลไกการรับรู้จะทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เข้าสู่ระบบบุคคลซึ่งจะผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม กระบวนการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหา ตลอดจนการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยการใช้กระบวนการทางจิต และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของการปรับตัว (Roy , 1984 : 34)

จากการที่โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อที่แตกต่างไปจากโรคติดเชื้อทั่วไป คือเป็นโรคติดเชื้อที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และการเกิดโรคมียมีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม ไม่สอดคล้องกับค่านิยมของคนส่วนมาก (Turner , et al , 1989 : 390) เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ โสเภณี พวกสำส่อนทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้สังคมมีอคติไม่ยอมรับอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นเมื่อเกิดการติดเชื้อหรือเป็นโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการถูกตีตราเป็นสองเท่า (Double Stigma) (David , 1989: 70 ; Siminoff , et al 1991 : 265)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงไม่เพียงแต่จะต้องเผชิญกับโรคร้ายที่คุกคามชีวิตของตนเท่านั้น ยังต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เป็นตราบาป ถูกประณามจากสังคม ถูกสังคมรังเกียจ ถูกแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว มิตรสหาย รวมทั้งชุมชนและสังคมด้วย (Blunting , 1996 : 67 ; Longo , Spross and Lock , 1990 : 23 ; Younger , 1995 : 53) เป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว และวิตกกังวลกับความไม่มั่นคงในชีวิต ไม่แน่ใจว่าครอบครัว เพื่อนฝูงและนายจ้างจะยอมรับหรือไม่ จะต้องถูกไล่ออกจากงาน หรือการรังเกียจจากคนรอบข้าง รวมทั้งผู้ร่วมงานหรือไม่ จะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร สุขภาพตนเองในอนาคตจะเป็นอย่างไร ผู้ป่วยอาจรู้สึกกลัวการตายอย่างโดดเดี่ยว กลัวถูกครอบครัวทอดทิ้ง (Weitz

, 1989 : 270 - 8 ; Korniewicz , et al 1990 : 16) ในขณะที่เดียวกันรู้สึกเศร้าโศก เสียใจที่ต้องสูญเสียความสามารถที่เคยมี สูญเสียความหวังในชีวิต สูญเสียความภาคภูมิใจ และความนับถือตนเอง (Faugier , 1993 : 1450 ; Durham , 1994 : 14) ทำให้ผู้ป่วยเก็บตัวแยกตัวเองออกจากสังคม (Flaskerud , 1987 : 9) ล้มเลิกความคิดที่จะไปขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่นไม่ไปขอรับบริการจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ระบายความทุกข์ใจด้วยการดื่มสุรา เที่ยวโสเภณีเพื่อระบายความเครียด บางรายหันไปหายาเสพติดเพื่อให้ลืมความทุกข์ที่เกิดขึ้น ซึ่งยังเป็นผลให้สุขภาพทรุดโทรมเร็วยิ่งขึ้น (Shames cited in Carson & Green , 1992 : 122) หรือบางรายอาจหาทางออกโดยการฆ่าตัวตายในที่สุด (Gloersen , et al , 1993 : 45) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จากการที่ผู้ป่วยถูกสังคมรังเกียจ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปรับตัวเช่นกัน

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ คือการบอกให้ผู้อื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการหากผู้ป่วยไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นไปตามปกติ จะไม่พบปฏิกิริยาการรังเกียจจากสังคม และเมื่อผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับครอบครัวหรือผู้ร่วมงานทราบ แม้จะไม่มีอาการทางด้านร่างกายก็ตาม ผู้ป่วยอาจจะถูกครอบครัว ชุมชน และสังคมแสดงความรังเกียจ ดูหมิ่นเหยียดหยาม (Laryea & Gien , 1993 : 251) หรือแม้ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ก็ตาม เมื่อระยะเวลาผ่านไปสภาพร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลง อาการต่างๆก็ปรากฏให้เห็น เช่น ผื่นตามผิวหนัง ผอมแห้ง ไข้เรื้อรัง ท้องเสีย ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น (Volberding , 1992 : 126) ผู้ป่วยจะไม่สามารถปกปิดสภาพการติดเชื้อได้อีกต่อไป ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจในรูปแบบต่าง ๆ กันจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Herek & Glunt , 1988 : 886 ; Siminoff et al , 1991 : 264) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ในปฏิกิริยาเหล่านั้นได้ว่าเป็นตรรกะที่สังคมมอบให้ (Faugier , 1993 : 142 ; Herek & Capitano , 1993 : 575 ; Durham , 1994 : 12 - 14) อย่างไรก็ตามการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ มิได้ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจจากสังคมเสมอไป แต่ยังคงผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการ

ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี (Cohen & Wills , 1985 : 310 - 312) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ย่อมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ในขณะที่เดียวกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

นอกจากนี้สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลร่วมกัน (Pooled Effect) ต่อการ “รับรู้ว่าเป็นตราบาป” (Stigma Perception) และส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ระยะเวลาการติดเชื้อ เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นบุคลิกภาพที่ถือเป็นสิ่งเร้าร่วม (Cotextual Stimuli) และเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล ที่ส่งเสริมการปรับตัวโดยตรง โดยทำหน้าที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายในตัวผู้ป่วยเอง ที่ทำหน้าที่ดูดซับความเครียด และเพิ่มความสามารถในการทนต่อความเครียด เพื่อให้บุคคลคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Pollock , 1989 : 55) บุคลิกภาพที่เข้มแข็งนี้ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถ **ควบคุม** (Control) เหตุการณ์ที่ประสบได้ **ความมุ่งมั่น** (Commitment) เป็นความสามารถของบุคคลในการเห็นคุณค่า ของการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ **ความท้าทาย** (Challenge) ที่เป็นการคาดการณ์ว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ตื่นเต้น ท้าทาย และ ก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป (Kobasa , 1967 cited in Wagnild and Young , 1991 : 257) คุณลักษณะทั้ง 3 ของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง จึงเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การกระทำของบุคคล เพื่อการพัฒนาการอยู่รอด และการปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Bigbee , 1995 : 51) บุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผลทางตรงคือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง จะมีความสามารถในการปรับตัว ผลทางอ้อม คือ ผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาโดยทำหน้าที่ไปดูดซับความเครียด และเอื้ออำนวยต่อการปรับตัว (Pollock , 1993 : 90) การรับรู้ที่เป็นตราบาปถือเป็นความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง จึงน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการรับรู้ว่าเป็นตราบาป และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในขณะที่เดียวกับที่ ระยะเวลาการติดเชื้อ ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้วย คือเมื่อระยะเวลาการติดเชื้อผ่านไป มีการทำลายของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเรื้อรังและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ต่างๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทรุดโทรม กระทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้น้อยลง หรือไม่ สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเสียไป ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อมีความยาวนานขึ้น มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค จึงน่าจะมียิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นดราม่า

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นดราม่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และเพศ

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา คือการศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยได้รับ ถือเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) บุคคลที่มีการศึกษาดี จะมีความสามารถ ที่จะเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆตามความเป็นจริง รู้จักลำดับความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้สามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง และสามารถหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้ดี ในขณะที่บุคคลที่มีการศึกษาน้อย เมื่อประสบเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด จะมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจและตัดสินใจในการเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดห่อกำลังใจ (Maddi & Kobasa , 1984 : 50) มองว่าเหตุการณ์ต่างๆเกิดจากโชคชะตา หรืออำนาจของผู้อื่นไม่ใช่เกิดจากการกระทำของตนเอง จึงปล่อยให้เหตุการณ์เหล่านั้นเป็นไปตามยถากรรม ไม่สามารถจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ และนอกจากนี้บุคคลที่มีระดับการศึกษาดำ มักมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะนำมาใช้จัดการกับความเครียดได้น้อย (Hamuchaturunkul , 1988 : 60) ดังนั้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นน่าจะมียิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นสิ่งที่บอกถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคล ความรู้จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการคิดรู้เพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยบุคคลในการทำความเข้าใจถึงสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็นทั้งในลักษณะทั่วไปและบริบทเฉพาะ (Lazarus , 1991 : 144) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด บุคคลจะใช้ทั้งสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีการคิดและตัดสินใจในการเผชิญปัญหารวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การรับรู้ที่เป็นดราม่าถือว่าเป็นความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมียิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการรับรู้ที่เป็นดราม่า

นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่อง โรคและแผนการรักษา นำมาปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ป่วย และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jallowice & Power , 1981 : 10 -15) จึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทของการเป็นผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และบทบาทของกลุ่มสมรส ในขณะเดียวกันที่ บุคคลจะมีความศึกษาดีหรือไม่ยังเกี่ยวข้องกับฐานะทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะเป็ ปัจจัยเอื้อให้กับบุคคลด้วย ดังจะเห็นได้จากครอบครัวที่มีฐานะดีมักให้โอกาสและสนับสนุนลูก เรียนได้สูง ขณะที่ครอบครัวที่ยากจน เมื่อจบการศึกษาภาคบังคับแล้วจำเป็นต้องออกมาช่วย ครอบครัวหาเงินเลี้ยงครอบครัวและน้องๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ ฐานะทางเศรษฐกิจอีกด้วย

ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทาง ด้านบทบาทหน้าที่ ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ที่จะเป็ปัจจัยเอื้อให้ บุคคลสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆจากสังคม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ที่จะช่วย ส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกถึงคุณค่าของสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริง ในการกระทำเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึง อาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจดี น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการมีบุคคลิกภาพที่ เข้มแข็ง และมีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ที่เป็นดราม่า และจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการ ปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าปัจจัยทางเพศยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล ต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อีกด้วย

เพศ

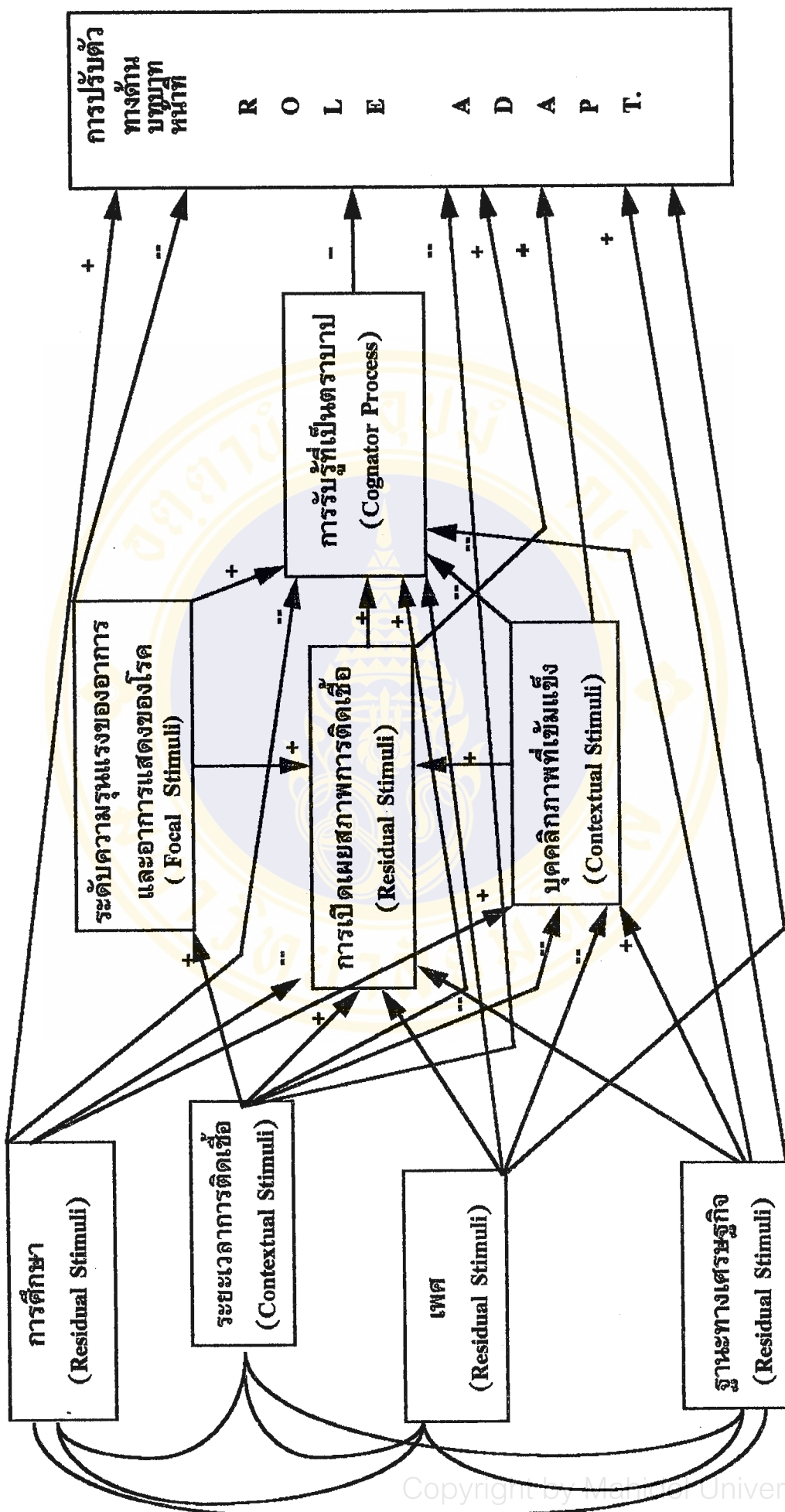
เพศถือเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาท หน้าที่ จากค่านิยมของคนไทย รวมทั้งค่านิยมของคนส่วนใหญ่ ที่เชื่อว่าเพศชายต้องเป็นผู้ นำ และหารายได้ให้กับครอบครัว จึงอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้ชายได้รับโอกาสศึกษาในระดับสูง มีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคงกว่าเพศหญิง ในทางตรงข้ามเพศหญิงที่มีโอกาส ได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย ย่อมมีโอกาสทำงานหารายได้ที่มั่นคงได้น้อยกว่าเพศชาย จึงอาจ

กล่าวได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาถือว่าเป็นปัจจัยที่จะช่วยพัฒนาให้เกิดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่จะช่วยพัฒนากำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา พร้อมทั้งแสดงพฤติกรรม การตอบสนองที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด (Jalowice & Power , 1981 : 4) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศน่าจะมีอิทธิพลต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยเพศชายน่าจะมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศหญิง

ความแตกต่างทางเพศน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยเฉพาะกับเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่รักสวยรักงาม และไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ ทัศนไม่ได้รับการมีคู่ผสมขึ้นตามผิวหนัง ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดและซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้ มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นเกรงว่าสังคมจะขบขัน นินทา (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , 2536 : ก) ประกอบกับผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อมักอยู่ในกลุ่มหญิงขายบริการ ซึ่งเป็นอาชีพที่สังคมรังเกียจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อหญิงติดเชื้อเอชไอวี แม้จะไม่ได้เป็นหญิงขายบริการก็ตาม แต่จะถูกสังคมขบขันนินทาว่าเป็นหญิงสำส่อน (อรอนงค์ อินทรวิจิตร , 2533 : 15) ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดย เพศหญิงน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าเพศชาย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้หญิงมักจะให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย (จินตนา เหลืองสุวาลัย , 2534 : 57) และจากการที่สังคมไทย สอนให้ผู้หญิงมีความอดทนการแต่งงานของผู้หญิงมีความสำคัญต่อชีวิตและสถานภาพของตน หญิงที่หย่าร้างจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ชีวิตของผู้หญิงจึงต้องถูกพันนาการด้วยการแต่งงาน และกับครอบครัวอย่างเหนียวแน่น แม้การที่ตนเองต้องกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อ หรือแม้กระทั่งลูกที่เป็นเอดส์ในเวลาเดียวกันด้วย ผู้หญิงมักจะไม่ทอดทิ้งคนในครอบครัว (สุริยา สุนทรระกูล , 2534 : 14) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า เพศน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทการเป็นผู้ป่วย (Sick role) บทบาทการทำงาน (Work Role) และบทบาทของคู่สมรส (Spouse Role) คือ เพศหญิงน่าจะสามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย

กล่าวโดยสรุป แบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้ แสดงความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรชุดหนึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เพศ ระยะเวลาการติดเชื้อ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตราบาป และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ดังแสดงใน **แผนภาพที่ 2**



แผนภาพที่ 2 แบบจำลองเชิงเหตุและผล การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ (FULL MODEL)

ข้อตกลงเบื้องต้น

แบบจำลองเชิงเหตุและผลนี้สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด ของทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของ เอช ไอ วี บวก และโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นสิ่งเร้า ที่ถูกความทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. การปรับตัวเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า และความสามารถในการปรับตัว ของผู้ป่วย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. การศึกษา มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และอิทธิพล โดยอ้อมผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
2. เพศ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และทางอ้อมโดยผ่าน บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
4. ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
5. การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
6. บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ
7. การรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่
8. ระยะเวลาในการติดเชื้อ มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านทางบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ระดับความรุนแรงอาการและอาการแสดงของโรค การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ

นิยามตัวแปร

การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลสามารถแสดงออกทั้งพฤติกรรมการกระทำ และพฤติกรรมแสดงความรู้สึก ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในบทบาททฤษฎี คือ บทบาทการเป็นผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และ บทบาทของกลุ่มสมรส โดยมุ่งประเมินปัญหา จากพฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ 4 ลักษณะ คือ 1) การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง 3) ความขัดแย้งในบทบาท 4) ความสับสนในการแสดงบทบาท วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ “ รอย ” จำนวน 33 ข้อ ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 33 - 132 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีแนวโน้มการปรับตัวได้ดี และคะแนนยิ่งน้อยมีแนวโน้มการปรับตัวได้น้อย

การรับรู้ที่เป็นตราบาป หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยว่าถูกสังคมรังเกียจ โดยประเมินจากปฏิกิริยา ที่ผู้ป่วยได้รับจากสังคม คือ กลุ่มสมรสญาติพี่น้อง ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 29 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 29 -116 คะแนน คะแนนยิ่งน้อยหมายความว่าผู้ป่วยรับรู้ถูกสังคมรังเกียจน้อย คะแนนยิ่งมากหมายความว่าผู้ป่วยรับรู้ถูกสังคมรังเกียจมาก

บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง หมายถึง บุคลิกภาพที่ประกอบ ด้วยคุณลักษณะ 3 ประการคือ 1) การควบคุม (Control) หมายถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความมั่นใจในการประเมิน และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบสุขภาพว่าตนเองสามารถ ควบคุมเหตุการณ์ที่ประสบได้ 2) ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึงความสามารถ หรือการมีแรงจูงใจต่อการเผชิญกับสิ่งเร้าที่คุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นคุณค่าและเต็มใจที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ 3) ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบสุขภาพว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทาย และก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป วัดโดยแบบวัดบุคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Related Hardiness Scales : HRHS) (Pollock & Duffy 1990) จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุด 34 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 204 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ายังมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง

ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อโรคเอดส์ หมายถึง ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยๆของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น เบื่อ

อาหาร ผอมลง ใช้เรื้อรัง เชื้อราในปากในผิวหนัง ท้องเสีย ต่อมเหงื่อโต และอื่นๆ เป็นต้น ประเมินได้จากแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย พิกุล นันทไชยพันธ์ (2539 : 221) มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 72 คะแนน คะแนนยิ่งน้อยหมายความว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงยิ่งน้อย และคะแนนยิ่งมากหมายถึงระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคยิ่งมาก

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ อุดมศึกษา

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ หมายถึงการบอกสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ให้กับผู้อื่นทราบ หรือไม่เปิดเผยให้กับผู้ใดทราบ

ระยะเวลาในการติดเชื้อ หมายถึงระยะเวลานับตั้งแต่ ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนเดือนของการติดเชื้อ

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึงรายได้ของสามีและภรรยารวมกัน เฉลี่ยต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาท

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคเอดส์ อาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป บุคลิกภาพที่เข้มแข็งกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ ที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตราบาปและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

เอดส์ (AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมิได้เป็นมาแต่กำเนิด (อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ , 2528 : 28) เกิดจากเชื้อเอชไอวี (HIV = Human - Immuno - Deficiency Virus) เข้าไปทำลายเซลล์ต่างๆของร่างกาย โดยการไปเกาะกับ T - Helper Cells (T_4 - Lymphocyte) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย ในขณะที่ตัวมันเองไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย การลดลงของ T_4 Lymphocyte มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่างกายจึงติดเชื้อต่างๆได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติ และไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ แต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยลง

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของบุคคล จะเข้าไปเกาะติดกับ CD_4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น โดยที่ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆเลย ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 - 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวอื่นๆ จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนน้อยลง ระยะนี้จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากเลือดได้ และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกายได้ แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยเชื้อเอชไอวียังคงแฝงตัวอยู่ในร่างกายรอการแบ่งตัวต่อไป และขณะที่แฝงตัวอยู่เชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นๆได้โดยตรง เช่น เซลล์ประสาท มีผลทำให้แขนขาอ่อนแรงได้ ในระยะท้ายๆ

เมื่อเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้น ระดับแอนติบอดีของร่างกายลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดได้ (Fauci & Lane, 1991 : 1404)

การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่นั้น วิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ การตรวจเลือดเพื่อหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี ELISA (Enzyme Link Immunosorbent Assay) ถ้าการตรวจเลือดให้ผลบวกมากกว่า 2 ครั้ง ควรตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot แต่ถ้าผลการตรวจเลือดให้ผลลบในครั้งแรกในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นไม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี อาจเป็นเพราะว่าเพิ่งได้รับเชื้อและอยู่ในช่วงระยะก่อนที่ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Window Period) จึงควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหนึ่งในเวลา 3 - 6 เดือน หลังจากตรวจครั้งแรกเพื่อยืนยันผล (Flaskerud and Ungvarski, 1992 : 36, 244) ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ หรือยาที่รักษาโรคเอดส์ให้หายขาด มีเพียงยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยการออกฤทธิ์ที่ขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิตไวรัสเอชไอวี ได้แก่ Zidovudine (AZT) Zalcitabine (DDC) Didanosine (DDI) Lamivudine (3TC) เพื่อชะลออาการโรคเอดส์ออกไป ซึ่งมีอาการข้างเคียงมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กดไขกระดูกทำให้ซีด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องเสีย ดับอ่อนอวัยวะ ยาที่เสริมสร้างกระดู้นภูมิคุ้มกัน เช่น Interferon - Alpha - Interleukin 2 และการป้องกันรักษาการติดเชื้อหรืออาการแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นเท่านั้น ต่อมาพบว่าเชื้อไวรัส HIV มีการติดต่อภายในกลุ่มนี้มากขึ้น จึงได้มีการนำยาใหม่มาใช้คือ กลุ่ม Protease inhibitor ซึ่งออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ HIV Protease ป้องกันไม่ให้เกิดการสร้างโปรตีนและกลัยโคโปรตีนที่มาประกอบเป็นเปลือกนอกของเชื้อไวรัส HIV ดังนั้นไวรัสตัวใหม่ที่เกิดจากการแบ่งตัว จึงเป็นไวรัสที่ยังไม่เจริญเต็มที่ และไม่สามารถทำให้ติดเชื้อได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Saquinavir (Invirase)[®] Ritonavir (Norvir)[®] Indinavir (Crixivan)[®] (เบญจวรรณ สายพันธ์, 2540 : 8)

อาการและอาการแสดง

ภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะมีการแตกต่างกันไปแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้ คือ (Volberding, 1992 : 127 - 134)

1. ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute Retroviral Infection) ระยะนี้โดยเฉลี่ยเกิดขึ้นในราว 1-3 สัปดาห์ ภายหลังได้รับเชื้อ หรือบางรายอาจพบในช่วงเวลาตั้งแต่ 5 วัน ถึง 3 เดือน

ภายหลังได้รับเชื้อ (Cooper, et al cited in Volberding, 1992 : 127) อาการที่พบส่วนใหญ่คล้ายไข้หวัด ผู้ป่วยจะมาด้วยมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ เมื่อยเนื้อตัว และผื่นที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย นอกจากนี้อาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตเท่ากันทั้งสองข้าง พบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วย อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่นาน 1 - 2 สัปดาห์แล้วหายไป และบางรายอาจมีอาการจนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic Phase) โดยเฉพาะกับอาการต่อมน้ำเหลืองโตจะไม่หายไป การตรวจแอนติบอดีจะพบในราว 8 - 12 สัปดาห์ หลังได้รับเชื้อ ระยะนี้การตรวจนับ CD_4 อยู่ระหว่าง $500 - 1000 \text{ cells / mm}^3$ (Volberding, 1992 : 126)

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Disease) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ยกเว้นอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต ช่วงเวลาของการเกิดอาการและพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นอาจเร็วหรือช้าแตกต่างกัน โดยเฉลี่ยประมาณ 10.8 ปี ในระยะนี้การตรวจนับ CD_4 อยู่ระหว่าง $500 - 750 \text{ cells / mm}^3$ ในระยะติดเชื้อที่ไม่มีอาการโดยเฉลี่ย CD_4 จะลดลงประมาณปีละ $40 - 80 \text{ cells / mm}^3$ แต่อย่างไรก็ตามอัตราการลดนี้ มีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น การได้รับยาฆ่าไวรัส และรวมทั้งปริมาณเชื้อที่อยู่ในร่างกาย เป็นต้น (Volberding, 1992 : 129)

3. ระยะแรกที่มีอาการ (Early symptomatic HIV Disease) เมื่อระยะเวลาก่อนติดเชื้อผ่านไประดับ CD_4 อยู่ระหว่าง $100 - 500 \text{ cells / mm}^3$ และมักจะพบภายหลังจากการติดเชื้อ โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี อาการในระยะนี้เป็นแบบเรื้อรัง เป็นๆหายๆ และเป็นอาการที่ไม่ถึงกับเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย อาการที่พบได้บ่อยๆ คือ อาการไข้เรื้อรัง ซึ่งไม่รวมถึงอาการไข้ที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เหนื่อยออกมากในเวลากลางคืน ท้องเสียเรื้อรัง อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นผลจากการมีไข้ น้ำหนักลด และเสียน้ำ ทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง นอกจากนี้ยังอาจตรวจพบเชื้อราในปาก ทำให้มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บรับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุโภชนาการ หรือการขาดสารอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในภูมิคุ้มกันของร่างกายตามมา

4. ระยะท้ายของการมีอาการ (Late Symptomatic HIV Disease) ระยะนี้ คือระยะที่เรียกว่าเอดส์เต็มขั้น การตรวจนับ CD_4 จะต่ำกว่า 200 cells / mm^3 คืออยู่ระหว่าง $50 - 200 \text{ cells / mm}^3$ จึงทำให้มีอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสสูง ซึ่งอาจติดเชื้อหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกัน ที่พบได้บ่อยๆถึงร้อยละ 80 ได้แก่ โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งมักมีไข้ หายใจลำบาก และพร่องออกซิเจน และที่พบบ่อยอีกก็คือ การติดเชื้อ *Cytomegalovirus* (CMV) ซึ่งมักมีไข้ หายใจลำบาก และพร่องออกซิเจน

ไวรัส (Cytomegalovirus) ผู้ป่วยจะมีไข้ และมีอาการแสดงของอวัยวะหลายระบบ เช่นที่ตาทำให้เกิด Chorioretinitis ทำให้สายตาดูลงจนตาบอดได้ ถ้าใส่แว่นเป็นสาเหตุให้อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปอดอักเสบ และต่อมหมวกไตอักเสบ อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อรา Candida Albicans มักพบบ่อยในผู้ที่ป่วยโรคเอดส์ ทำให้มีฝ้าขาวในปาก หลอดอาหารอักเสบ ผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 10 จะมีเชื้อวัณโรค (Mycobacterium Tuberculosis) โดยมีการติดเชื้อได้ทั้งในปอดและที่อื่นๆ เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง และร้อยละ 26 - 42 ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคจะมีเชื้อโรคในกระแสเลือด มักมีไข้สูงกว่า 39.5 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจพบการติดเชื้อวัณโรคที่ระบบประสาทส่วนกลางได้ (Barnes et al , 1991 : 1643)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสเป็นมะเร็งบางชนิดของหลอดเลือดที่เรียกว่า Kaposi ' s Sarcoma สูงกว่าคนธรรมดา มะเร็งนี้อาจเกิดที่ผิวหนังบริเวณลำตัว ใบหน้า ศีรษะ แขนขา เห็นเป็นตุ่มหรือผื่นสีม่วง หรืออาจมีตุ่มน้ำเหลือง ภายในช่องปาก อวัยวะภายใน เช่น ทางเดินอาหาร ปอดตับ ตับอ่อน ต่อมหมวกไต ม้าม เป็นต้น

ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเพียง Kaposi ' s Sarcoma มีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น คือมีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่รอด ประมาณ 17 เดือน กลุ่มรองลงมาคือ กลุ่มที่มีการติดเชื้อ Pneumocystis Carinii ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่รอดประมาณ 9 เดือน ส่วนผู้ที่มิทั้ง Kaposi ' s Sarcoma และการติดเชื้อ P. Carini หรือเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ จะมีการพยากรณ์โรคเลวที่สุด คือมีระยะเวลาของการอยู่รอดประมาณ 6 เดือน (สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์ , 2535 : 14)

ส่วน AIDS Dementia Complex (ADC) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แล้วไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ประสาทของเซลล์ชนิดอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางคนมีแขนขา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมอง พบได้ถึงร้อยละ 40 - 60 (Fauci & Lane , 1991 : 1406)

5. ระยะที่โรคลุกลามมาก (Advance HIV Disease) เป็นระยะที่มีอาการในระดับปานกลางและเข้าสู่ระยะที่มีการทำลายของภูมิคุ้มกันอย่างมาก ซึ่งมีผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ในระยะนี้การตรวจนับ CD₄ อยู่ระหว่าง 0 - 50 cells / mm³ ระยะเวลาโดยเฉลี่ย คือ 1 - 2 ปี ภายหลังได้รับเชื้อ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้มากที่สุดจากการที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะนี้

ตรวจพบผู้ป่วยมีระดับแอลบูมินในเลือด และโคเลสเตอรอลต่ำ กลอบบูลินในเลือดสูง มีการกดการทำหน้าที่ของไขกระดูกจากการใช้ยา ทำให้โลหิตจางและมีเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดและอ่อนเพลีย และอาจพบอาการเลือดออกง่าย หรือพบอาการจ้ำเลือดตามตัวได้ (Volberding , 1992 : 133)

การแบ่งระยะต่างๆดังกล่าวเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาของโรค แต่ในความเป็นจริงของการเกิดโรค อาจไม่ได้พัฒนาตามระยะต่างๆที่ได้แบ่งไว้ตามขั้นตอนดังกล่าวทุกคนไป บางคนอาจไม่แสดงระยะที่ 1-2-3 เลย แต่แสดงอาการระยะเอดส์เต็มขั้นทีเดียวเลยก็ได้

ระยะต่างๆของการดำเนินโรคหากจะแบ่งตามลักษณะทางคลินิก ตามที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ประกาศใช้เมื่อ 1 มกราคม 2536 มีดังนี้คือ ใช้ลักษณะทางคลินิกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเอ กลุ่มบี กลุ่มซี (Castro et al , 1993 : 1 - 5)

กลุ่มเอ (Asymptomatic HIV) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ 1) มีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่มีอาการ 2) มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว (Persistent Generalized Lymphadenopathy) 3) มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (Acute Retroviral Syndrome) หรือ Acute Mononucleosis like Syndrome คือ มีอาการ ไข้ มีผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด $CD_4 > 500 \text{ Cells / mm}^3$

กลุ่ม บี (Symptomatic HIV) คือกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึ่ง การตรวจนับเม็ดเลือด CD_4 อยู่ระหว่าง $200 - 499 \text{ Cells / mm}^3$ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่ม ซี และมีภาวะโรค อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

1. อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. ภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรค ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ โรคเอดส์ หรือต้องการการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าวได้แก่

2.1 เนื่องอกที่ประกอบด้วยหลอดโลหิตหรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตาม ร่างกาย (Bacillary Angiomatosis)

2.2 ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

2.3 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็น ช้ำบ่อย ๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

2.4 มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical Dysplasia)

2.5 ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

2.6 ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy Leukoplakia)

2.7 งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 พื้นที่ของผิวหนัง

2.8 Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

2.9 Listeriosis

2.10 อัมพาตครึ่งซีก โดยเฉพาอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อน้ำไข หรือรังไข่

2.11 เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy)

หมายเหตุ ถ้าลักษณะผู้ป่วยสามารถถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเอ หรือกลุ่มบี ก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่ม บี

กลุ่ม ซี (Full Blown) ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด CD₄ ต่ำกว่า 200 Cells / mm³ เป็นระยะที่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ดังต่อไปนี้

3.1 โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลม หรือเนื้อปอด หรือที่หลอดอาหาร

3.2 โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่น ที่ระบบสมอง และไขสันหลัง หรือแพร่กระจายทั่วตัว

3.3 โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

3.4 โรคติดเชื้อรา Coccidioidomycosis นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

3.5 Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

3.6 Isosporiasis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

3.7 ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystic carinii

3.8 โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง

3.9 ความผิดปกติของสมองจากเชื้อ โรคเอดส์ (HIV encephalopathy)

3.10 กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อโรคเอดส์ (HIV wasting syndrome)

3.11 โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด ยกเว้นการติดเชื้อที่ ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง

3.12 โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนาน กว่า 1 เดือน หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบหรือหลอดอาหารอักเสบ

3.13 ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ

3.14 Septicemia จากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ

3.15 Progressive multifocal leukoencephalopathy

3.16 วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด

3.17 โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ Mycobacterium Kansasii หรือ Mycobacterium spp. ที่เกิดนอกปอดหรือ ชนิดแพร่กระจาย

3.18 มะเร็งหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma)

3.19 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด

3.19.1 Burkitt's tumor

3.19.2 Immunoblastic

3.19.3 ปฐมภูมิที่สมอง

3.20.0 มะเร็งปากมดลูกชนิด Invasive

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซี แล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

สำหรับในประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อหลายท่านให้ความเห็นว่า การติดเชื้อ *Penicillium Marneffei* ชนิดแพร่กระจาย น่าจะเป็นหลักเกณฑ์ใหม่ อีกข้อในข้อบ่งชี้การเป็นเอดส์ด้วย (สุรพล สุวรรณกุล และอมร ถิลาธรรม 2536 : 46-51)

จะเห็นได้ว่าระยะเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จนสามารถตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อในเลือด และทำให้เกิดอาการและอาการแสดง และกระทั่งพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นนั้น จะมีช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและแต่ละขั้นของการดำเนินโรค ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น โอกาสที่เชื้อจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายก็มีมากขึ้น เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้นผลทำให้ระดับ CD_4 ต่ำลง อาการและอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนต่างๆก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการร้อยละ 25.50 จะพัฒนาเป็นโรคเอดส์ภายใน 5 - 10 ปี (Dunchy , 1992: 716) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ จะมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 54 ภายใน 11 ปี กลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังได้รับเลือดร้อยละ 49 พัฒนาเป็นโรคเอดส์ภายใน 7 ปี และกลุ่มฮิโมฟิลเลีย จะป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้นภายในเวลา 1 ปี (ประพันธ์ ภาณุภาค , 2538 : 8) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานขึ้น มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ ในขณะเดียวกันความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจนั้น ยังกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมด้วย ผู้ติดเชื้อเอดส์มักประสบปัญหาและความยาก

ลำบากในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤตินั้น โดยเฉพาะกับปัญหาการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อการดำรงอยู่ในสังคมต่อไป

การปรับตัว

การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิตในโลก ตั้งแต่สัตว์เซลล์เดียว เช่น อมีบา จนถึงมนุษย์ โดยธรรมชาติของมนุษย์ บังคับให้มนุษย์ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพของธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์ หรือภายในตัวมนุษย์ก็ตาม ล้วนเป็นสิ่งที่รบกวนทำให้สภาพสมดุลที่เคยเป็นอยู่เสียไป ทำให้มนุษย์ทุกคนต้องพยายามปรับตัว เพื่อรักษาสภาพสมดุลของชีวิตไว้ (Han Selye , 1993 : 7) สำหรับแนวคิดการปรับตัวนั้นได้มีนักวิชาการ ให้ความหมายไว้มากมายดังต่อไปนี้ คือ

มิชเชล (Mishel , 1988 : 231) มองการปรับตัวว่า เป็นพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Biopsychosocial Behavior) ที่เป็นผลจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty Event) และก่อให้เกิดเป็นความเครียด โดยการประเมินการปรับตัวจาก 1) การปรับตัวทางด้านจิตสังคม (Biopsychosocial Adjustment) 2) ภาวะสุขภาพ (Health) และ 3) คุณภาพชีวิต (Life Quality) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่ได้มาจาก แนวคิดหลักของ ลาซารัส (Lazarus & Folkman , 1984 : 181)

ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman , 1984 : 181) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าและการวางแผน หรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่จากตัวบุคคลเองจากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Function) 2) ด้านขวัญและความพึงพอใจ (Morale or Life Satisfaction) 3) ด้านสุขภาพของร่างกาย (Somatic Health)

โครนและลักซ์ (Krohne and Laux , 1982 : 169) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง ผลรวมของกลยุทธ์ต่างๆที่บุคคลใช้กับสิ่งที่ถูกคุกคามต่อความสมดุลย์ของจิตใจ ซึ่งเป็นได้



ทั้งปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าภายนอก เช่น การหลีกเลี่ยง การต่อสู้ หรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในต่ออารมณ์และกระบวนการคิด ได้แก่ การให้ความหมายใหม่หรือการปฏิเสธความจริง

อีริคสัน ทอมลิน และ สเวน (Ericson, Tomlin and Swain, 1994 : 381) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อความเครียดทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพและถือว่าเป็นการพัฒนาความก้าวหน้าโดยตรงของบุคคล (Growth - directed manner) การปรับตัวนั้นจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการนำแหล่งประโยชน์ ทั้งภายในและภายนอกมาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

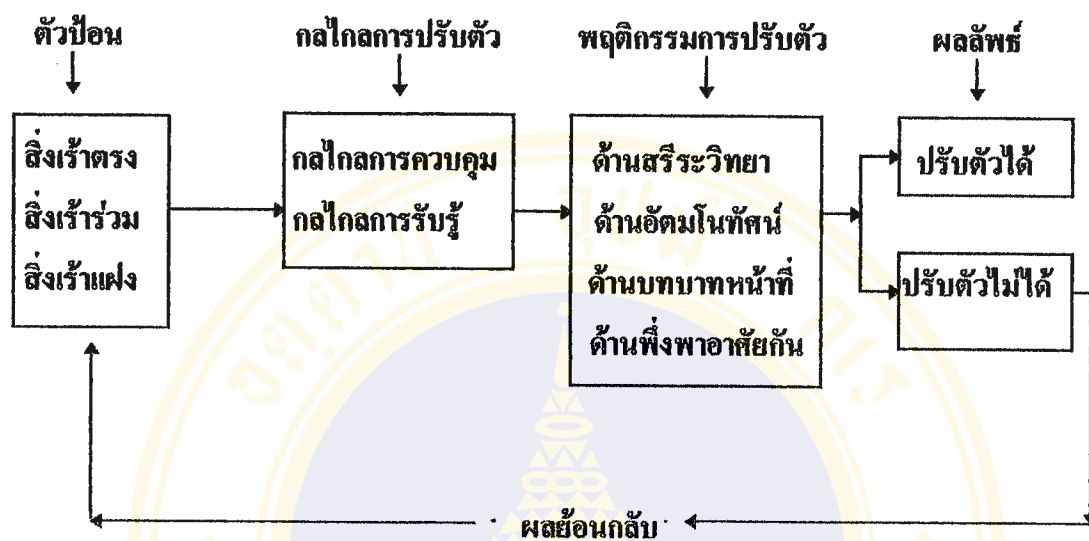
นอกจากนี้ ละออ หุตางกูร (2354 : 88 - 91) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร่องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนหรือคุกคามคุณภาพหรือก่อให้เกิดเป็นความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นการปรับตัวของ “คนทั้งคน” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้าน กาย จิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวทางด้านใดด้านหนึ่ง จะก่อผลกระทบต่อ “คนทั้งคน” การปรับตัวจึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นเอกภาพของชีวิตโดยรวม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดความหมายของการปรับตัว ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนั้นเป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนกลไก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด หรือสิ่งเร้าที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งบูรณาการของชีวิต และดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การปรับตัวตามแนวคิดของรอย

ทฤษฎีของรอย (Roy Adaptation Theory) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบของการปรับตัว (Adaptive System) บุคคลเป็นระบบของสิ่งมีชีวิต (Living System) บุคคลเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาสมดุลย์ของชีวิต (Steady state) ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) ผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับตัว (Control Process) และนำออกมาเป็นผลลัพธ์ (Output) ของการปรับตัว ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด หากระดับการปรับตัวนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลสะท้อนกลับ (Feed Back)

เข้าสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลของกายจิตสังคมต่อไป (Roy 1938: 262) ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy , 1984 : 32)

สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว รอยได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบบุคคลโดยตรงทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทันที
2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง และมีผลกระทบต่อบุคคลเช่นกัน
3. สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) หมายถึงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลแต่มีอิทธิพลต่อตัวบุคคลไม่ชัดเจน และยังไม่ได้ผ่านการพิสูจน์ บุคคลอาจไม่ตระหนักถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น สิ่งเร้านี้ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ หรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น

กระบวนการปรับตัวต่อสิ่งเร้าประกอบด้วย 2 กลไกละเอียด ที่สัมพันธ์กันภายในเสมือนว่าเป็นหน่วยเดียวกัน ได้แก่

1. กลไกการควบคุม (Regulating Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเกิดจากการทำงานประสานกันระหว่างกระบวนการทางระบบประสาทของร่างกายและระบบฮอร์โมน เมื่อสิ่งเร้าไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก เข้าสู่ระบบบุคคลจะแปรสภาพเป็นสารเคมีผ่านไปตามกระแสโลหิต หรือเป็นกระแสความรู้สึกผ่านไปตามเส้นใยประสาทส่วนกลาง การตอบสนองจะเกิดขึ้นใน 3 ลักษณะ กระแสประสาทบางส่วนจะผ่านไปยังประสาทไขสันหลัง ก้านสมองและรีเฟล็กซ์จะส่งผ่านประสาทไปยังอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้อวัยวะเหล่านั้นมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สีกตัวเลย กระแสประสาทบางส่วน จะมีอิทธิพลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งฮอร์โมนที่หลั่งออกมานั้น มีอิทธิพลต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้อวัยวะเหล่านั้นแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง กระแสความรู้สึกบางส่วนจะส่งไปยังสมอง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และจดจำ ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น การตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านกลไกการควบคุม จะทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ และมีผลต่อกลไกการคิดต่อไป

2. กลไกการคิดรู้ (Cognator Mechanism) เป็นกลไกที่เกิดจาก การทำงานทางจิตและอารมณ์ 4 กระบวนการได้แก่ 1) การรับรู้ คือการเลือกและจดจำสิ่งเร้าที่เข้ามาในระบบและมี 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น เกิดการเลียนแบบและหยั่งรู้ ทำให้มี 3) การตัดสินใจแก้ปัญหาเลือกวิธีการตอบสนอง และ 4) กลไกการคิดรู้ ส่วนหนึ่งจะเป็นกระบวนการทางจิตที่ช่วยปรับสภาพอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายขึ้น กระบวนการทั้งหมดทำให้บุคคล มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน (Roy, 1984 : 34)

การปรับตัวของบุคคล เพื่อคงสภาวะสมดุลแห่งบุคคลนั้น พิจารณาได้จากการที่บุคคล มีความมั่นคงในการปรับตัว ทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Andrew & Roy, 1991 : 55, 419)

1) การปรับตัวทางด้านร่างกาย มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางสรีระ ซึ่งพิจารณาจาก การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน อันได้แก่ ความต้องการ อาหาร น้ำ อากาศ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย และการระบาย การป้องกันอันตรายของร่างกาย การควบคุมเกี่ยวกับความรู้สึก ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตในภาวะปกติสุข คือ ความพอดี ซึ่งมนุษย์พยายามจะปรับเพื่อรักษาสมดุลนั้น

2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept Mode) เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางด้านอัตมโนทัศน์ จะก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคล ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ จะก่อให้เกิดอุปสรรคและขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆ ตลอดจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและโรคได้ (Andrew & Roy , 1991)

3) การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคล ต่อความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตสังคม ส่งผลไปถึงการมีสุขภาพดี

4) การปรับตัวทางด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependent Mode) เป็นการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคล ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ความรักและได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขใจ

การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

บทบาท เป็นหน้าที่หนึ่งในสังคมซึ่งเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Parson and Shil , 1951 cited in Andrew & Roy , 1991 : 348) หรือเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ในสังคม หรือสถานะใดสถานะหนึ่งในสังคม เพื่อการดำรงอยู่ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ , 2537 : 231) เมอร์ตัน (Merton , 1957) กล่าวว่าบุคคลหนึ่งต้องมีบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลทุกคนต้องแสดงบทบาทอยู่ตลอดเวลา ทั้งในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย การที่บุคคลจะแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีการเรียนรู้และหาประสบการณ์ในบทบาทหน้าที่ที่ตนเองดำรงอยู่ รวมทั้งบุคคลที่จะกระทำบทบาทจะต้องมีศักยภาพในการเรียนรู้ มีบุคลิกภาพที่ดี และมีรูปแบบของบทบาทให้ดูเป็นแบบอย่าง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้ทั้งในทางบวกหรือทางลบ การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขนั้น จะต้องรู้จักปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ในภาวะการที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ย่อมจะส่งผลกระทบต่อบทบาทเดิมที่บุคคลเคยดำรงอยู่ก่อน ในขณะเดียวกันกับผู้ป่วยต้องปรับบทบาทใหม่ (Role Transition) ซึ่งเป็นบทบาทถาวรหรือเรื้อรัง ที่เข้ามาในชีวิตของผู้ป่วย

ตามที่รอยกล่าวว่า บุคคลเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วยกาย จิต สังคม รวมเป็นหน่วยเดียวกัน บทบาทเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต บุคคลหนึ่งแสดงพฤติกรรม ตามบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และก่อให้เกิดความมั่นคงหรือสมดุลในชีวิต (Andrew & Roy , 1991 : 352) รอย ได้นำแนวคิดของ แบนตัน (Banton , 1965) เกี่ยวกับประเภทบทบาทที่บุคคลในสังคมดำรงอยู่ มาอธิบายบทบาทของบุคคลในสภาวะการณ์ใดสภาวะการณ์หนึ่ง โดยแบ่งบทบาทออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) หมายถึงบทบาทที่บุคคลได้รับมาเนื่องจากธรรมชาติและกระบวนการของชีวิต คือ อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ เช่น บทบาทวัยรุ่น บทบาทหญิงชาย เป็นต้น จะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของอายุ
2. บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) หมายถึงบทบาทที่บุคคลได้รับจากการกระทำและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต ซึ่งมักจะเป็นช่วงเวลานานหรืออาจเป็นถาวร เช่น บทบาทบิดามารดา บทบาทบุตร บทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง หรือบทบาทอาชีพ เป็นต้น
3. บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) หมายถึงบทบาทที่เกิดขึ้นร่วมกับบทบาทปฐมภูมิและบทบาททุติยภูมิ แต่จะมีระยะเวลาการดำรงบทบาทสั้นๆ ไม่ถาวร นอกจากนี้บุคคลยังสามารถเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ และอาจยกเลิกเมื่อไรก็ได้ เช่น บทบาทนักกีฬาสมัครเล่น บทบาทของสมาชิกกอล์ฟคลับ เป็นต้น (Andrew , 1991 : 349)

นอกจากนี้ รอย ยังได้นำแนวคิดของ พาร์สันและชิลล์ (Parson & Shils ,1951 cited in Andrew , 1991 : 352) มาแบ่งพฤติกรรมรวมในแต่ละบทบาทที่บุคคลต้องแสดง หรือกระทำในบทบาทนั้น เป็น 2 พฤติกรรม คือ

1. พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental Behavior) หมายถึงพฤติกรรมการกระทำต่างๆของบุคคล เพื่อแสดงว่าบุคคลกระทำบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสม เช่นการเป็นผู้นำครอบครัว การหาเลี้ยงดูบุตรและภรรยา การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น
2. พฤติกรรมแสดงความรู้สึก (Expressive Behavior) หมายถึงพฤติกรรมแสดงความรู้สึก หักสนคดี ความชอบหรือไม่ชอบต่อบทบาทนั้น หรือความสอดคล้องกับพฤติกรรมการกระทำ เช่น บิดาให้ความรัก ความห่วงใยต่ออาหาร และความปรารถนาดีต่อบุตร เป็นต้น

ในการดำเนินชีวิตตามปกติ บุคคลดำรงบทบาทต่างๆมากมาย บุคคลต้องการเรียนรู้การ แสดงบทบาท และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสุขของบุคคล สามารถ ดำรงชีวิต ปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะต้องตอบสนอง โดยการเรียนรู้บทบาทใหม่นี้ และรับเข้ามาเป็นบทบาทหนึ่งของตนเอง ถ้าบุคคลปรับตัวทาง ด้านบทบาทหน้าที่ไม่ได้ ย่อมเกิดความรู้สึกเครียด และมีผลกระทบถึงร่างกายและจิตใจของ บุคคลทำให้สุขภาพโดยรวมของบุคคลเลวลง (Andrew , 1991 : 382) เพราะการปรับตัวทาง ด้านบทบาทหน้าที่จะกลายเป็นสิ่งเร้าไปกระทบการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันต่อไป

ปัญหาการปรับตัว

การประเมินปัญหาการปรับตัว ทางด้านบทบาทหน้าที่ของรอย (Roy , 1984 ; Nuwayhid , 1991 : 364) ได้เสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในประเด็น “ ปัญหา ” การ ปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 4 ด้าน คือ

1) การปรับรับบทบาทใหม่ไม่เหมาะสม (Ineffective Role Transition) หมายถึงการที่ บุคคลรับเอาบทบาทใหม่เข้ามาในชีวิตของตนเอง แต่ไม่สามารถรับบทบาทใหม่นั้นได้อย่างเหมาะสม เพราะขาดแบบอย่างที่ดี ขาดความรู้เกี่ยวกับบทบาท หรือขาดระบบสนับสนุน เป็นต้น เช่น มารดาที่ติดเชื้อมีไข้หวัดใหญ่ มีความปรารถนาจะเลี้ยงบุตร แต่ขาดความรู้และแบบอย่างที่ดี จึงทำให้มารดาไม่ทราบจะปฏิบัติเลี้ยงดูบุตรอย่างไร (Nuwayhid , 1991 : 365)

2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance) เป็นปัญหาการ ปรับตัวที่แสดงออก โดยที่บุคคลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบทบาทที่แสดงอยู่ แต่ก็สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทได้ แต่จะแสดงด้วยความคับข้องใจ หรือฝืนใจกระทำ เป็นความรู้สึกที่เหมือน แสร้งทำมากกว่ามาจากใจจริง เกิดจากบทบาทไม่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของผู้แสดงบทบาท นั้น ผู้แสดงบทบาทจึงรู้สึกคับข้องใจ ที่ต้องแสดงบทบาทไม่พึงประสงค์ แต่ก็ไม่อาจปฏิเสธได้ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เมื่อรับประทานไปแล้วผู้ป่วยพบ อาการข้างเคียงมากมาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ทั้งๆที่ใจไม่อยากจะรับประทานแต่จำเป็นต้องรับประทานตามที่แพทย์สั่ง เป็นต้น

3) ความขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict) เป็นปัญหาการปรับตัวที่เกิดขึ้นจากการที่มีความขัดแย้งของบทบาทเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ 1) ความขัดแย้งในบทบาท (Intrarole Conflict) เกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังในบทบาทของบุคคลอื่นๆ ในสิ่งแวดล้อมของผู้แสดงบทบาทมีความแตกต่างกันมาก ทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความคับข้องใจ และขัดแย้งในใจเกี่ยวกับบทบาทนั้นๆ ตัวอย่างเช่น เดือนป่วยเป็นโรคเอดส์ เพิ่งคลอดบุตรใหม่ แพทย์สั่งห้ามไม่ให้เดือนเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เพราะเกรงว่าบุตรจะได้รับเชื้อจากมารดา แต่สามีของเดือนต้องการให้เดือนเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เพราะไม่เชื่อว่าบุตรจะติดเชื้อเสมอไป ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี จะเกิดปัญหาในการซื้อนมผงมาเลี้ยงลูก และหลังคลอด “เดือน” มีน้ำนมมากสามีไม่ต้องการจะมาคอยตอบคำถามญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ถึงเหตุผลของการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เหล่านี้คือปัญหาทำให้เดือนคับข้องใจมาก เพราะไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคมได้อย่างเหมาะสม 2) ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Interrole Conflict) เกิดจากการที่บุคคลรับบทบาทใหม่เข้ามามากขึ้น ทำให้การแสดงบทบาทหนึ่งมีผลกระทบต่ออีกบทบาทหนึ่ง ผลที่ตามมาคือ ผู้แสดงบทบาทไม่สามารถแสดงบทบาทเหล่านั้นได้อีกต่อไป นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่ตัวบุคคลดำรงบทบาทมากขึ้น และบทบาทที่รับเข้ามาใหม่ไม่สอดคล้องกับบทบาทที่ดำรงอยู่เดิม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 : 244)

4.) ความล้มเหลวของบทบาท (Role Failure) เป็นปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่ค่อนข้างซับซ้อน ต้องพิจารณาข้อมูลอย่างละเอียด ในปัญหาความล้มเหลวของบทบาทนั้น จึงแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรมการกระทำ และพฤติกรรมความรู้สึก เจื่อนใจสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ความล้มเหลวของบทบาทอยู่ที่ “ความปรารถนา” ของผู้แสดงบทบาท ถ้าผู้แสดงบทบาทยังมีความต้องการ ที่จะแสดงบทบาทนั้น จะไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวในบทบาท อาจเป็นปัญหาความขัดแย้งในบทบาท หรือการปรับรับบทบาทใหม่ไม่เหมาะสมเท่านั้น นูเวย์ฮิด (Nuwayhid, 1991 : 373) ให้ข้อมูลว่าปัญหาความล้มเหลวนี้ค่อนข้างพบได้น้อยมากในสถานการณ์ทางพยาบาลที่ท่านประสบมา และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่สุดของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมักเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านอื่นๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ บทบาททุติยภูมิ เนื่องจากเป็นบทบาทที่ถาวรและเรื้อรัง และเกิดขึ้นกับบุคคลส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย บทบาทผู้ป่วย (Sick Role) บทบาทการทำงาน (Work Role) และบทบาทคู่สมรส (Spouse Role)

บทบาทผู้ป่วย (Sick Role) การเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจต้องตัดสินใจด้วยตัวของเขาเอง ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคมและจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดของแสลง การใช้สมุนไพร การบีบนวด การทำสมาธิ การชื้อยากินเอง และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น (Dean , 1986 : 275 -284)

นอกจากนี้แล้ว ฟาบรีกา (Fabrega , 1973) ยังให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่า เป็นสภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้น ในระบบทางชีววิทยาและความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีอยู่ ซึ่งบุคคลจะมีการตีความแปลความหมาย เกี่ยวกับสภาวะผิดปกตินั้นๆ โดยข้อมูลที่สะสมไว้ในระบบความจำ ทำให้เกิดการจัดประเภทของความผิดปกตินั้นว่าตรงกับประเภทใดของความเจ็บป่วย เป็นภาวะของร่างกายที่เบี่ยงเบนหรือผิดปกติออกไป จากที่ผู้อื่นเป็นอยู่หรือไม่ ซึ่งตรงกับความคิดของ ฟรีสัน (Freidson , 1970) ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นมิได้ถูกกำหนดจากสภาพทางกายภาพของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมผู้ป่วยด้วย เช่น การยอมรับ หรือการรังเกียจเฉียดฉิวจากสังคมในการเป็นโรคนั้นๆ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล , 2530 : 55)

บทบาทคู่สมรส (Spouse Role) เป็นบทบาทซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคน และเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนม ลึกซึ้ง และผูกพันกันมากที่สุด (วันทนีย์ วาสิกสิน , 2526 : 92-93) สัมพันธภาพของคู่สมรสจะประกอบด้วย การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆในครอบครัว ความรักใคร่เอื้ออาทร การมีพื้นที่ผูกพันต่อกัน การมีเพศสัมพันธ์กัน มีความมั่นใจอบอุ่นในชีวิตสมรส การแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นร่วมกัน (Waring & Reddon , 1983 : 54) องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้คู่สมรสมีความเข้าใจกัน เต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขเห็นอกเห็นใจ และดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติของการติดเชื้อเอชไอวี

บทบาทการทำงาน (Work Role) บุคคลเมื่อเติบโตเข้าสู่ในวัยผู้ใหญ่ ย่อมก้าวเข้าสู่บทบาทของการทำงาน เพื่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและการอยู่รอดของบุคคลในสังคม การทำงานทำให้บุคคลต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งทำกิจกรรมร่วมกัน (Schweiger , 1980) ทั้งหมดเหล่านี้คือบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยผู้ป่วยเอดส์ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

เมื่อบุคคลต้องประสบกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายและคุกคามชีวิต ไม่ว่าอาการและอาการแสดงจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคคลจะรู้สึกสูญเสีย (Durham, 1994 : 14) ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่อาจประเมินออกมาเป็นคำพูดได้ การสูญเสียไม่ได้เกิดเฉพาะผู้ติดเชื้อเท่านั้นแต่รวมถึงครอบครัวและคนรักด้วย ผู้ป่วยต้องสูญเสียหน้าที่การงานเพราะข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ ถูกไล่ออกจากงานเพราะการรังเกียจของสังคม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจการเงิน สูญเสียบ้านและที่อยู่อาศัย เพราะต้องนำเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาล บางรายต้องเสียคนรัก และความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลที่ตนรักไป (Gasgin & Brown, 1992 : 118) สิ่งเหล่านี้คือวิกฤตการณ์ของชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้กลวิธีต่างๆ ในการปรับตัวในรูปแบบต่างๆ เพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในรูปแบบที่เป็นทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วยได้

จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้เวลาในการปรับตัวและทำใจให้ยอมรับสภาพการติดเชื้อแตกต่างกันไป บางรายอาจเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนหรือนานหลายเดือน (พรชัย พงศ์สงวนสิน 2537 : 37) จากการศึกษานี้ของ สมมาตร พรหมภักดี (2538 : 79) พบว่าผู้ติดเชื้อแต่ละราย ใช้เวลาในการปรับตัวยอมรับสภาพการติดเชื้อแตกต่างกัน ตั้งแต่ 1 - 6 เดือน ในขณะที่ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537 : 35) พบว่าหญิงบริการที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้เวลาอยู่ในระยะวิกฤติประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ ปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตสังคมเมื่อรับรู้ติดเชื้อและป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นอาจจำแนกได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะแรก เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (Asymptomatic HIV) ซึ่งเป็นช่วงเวลาวิกฤติการตอบสนองจะแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาดังต่อไปนี้ คือ **ปฏิเสธความจริง (Denial)** ไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อ จากนั้นจะรู้สึก **โกรธ (Anger)** โกรธตนเองหรือโกรธคนอื่นที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ บางรายโกรธแพทย์และพยาบาลที่นำข้อมูลมาบอกว่าตนเองติดเชื้อ จากนั้นผู้ป่วยเริ่มมีการ **สร้างความหวังและต่อรอง (Hope & Bargain)** กับตัวเอง โดยพยายามคิดว่าตนเองยังแข็งแรงยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนาน ถึงตอนนั้นอาจมียามารักษาได้ ทำให้มีความสุขขึ้น แม้ว่าจะพยายามสร้างความหวังให้กับตนเอง บางรายก็อาจยังทำใจไม่ได้ ทำให้เกิด **อาการซึมเศร้า (Depress)** ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต แต่บุคคลที่มีบุคลิกภาพดี สิ่งแวดล้อมดี จะสามารถ **ยอมรับความจริง (Acceptance)** และปรับตัวได้

ชีวิตก็จะมีความสุขตามอัธยาศัย ระยะเวลาเหล่านี้อาจไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับ อาจวกกลับไปกลับมาในระยะเวลาใดๆได้ (พรชัย สงวนสิน , 2537 : 37) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี เช่น ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น (สมมาตร พรหมภักดี และคณะ , 2537 : 73) และผู้ป่วยบางรายอาจมุงมั่นหาเงินให้มากที่สุดเพื่อวันข้างหน้า (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข , 2537 : 54) สำหรับคู่สามีภรรยาบางรายอาจตกใจและโกรธคู่สมรสในระยะแรกที่ทราบผล เมื่อยอมรับได้จะเกิดความสงสาร และเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น และพร้อมที่จะอยู่ร่วมทุกข์ร่วมสุขในการเผชิญชะตากรรมที่เกิดขึ้นร่วมกัน และบางรายอาจหนีไปจากคู่ชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา , 2537 : 218)

ระยะที่สอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่างๆปรากฏ (Symptomatic HIV) ซึ่งเป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยสร้างความหวังให้กับชีวิตได้ยาก เมื่ออาการทางร่างกายปรากฏผู้ป่วยจะไม่สามารถปกปิดสถานะติดเชื้อได้อีกต่อไป สังคมเริ่มจับจ้องจับตา บางรายถูกไล่ออกจากงาน ครอบครัวให้แยกของใช้และที่อยู่ ระยะนี้ผู้ป่วยจึงมีอาการซึมเศร้าได้มาก บางรายหาทางออกโดยการไประบายความเครียดโดยการดื่มสุรา เที่ยวโสเภณี ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 54.29 และพบว่าการเที่ยวโสเภณีนั้นเป็นการมีเพศสัมพันธ์โดยมิได้ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 71.43 (สมมาตร พรหมภักดี , 2538 : 74)

ระยะที่สาม เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรง คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น (Full Blown) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องประสบกับความเจ็บปวดและความตาย ปัญหาจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากสังคม มีข้อจำกัดในการทำงาน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จนทำให้ผู้ป่วยบางรายคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ไปในที่สุด (Faugier , 1993 : 145)

จะเห็นได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคในระยะต่าง ๆ นั้นมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับระยะเวลาการติดเชื้อ และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งพบรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่า ระดับความรุนแรงของโรคในระยะต่าง ๆ มีผลกระทบต่อการปรับตัว แต่การศึกษาวิจัยเหล่านั้นมิได้ออกมาในรูปของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่โดยตรง แต่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีมิติการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่รวมอยู่ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ดังตัวอย่างการวิจัยต่อไปนี้

จากการศึกษาของ ลูเบ็ค และ ไฟร์ส (Lubeck & Fires , 1992 : 359) ถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรค กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นการศึกษาติดตาม

ในระยะเวลา 12 เดือน เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่างๆรวม 669 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ 134 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 416 ราย และเป็นผู้ป่วยเอดส์ 119 ราย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตลดน้อยลง ในด้านการทำหน้าที่ บทบาทสังคม กิจกรรมประจำวัน ด้านพลังงาน การรับรู้สุขภาพทั่วไป และมีอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มของผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการมีความเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันของผู้ติดเชื้อที่มีอาการกับไม่มีอาการ ได้แก่ การรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ทางสังคม และด้านพลังงาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

เบอร์เกอร์ส และคณะ (Burgess et al , 1993 : 1101) ได้ทำการศึกษาดังความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของอาการการเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชายกร่วมเพศทั้งหมดจำนวน 99 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 35 ราย ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ 41 ราย และไม่มีอาการ 23 ราย โดยคุณภาพชีวิตนั้นประกอบไปด้วยมิติ การรับรู้สุขภาพโดยรวม ความเจ็บปวด การทำบทบาทหน้าที่ทางด้านร่างกายและสังคม ตลอดจนความรู้สึกเหนื่อยล้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด และพบความแตกต่างกัน เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ติดเชื้อที่มีอาการกับผู้ป่วยโรคเอดส์

และจากการศึกษาของ เคลียร์ และ คณะ (Cleary et al , 1993 : 569) โดยทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (CDC) จำนวน 189 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์สูงมากกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในชีวิต คือการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ความเจ็บปวด ความรู้สึกเหนื่อยล้า และการรับประทานอาหารไม่ได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ดีที่สุดคือ อาการเจ็บป่วยทางกายโดยรวม และ ความรู้สึกเหนื่อยล้า ส่วนการรับรู้ถึงความพอใจในชีวิต นั้นพบว่า มีความสัมพันธ์สูงกับอาการเจ็บป่วยทางกายและความรู้สึกเหนื่อยล้า ข้อสรุปของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้า และการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายโดยรวมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของคุณภาพชีวิต

จากผลงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัว ทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ และนอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังเป็นเวลานาน ย่อมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นตราบาปที่ประทับอยู่ในใจตลอดเวลา

การรับรู้ที่เป็นตราบาป

การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive Process) ที่สมองแปลความหมายจากสิ่งเร้า (Stimuli) ต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ผ่านเข้าทางประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensation) คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส โดยบุคคลต้องอาศัยประสบการณ์เดิม (Past Experience) มาเป็นเครื่องมือช่วยตีความและแปลความหมาย (Horowitz , 1987 : 114) และตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Garisson & Margoon , 1974 : 637 ; Mischal , 1980 : 98 ; Lindgren & Harvey , 1981 : 292) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง และเป็นความสนใจของบุคคล ในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานที่จะนำข้อมูลต่างๆของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่างๆถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล และมีกระบวนการจดจำ การแปลความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางกลั่นกรองการแปลความนั้น ซึ่งบุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมการแสดงออกมาตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ เป็นพฤติกรรมปรับตัว (Roy , 1984 : 34) และผลจากการปรับตัวจะเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) ต่อบริการรับรู้อีกครั้ง ดังนั้นการรับรู้ของบุคคล จึงเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่บุคคลสนใจอย่างไม่หยุดนิ่ง และสัมพันธ์เป็นความคิดต่อเนื่องของกาลเวลา เหตุการณ์ต่างๆในสิ่งแวดล้อมตัวบุคคล (Meghic , 1986 : 215 -216 ; Perreault , 1985 : 29)

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อที่แตกต่างจากโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และระบาดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ กลุ่มให้บริการทางเพศ พวกส่าสอนทางเพศ และผู้ติดยาเสพติด กลุ่มบุคคลเหล่านี้ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ไม่สอดคล้องกับค่านิยมของคนส่วนมาก (Turner et al , 1989 : 390) ซึ่งสังคมมองว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ เมื่อโรคเอดส์ได้เข้ามามีส่วนสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วย

โรคเอดส์ได้รับการตีตราเป็นสองเท่า (Double Stigma) (Davis , 1989 : 90 ; Siminoff et al, 1991 : 265)

ตราบาป (Stigma) เป็นคำนาม ตามความหมาย ใน พจนานุกรม ได้ให้ความหมายว่า เป็น ความอับยศอดสู มลทิน รอยด่างพร้อย การตราหน้า และการเสื่อมเสียชื่อเสียง (Long and Spross, 1990 : 25)

Stigma ตามความหมาย ใน Webster (Mish ,1991:1158) หมายถึงสิ่ง ต่างๆดังต่อไปนี้ คือ

- 1) สิ่งที่เป็นเครื่องหมายที่แปลกเด่นชัด สามารถสังเกตเห็นได้ (Distinguish) หรือการถูกตัดออกจากเลือดเนื้อเชื้อไข เช่นการตกเป็นข้าทาส เป็นอาชญากร
- 2) เป็นคุณลักษณะที่ถูกปฏิเสธ จากบุคคลและสังคม เป็นเครื่องหมาย (Mark) ที่ นำมาซึ่งความเสื่อมเสียชื่อเสียง (Disgrace) หรือถูกตำหนิ แสดงความไม่พึงพอใจ
- 3) เป็นเครื่องหมาย (Mark) สัญลักษณ์ (Sign) ที่ชี้ให้เห็นว่าไม่ได้อยู่ในบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) และบางครั้งมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกับความเชื่อทางศาสนา
- 4) ในทางพฤกษศาสตร์ หมายถึง ส่วนที่เป็นเกสรตัวเมียของดอกไม้ ที่เตรียมไว้ เพื่อการผสมเกสร ซึ่งโดยทั่วไปจะอยู่ที่ส่วนปลายสุดของดอกไม้
- 5) หมายถึง จุด (Spot) เครื่องหมาย (Mark) หรือรู (Pore) ของสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ
 - 5.1 เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งในการรับแสงของแมลง และเกี่ยวข้องกับการหายใจ
 - 5.2 เป็นจุดแดงเล็กๆ บนผิวหนังมนุษย์ เช่น ฝี
 - 5.3 เป็นรูที่อยู่เหนือสุดของตุ่ม (Graffin Follicle) ที่แสดงให้เห็นการแตกของตุ่ม
 - 5.4 เป็นจุดสีผิวของผิวหนัง (Pigmented Spot)
- 6) ในทางการแพทย์ หมายถึง
 - 6.1 เป็นรูที่อยู่บนผิวหนังและมีเลือดออก ซึ่งเกิดจากความตึงของระบบประสาทอย่างหนึ่ง
 - 6.2 เป็นคุณลักษณะ ของโรคบางอย่าง

Stigma ตามความหมายในพจนานุกรมอังกฤษไทย ได้ให้ความหมายว่า เป็นความ อับยศอดสู มลทิน รอยด่างพร้อย ตราพิมพ์ ตราหน้า ตราบาป แผลเป็น แด้มจุด ตาของสัตว์ เชลยเดี่ยวพวก ไพร่โตชั่ว ทางเข้าระบบหายใจของแมลง ส่วนของละอองเกสรตัวเมีย (วิทย์ เทียง นุรณรรรม , 2525)

มโนคติ Stigma นี้ได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย เอฟวิง ก๊อฟแมน (Erving Goffman ,1963) นักจิตวิทยาสังคม ซึ่งได้เสนอแนวคิดที่ว่าตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ท่านได้ให้ความหมายของ ตราบาป คือคุณสมบัติหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ก๊อฟแมนยังให้แนวความคิดต่อไปอีกว่า คุณลักษณะหรือความแตกต่างดังกล่าว ไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติดังกล่าวถูก กำหนดโดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ อันเป็นเครื่องมือในการให้ความหมายทางสังคม ซึ่ง ก๊อฟแมน เน้นว่าโดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์เท่านั้นที่มีศักยภาพในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคลให้กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นอย่างเดียวกันกับ "ตราบาป " คุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์นี้ มีความหมายรวมถึงบุคคลที่เลวร้าย อันตรายหรืออ่อนแอ (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล 2536 : 6)

ก๊อฟแมน (Goffman , 1963 : 11-13) กล่าวถึงเรื่องของการตีตรา ว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม โดยเริ่มต้นจากในสมัยกรีก การตีตราถือเป็นการเกี่ยวพันกับเครื่องหมายที่ปรากฏบนร่างกาย อันเนื่องมาจากมีการกระทำบางสิ่งบางอย่างผิดไปจากปกติ และกระทำการที่ผิดกฎข้อบัญญัติทางศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นได้ทำลายตัวบุคคลด้วยการแสดงให้ผู้อื่นรู้ว่าเป็นบุคคลที่เพื่อนมนุษย์ไม่ต้องการคบหา ทำให้บุคคลนั้นเสื่อมเสีย (discredit) และเกิดความอับอาย (Shameful) ต้องการขับไล่ไปให้พ้น หรือเป็นบุคคลที่แปลกไปจากบุคคลอื่นในสังคม อย่างไรก็ตามคำว่า การตีตราในปัจจุบัน ได้กล่าวเพิ่มเติมออกไปจากเดิม ในประเด็นเป็นสิ่งที่ปรากฏทางร่างกาย และยังไปกว่านั้นคือความรู้สึกทำให้เสื่อมเสียหมดศรัทธาจากบุคคลอื่น

ก๊อฟแมน (Goffman , 1963 : 14) ยังได้แบ่งการตีตราหรือตราบาปเป็น 3 ชนิด คือ

1. เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความพิการ (disability) ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือประกอบกิจกรรมทางสังคม
2. เป็นความเสื่อมเสียของบุคคล เนื่องจากมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (deviance) ซึ่งละเมิดบรรทัดฐานตามค่านิยมของสังคมและบทบาท ได้แก่ พวกที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดถูกคนติดยา คนรักร่วมเพศ คนว่างงาน คนพยายามฆ่าตัวตาย และคนซึ่งเคยเป็นกบฏทางการเมือง
3. เป็นการตีตราที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่พวกชนกลุ่มน้อย หรือตัวอย่าง เช่น กรณีที่มีการระบาดครั้งใหญ่ของกาฬโรค ในศตวรรษที่ 14 ชาวยิวถูกกล่าวหาว่าเป็นบ่อเกิด ของโรคนี้ เป็นต้น

นักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยา เช่น เบคเกอร์ และ อาโนลด์ (Becker & Arnold , 1986 : 42) กล่าวว่า ตราบาปตามแนวคิดของ ก๊อฟแมน นั้นจะเน้นที่ความเป็นส่วน

บุคคล (Individual) มากกว่าที่จะให้ความสำคัญต่อ วัฒนธรรม สังคม การเมือง และบริบท ทางประวัติศาสตร์ โดย ก๊อฟแมน ได้ให้ความหมายของตราบาปว่า คือ ลักษณะซึ่งทำให้บุคคล เปลี่ยนจากบุคคล "ปกติธรรมดา" เป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ ค่างพร้อย มีรอยมลทิน ไร้คุณค่า แต่ในความหมาย ของเบคเกอร์และอาโนลด์ นั้นเป็นเรื่องของกระบวนการก่อร่างทางวัฒนธรรม และสังคม (Stigma as a social construct) ที่มาจากทัศนคติทางสังคม (Social attitude) โดย ผ่านไปทางการสื่อสาร ทางครอบครัว และทางศาสนา เช่นเด็กจะได้รับ การสอนจากพ่อแม่ทำให้เกิดเป็นทัศนคติทางลบต่อสิ่งหนึ่ง และจะเกิดการสั่งสมประสบการณ์นั้น กลายเป็นความรู้สึกนึก คิดของบุคคลที่มีต่อผู้ได้รับตราบาปในที่สุด

พิมพวัลย์ บุญมงคล (2536 : 11) ได้ทำการศึกษา ตราบาป ในผู้ป่วยโรคเรื้อน มีความเชื่อ ว่า สาเหตุของตราบาป ในผู้ป่วยโรคเรื้อน สะท้อนแนวความคิดของ ความสกปรก ซึ่งฝังลึกอยู่ใน โรคเรื้อน โดยความเชื่อของชาวบ้านที่ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่กลายมาจากกามโรค และพฤติกรรม สำนอนทางเพศของชายนักเที่ยว สะท้อนถึงความคิดเห็น ที่ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคแห่งความ สกปรก คนไทยมักให้คุณค่ากับความสะอาดของร่างกาย โดยนำไปสัมพันธ์กับกลิ่นหอม ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีเหงื่อออกมาก ทำให้มีกลิ่นตัวแรง จึงทำให้ สังคมรังเกียจ เช่นเดียวกับตรา บาปในผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ไปมีส่วนสัมพันธ์กับความสำนอนทางเพศ โรคของโสเภณี โรคของ เกย์ ดังนั้นโรคเอดส์จึงเป็นโรคของคนสกปรก โรคของคนผิด ศีลธรรม และโรคแห่งความ สกปรก และบุคคลที่สัมผัสกับคนที่เป็โรคก็เปรียบเสมือนการล่วง ล้ำฝ่าฝืนข้อห้าม อีกทั้ง ความเข้าใจของสังคมที่ว่าเลือดและน้ำอสุจิ ซึ่งเป็นของเหลวที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วยนั้นเป็นที่ มาของการแพร่เชื้อโรคเอดส์ ยิ่งเป็นการตอกย้ำลักษณะของโรคเอดส์ ในภาพพจน์แห่งความ สกปรกแปดเปื้อน (พิมพวัลย์ บุญมงคล , 2536 : 16)

โจนส์ และคณะ (Jones et al , 1984) กล่าวว่า ลักษณะความสวยงามมีอิทธิพล ต่อการ เกิดตราบาป เช่นเดียวกับ ซอนแท็ก (Sontag , 1986 : 41) กล่าวว่า การตัดสินทางจริยธรรมเกี่ยว กับโรค เป็นเรื่องของการตัดสินเกี่ยวกับความสวยงามและความสะอาด ทุกๆวัฒนธรรมมีมาตรา ฐานของตนเองเกี่ยวกับความสวยงาม แต่โดยทั่วไปทุกๆวัฒนธรรมให้คุณค่าต่อสัดส่วนที่สมดุล ของร่างกาย และการควบคุมของของเหลวในร่างกาย (Boutte , 1987 : 15) มือและเท้าที่หงิกงอ ที่ ผิดรูปร่าง และแผลตามตัวมีเลือดหนองติดอยู่ด้วย ถูกมองว่าน่าเกลียดน่าขยะแขยง หรือไม่น่าดู ส่งผลให้บุคคลเกิดการหลีกเลี่ยง หรือไม่ยอมรับที่จะพบปะพูดคุย (พิมพวัลย์ บุญมงคล , 2536 : 12) เช่นเดียวกับภาพพจน์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งประชาชนรับรู้ว่ามีสภาพร่างกายที่ผ่ายผอม ซุป ซิด เต็มไปด้วยเชื้อรา แผลภายในช่องปาก ตลอดจนผิวหนังมีผื่นตุ่ม มะเร็งหลอดเลือด ยิ่งทำให้ ร่างกายผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสกปรก ภัยอันตรายและความตาย (พิมพวัลย์ บุญมงคล,

2536 : 16) สังคมจึงปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความรังเกียจ ซึ่งขัด ประนามขาดความเห็นอกเห็นใจอย่างสิ้นเชิง ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์เป็นทวีคูณ ทั้งจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและทางจิตใจในขณะเดียว

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงเผชิญกับปัญหาการถูกตีตราจากสังคมอยู่ แม้ว่าในปัจจุบันสื่อมวลชนต่างๆพยายามออกข่าวเพื่อเป็นการแก้ไขทัศนคติของสังคม ให้มีความเห็นอกเห็นใจ เมตตาและสงสารผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ พยายามให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ซึ่งก็พบว่าสังคมมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น แต่คนส่วนใหญ่รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ในส่วนลึกๆนั้นก็ยังมีความรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อโดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ (พรชัย พงศ์สงวนสิน , 2537 : 30) ผลจากการถูกตีตราจากสังคม ก่อให้เกิดเป็นความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ระทม ขาดผู้เหลียวแล ไร้ที่พึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ทั้งในส่วนที่เป็นบทบาทผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และบทบาทคู่สมรส (Herek , 1984 cited in Herek & Glunt , 1988 : 887 ; Davis , 1989 : 71)

ผู้วิจัยจะขอนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หรือปฏิกิริยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้ คือ

การรับรู้ที่เป็นตราบาปที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จะเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาจากครอบครัวอย่างไรบ้าง ดังเช่นการศึกษาของ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2537 : 10) พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าเธอเป็นโรคเอดส์ ระหว่างที่เจ็บป่วย เธอได้รับการรังเกียจจาก พี่ของสามีเป็นอย่างมาก ถูกจับแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ให้กินอาหารร่วมสำรับเดียวกัน ลูกสาวถูกห้ามไม่ให้เข้าใกล้แม่ และในที่สุด เธอก็ถูกปล่อยให้เสียชีวิตตามลำพัง และเช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุกข์ (2537 : 109) พบว่า ภายหลังจากที่สามีของผู้ป่วยทราบว่าเธอติดเชื้อเอดส์ เขาทอดทิ้งเธอไว้ที่โรงพยาบาล ไม่มาเยี่ยมเยียนเธออีกเลย และได้รับการรังเกียจจากญาติพี่น้อง ในที่สุดเธอจึงหนีออกจากบ้านไป และจากการศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และ คณะ (2534 : 23) พบรายงานคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ ผมได้รับกำลังใจจากหลายฝ่าย แต่ได้รับกำลังใจจากพยาบาลและหมอมากที่

สุด พ่อแม่เขารู้แต่ไม่ลึกซึ้งเท่าหมอ ผมเองเคยบอกแม่ว่าอยากบวช... และผมมาบอกคุณตา.... คุณตาบอกว่าอย่าอยู่ให้ทุเรศตาคนแถวนี้เลย และบังคับให้ผมบวชตลอดชีวิต ผมเสียใจที่...คุณตา...พูดว่า.....จะอยู่ให้ทุเรศตาคนทำไม.....” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคนข้างเคียงที่ยังไม่ยอมรับ และใช้วาจาแสดงความรังเกียจในตัวผู้ป่วย นอกจากการใช้วาจาแสดงความรังเกียจแล้ว ยังพบปฏิกิริยาที่ต้องการขับไล่ให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เพราะเกรงว่าจะนำโรคมาริดคนในครอบครัว ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ตอนผมมีอาการมาก ทานข้าวไม่ได้ ภาระวนกระวาย น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระเหลวตลอด 6 เดือน ทานอะไรนิดหน่อยก็ถ่ายออกทันที มีไข้ทุกวัน แม่กลัวจะติดคนอื่น แม่ให้เข้าบ้านอยู่ในสวน อยู่ใกล้ๆบ้านแม่ที่อาศัยอยู่กับพี่ชายและพี่สะใภ้ เวลาไปหาแม่ แม่จะไล่ให้กลับบ้านเร็วๆ กลัวติด.....และให้ไปอยู่ต่างจังหวัด เราไม่อยากอยู่คนเดียว ทุกคนรังเกียจผมหมดเลย เมื่อวานตามไปอธิบายเรื่องการติดโรคที่บ้านแม่ เขายังว่ามาทำไมเดี๋ยวนำโรคมาริด คุณจากที่เคยรักและสงสารเดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว.....”

ผลการศึกษาวิจัยเหล่านี้มีลักษณะคล้ายกับการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษา ของ ลาเยียร์ และ กีน (Laryea & Gien , 1993 : 251) ศึกษาในผู้ป่วย เอดส์ 22 คน พบว่า 11 คน ได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว และอีก 11 คน ถูกสมาชิกในครอบครัวรังเกียจ โดยแสดงความเย็นชา หมางเมิน ไม่สนใจใยดีในตัวเอง และต้องการให้เขาออกไปจากบ้าน เขาต้องเสียภรรยาและลูกไป ญาติพี่น้องปฏิเสธไม่ให้เขาคืนบ้านในคืน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่เพียงแต่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาที่ได้รับจากครอบครัวเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันต้องเผชิญกับตราบาปที่ได้รับจากชุมชนอีกส่วนหนึ่งด้วย

การรับรู้ที่เป็นตราบาปที่ผู้ป่วยได้รับจากชุมชน จากการศึกษาเชิงสำรวจของ เฮเร็ก และแคปปิตานีโอ (Herek & Capitanio , 1993 : 574) ซึ่งเป็นการศึกษาทัศนคติการตีตราของสาธารณชนในแคลิฟอร์เนีย โดยใช้โทรศัพท์สัมภาษณ์ความคิดเห็นจากประชาชนจำนวน 653 ราย ในจำนวนนี้มีเชื้อชาติ แอฟริกันอเมริกันร้อยละ 67.4 ผลการศึกษาพบว่า อเมริกันผิวขาวมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผิวดำ ซึ่งผลการสำรวจสรุปว่าประชาชนมีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยร้อยละ 27.7 กลัวผู้ป่วยร้อยละ 35.7 และโกรธผู้ป่วยร้อยละ 27.1 นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกลังเลต่อผู้ป่วยเอดส์ถึงร้อยละ 20.5 ในขณะที่เดียวกันต้องการให้รัฐบาลออกกฎหมายมาบังคับเพื่อกักกันผู้ป่วยถึงร้อยละ 35.7 และต้องการจะหลีกเลี่ยงไม่ไปมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้ติดเชื้อ ไม่ต้องการให้ลูกหลานไปเล่นกับผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งไม่ต้องการทำงานร่วมกับผู้ป่วยถึงร้อยละ 95.8 เช่นเดียวกับการศึกษา ของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 141) พบว่า มารดาผู้ป่วยรายหนึ่งถูกชาวบ้านรังเกียจ ไม่ให้เอาเสื้อผ้าของลูกและตนเองไปซักที่บ่อน้ำสาธารณะ ทำให้

ผู้เป็นแม่ต้องย้ายไปซักรีดที่คลองเล็กๆที่ไหลผ่านหมู่บ้าน ต่อมาชาวบ้านมาบอกว่า กลัวน้ำจากการซักผ้าจะไหลไปสู่ที่ดินทำกินของเขา มารดาผู้ป่วยจึงต้องแก้ปัญหาโดยการไปหาบน้ำมาจากบ่อ ซึ่งอยู่ห่างจากบ้านประมาณ 1 กิโลเมตร มาซักผ้าที่บ้าน

จากทัศนคติในทางลบที่สาธารณชนมีต่อผู้ป่วยเอดส์นั้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ ต้องเผชิญกับการรังเกียจจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน ในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังเช่น การศึกษาของ เสาวภา สิริพงษ์ และ คณะ (2537 : 11) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เมื่อเสียชีวิต ชาวบ้านไม่กล้าไปร่วมงานศพ และ บางคนที่ไม่ร่วมงานศพ ก็จะไม่ยอมรับประทานอาหารที่เจ้าภาพนำมาและบางรายที่ชาวบ้านสงสัยว่าจะติดเชื้อ จะถูกชุมชนนิทา และไม่ยอมซื้อขนมที่เธอทำขายจนเธอต้องเลิกอาชีพไปในที่สุด เมื่อเธอป่วย เพื่อนบ้านก็ไม่กล้าไปเยี่ยมที่บ้าน และจากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2537 : 35) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิเสธเข้าร่วมกลุ่มอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยไม่ยอมรับร่วมวงเหล้าด้วย เพื่อนฝูงดีตัวออกห่าง แม้ในปัจจุบันสังคมจะยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าร่วมกิจการงานบุญ หรืองานเลี้ยงของชุมชนได้มากขึ้น แต่ในส่วนลึกๆก็ยังมี การแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติต่อตัวผู้ป่วย เช่นพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปช่วยทำงานเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ให้เสี่ยงไปทำในหน้าที่อื่น เช่นการดูแลจัดเตรียมดอกไม้หรือดูแลทางด้านความสะอาดเป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539 : 120) ที่รายงานคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ เวลาที่คนมองเรา สายตาบ่งบอกว่าคิดอย่างไรกับเรา แม้ไม่พูดแต่ก็ไม่ยอมเข้าใกล้ เราไปจับอะไรเขาก็ไม่ไปใกล้สิ่งนั้นเลย..... ผมคิดว่ามันเรื่องอะไรที่ต้องมาให้คนดูถูกเราขนาดนี้ เราไม่จำเป็นต้องมาสูงส่งกับพวกนี้ ให้เสียความรู้สึก ผมจึงไม่ไปสังคมกับใครอีกเลยสบายใจเยอะ” เช่นเดียวกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539 : 125) ที่รายงานคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ ไม่รู้ว่าใครแอบขโมยผลเอชเชผลเลือด ที่รายงานว่าติดเชื้อวัณโรคและเอดส์ มาประกาศไว้ที่บอร์ด.....(ร้องไห้) ... ทุกวันนี้เพื่อนรังเกียจ ไม่ยอมให้รับโทรศัพท์ ถ้าเห็นฉันใช้โทรศัพท์ จะรีบเอาแอลกอฮอล์มาล้าง และเอาสเปรย์มาฉีด และไม่ยอมให้ซื้อข้าวให้เค้าอีก” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ ลาเยียร์และ กีน (Laryea & Gien , 1993 : 253) จากผู้ป่วย 19 ราย ที่ต้องตัดสินใจบอกผล การติดเชื้อให้เพื่อนทราบ มี 7 ราย ที่ได้รับปฏิกริยาในแง่ลบจากเพื่อน เช่น เพื่อนไม่ต้องการให้เขาไปที่บ้าน และต้องการอยู่ห่างๆ จากเขา เพื่อนไม่โทรศัพท์ติดต่อกับเขาอีกเลย ตัดสัมพันธ์ไมตรีกับเขา และในกรณีที่ผู้ป่วยยอมเปิดเผยกับผู้ร่วมงานและนายจ้าง ปฏิกริยาที่ได้รับ คือ ให้ออกจากงาน เปลี่ยนหน้าที่ใหม่ ที่ไม่ต้องพบปะกับผู้คน ผู้ป่วยบางรายยังถูกปฏิเสธจากร้านขายอาหารไม่ยอมจำหน่ายให้ บางรายร้านตัดผมไม่ยอมให้บริการ และบางรายยังถูกเผาบ้านเพื่อไล่ให้ไปอยู่ที่อื่น (Herek & Glunt , 1988 :

886) เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปฏิกิริยาต่างๆจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอีกด้วย

การรับรู้ที่เป็นตราประทับที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แม้ว่าปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้และได้รับการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ให้มีความรู้สึกสงสาร เอื้ออาทร และเห็นอกเห็นใจต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้นกว่าเดิม แต่การอบรมเหล่านั้นไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความคิดเดิมของเขาเหล่านั้นได้ทุกคน เพราะทัศนคติที่ไม่ดีแม้จะมีความรู้ดีเพียงใดก็ตาม ก็ไม่อาจไปลบล้างทัศนคติเดิมได้ จะปีติรับความคิดอื่นทั้งหมด ประกอบกับความเกรงกลัวภัยจะมาถึงตนเองทำให้ลำบาก จึงทำให้มองผู้ป่วยเอดส์ไปในแง่ลบ (ชงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ , 2534 : 3)

ในประเด็นเรื่องทัศนคติทางลบของบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนดังต่อไปนี้ ดังเช่น การศึกษาวิจัยของ เปี่ยมปิติ ช่างสาร (2534 : 59) เกี่ยวกับการติตราผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล จำนวน 561 คน โดยใช้แบบวัดการติตราผู้ป่วยโรคเอดส์ใน 3 ประเด็น คือ สเกลการประเมินความมีอคติ (Prejudice Scale) สเกลปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Scale) และสเกลประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Interpersonal Evaluation Scale) ผลการศึกษาจาก การประเมินความมีอคติ พบว่า พยาบาลมีอคติต่อผู้ป่วยในระดับปานกลางร้อยละ 49.0 ระดับสูงร้อยละ 41.7 และระดับต่ำร้อยละ 9.3 และเมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า พยาบาลประมาณร้อยละ 52.9 มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นผู้มีอันตรายต่อผู้อื่น และร้อยละ 62.4 คิดว่าควรแยกให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเฉพาะ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 53.7 มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยโรคเอดส์สมควรได้รับการกักกันเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่น สำหรับการวัดด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่พยาบาลต้องการมีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น อยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 58.1 ระดับสูงร้อยละ 31.7 และระดับต่ำเพียงร้อยละ 10.2 เมื่อพิจารณาตามรายชื่อส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.2 เห็นด้วยมากและเต็มใจสนทนากับผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง สำหรับการวัดในเรื่องการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล โดยแบ่งผู้ติดเชื้อเอดส์เป็น 6 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อเอดส์ แม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์จากสามี หญิงให้บริการที่ติดเชื้อเอดส์ ชายหรือหญิงรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์ ชายที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการ และผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในเชิงบวกต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งแม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์จากสามี ในขณะที่มีทัศนคติในทางลบต่อ กลุ่มหญิงบริการที่ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มชายที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการ และกลุ่มที่ติดเชื้อจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ครั้งนี้ไม่ได้ประเมินบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์ด้วยความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับทางด้านสังคม โดยนำมาเชื่อมโยงกับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมส่วนใหญ่ ซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะได้รับการประเมินคุณค่าในทางลบ ที่ถือว่าเป็นการตีตราต่อผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศดังต่อไปนี้คือ

จากการศึกษาของ เคลลี (Kelley et al, 1988 cited in Siminoff 1991 : 264) พบว่าพยาบาลจำนวน 166 คน มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกลุ่มผู้รักร่วมเพศ ที่มีส่วนทำให้เกิดการระบาดของโรคเอดส์ นอกจากนี้ วิลลี และ แอคคลิน (Willey & Acklin, 1988 cited in Siminoff, 1991 : 264) พบว่าร้อยละ 54 ของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีความคิดเห็นว่าควรปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพล็ก และ คณะ (Pleck et al, 1988 cited in Siminoff, 1991 : 264) พบว่าร้อยละ 42 ของพยาบาลมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลไม่ต้องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และจากการศึกษาในประเทศ คานาดา พบว่าพยาบาลมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์และยังพบว่ร้อยละ 90 รายงานว่าเขาควรมีสิทธิที่จะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ อีกด้วย (Kerr & Horrocks, 1990 cited in Siminoff, 1991 : 264)

นอกจากนี้การศึกษาของ เจฟเฟอรี และคณะ (Jeffery et al, 1987 : 789) ถึงทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์กับผู้ป่วยลิวติเมีย โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากแพทย์ประจำบ้านจากเมืองใหญ่ๆใน 3 รัฐของอเมริกา โดยใช้มาตรวัดการตีตราผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วย สเกลประเมินความมีอคติ (Prejudicial Evaluation Scale) สเกลปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Scale) และสเกลประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Interpersonal Evaluation Scale) ผลการศึกษาจากสเกลการประเมินความมีอคติพบว่าแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยลิวติเมียพบว่าได้รับการเห็นอกเห็นใจมากกว่า ส่วนสเกลปฏิสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าผู้ป่วยโรค ลิวติเมียได้รับการยอมรับในเรื่องความเต็มใจในการไปร่วมรับประทานอาหารด้วย รวมทั้งความเต็มใจในการไปร่วมสังสรรค์และร่วมทำงานด้วย ตลอดจนยังเต็มใจที่จะร่วมสนทนาด้วยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการยอมรับน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยลิวติเมีย

และจากการศึกษาของ แก๊สกิน และ บราวน์ (Gasgin & Brown, 1992 : 118) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีประสบการณ์การได้รับการรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกว่าบุคคลากรทางการแพทย์ ละเลย ไม่เอาใจใส่ กลัวการติดเชื้อผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ เมื่อเขาแจ้งให้แพทย์ทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี แพทย์รีบดึงมือกลับทันที

ในขณะที่ตรวจร่างกายเขาอยู่” ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 139) ที่รายงานคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ ผมปวดหัวมาก.....ร้องครวญครางตลอด หมอบอกพยาบาลอื่นตรวจคนไข้อยู่ใกล้ๆตั้งหลายคน แต่ไม่มีใครหันมามองผมเลย”

จากทัศนคติทั้งของแพทย์และพยาบาลในเชิงลบเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้บริการผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยบางรายอาจถูกปฏิเสธไม่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะการติดเชื้อเอชไอวี หรือบางรายอาจถูกทอดทิ้งขาดการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , 2536 : 91) ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการดูแลถูกเหยียดหยามด้วยท่าทีและคำพูด ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ไปขอรับบริการและปล่อยให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นไปตามยถากรรม (บังอร ศิริโรจน์ , 2536 : 171) บางคนอาจตัดสินใจเลือกที่จะสู้และตายอย่างมีเกียรติในตนเอง แม้จะรู้ว่าอาจไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการรักษา (พิกุล นันทชัยพันธ์ , 2539 : 122)

จากตรรกะที่สังคมมอบให้ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆกันดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น ก่อให้เกิดเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อกายจิตและสังคมของผู้ติดเชื้อ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในด้านบทบาทคู่สมรส บทบาทการทำงานและการดูแลสุขภาพในฐานะของผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการรับรู้ที่เป็นตรรกะปองยอมมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการที่สังคมให้การตีตราผู้ป่วยจึงเป็นเหตุให้ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อ โดยไม่ยอมเปิดเผยให้ผู้ใดทราบ

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานภาพและภาพลักษณ์ของตนเองจากผลกระทบการตีตรา ทำให้ผู้ป่วยต้องปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ ไม่ยอมเปิดเผยให้กับผู้ใดทราบ เพราะเกรงจะทำให้คนรักและครอบครัวเสียใจ เกรงว่าจะถูกสังคมรังเกียจ นำความเสื่อมเสียมาสู่วงศ์ตระกูล กล่าวหาว่าญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูงทอดทิ้ง กลัวถูกไล่ออกจากงาน ไม่แน่ใจว่าเพื่อนฝูงและเจ้านายจะยอมรับหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันยังกลัวว่าพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมทางสังคมจะถูกเปิดเผย (Siegel & Krauss , 1991 : 22 ; Laryea & Gien , 1993 : 253 ; Silver & Caldorok , 1989 cited in Burnard , 1993 : 1783) การปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ส่วนหนึ่งยังเป็นผลดีในแง่การไม่ถูกรบกวนทางด้านจิตใจจากบุคคลรอบข้าง แต่มันได้ทำให้ผู้ป่วยหาวิธีวิตกกังวลโดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีคู่สมรสแล้ว ที่จะต้องป้องกันการติดเชื้อไปสู่คู่สมรส ไม่ทราบจะให้

เหตุผลกับคู่สมรสอย่างไรดี ทำให้เกิดความคับข้องใจ (พิภูล นันทชัยพันธ์ 2539 : 95) การตัดสินใจเปิดเผยสภาพการติดเชื้อขึ้นอยู่กับ การพยายามรักษาสถานภาพของตนเองและความต้องการการเห็นอกเห็นใจจากเครือข่ายทางสังคม จากการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2537 : 79) ในผู้ติดเชื้อเอดส์ชายที่มีพฤติกรรมรักต่างเพศ จำนวน 35 ราย พบว่าร้อยละ 57.14 ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามพบว่าการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อนั้นบิ่ปัจจัยทางด้านการสมรสเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.33 เปิดเผยสภาพการติดเชื้อในขณะที่ผู้ที่มีสภาพสมรสแยกและโสดมีเพียงร้อยละ 12.50 และ 45.45 เท่านั้นที่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และกระบวนการที่จะตัดสินใจบอกใครนั้น อยู่บนพื้นฐานของการประเมินถึงสิ่งที่ได้รับจากบุคคลเหล่านั้น ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และเก็บความลับได้ และยังพบว่า บุคคลที่มีสภาพสมรสคู่ จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับภรรยาทราบ ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 21.42 ที่ยินยอมเปิดเผยให้กับญาติสนิทด้วย ส่วนผู้ที่มีสภาพสมรสโสดจะมีการเปิดเผยกับบุคคลต่างๆเหล่านี้คือ กับพี่ร้อยละ 40.00 กับพ่อร้อยละ 20.00 กับลูกพี่ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยร้อยละ 20.00 และกับญาติสนิทร้อยละ 20.00 กลุ่มที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเหล่านี้พบว่าได้รับกำลังใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษา ของ สมมาตร พรหมภักดี (2537) นี้ เป็นการศึกษาถึงผลการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ให้กับกลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ และสามารถให้การช่วยเหลือกับผู้ป่วยได้ การศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดว่าไม่ได้รวมศึกษาถึง การเปิดเผยให้กับกลุ่มเพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงาน จึงไม่ทราบว่าการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อในวงกว้าง ผู้ป่วยจะได้รับการติตราจากสังคมหรือไม่และอย่างไรและมากนักน้อยเพียงใด และการศึกษาของ ลดาวัลย์ สวณนาม (2536 : 167) ในผู้ป่วยชายที่มารับบริการรักษาที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 ราย พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อร้อยละ 64.7 ในขณะที่คนโสดยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อร้อยละ 52.9 และพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้กับพ่อแม่ญาติพี่น้องสูงสุดร้อยละ 73 รองลงมาคือ บอกลแฟน ร้อยละ 12.4 และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะเปิดเผยสภาพติดเชื้อให้กับคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 62.7 รองลงมาคือ บอกลพ่อแม่ญาติพี่น้องร้อยละ 16.0

นอกจากนี้ สมมาตร พรหมภักดี (2537 : 79) ยังพบว่ากลุ่มที่ปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้มีถึงร้อยละ 42.86 ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มที่ปกปิดสภาพนี้ไม่อาจแสวงหาความมั่นคงให้กับตนเอง ทั้งๆที่แรงผลักดันเรื่องความต้องการการช่วยเหลือมีสูง จึงทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีสภาพสมรสโสดและแยก ร้อยละ 20.00 ตัดสินใจแต่งงานและอยู่กินกับภรรยา โดยมีได้บอกให้ภรรยาทราบ รวมถึงมิได้มีการป้องกันการติดเชื้อและการตัดสินใจมีบุตร เหตุผลที่ผู้ติดเชื้อแสวงหาความมั่นคงด้วยวิธีดังกล่าว เนื่องจากวิธีการนี้สามารถผูกใจให้ผู้หญิง ต้องดูแลตนเองตลอดไป

และจากการศึกษาของ ถดวาลย์ สวณนาม (2536 : 169) ในผู้ป่วยชายที่สมรสแล้ว มีความคิดเห็นว่า เหตุที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบนั้น ส่วนใหญ่กลัวถูกสังคมรังเกียจ ร้อยละ 68.4 และมีความคิดเห็นว่าจะไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้กลัวเขาเสียใจ และอาจขอตายอย่างเงียบๆ ในจำนวนร้อยละเท่ากัน คือ 14.6 และที่เหลือร้อยละ 2.4 คิดว่าบอกไปก็ช่วยอะไรไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539 : 167) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ จำนวน 32 ราย พบว่า เจือใจในการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ คือ สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและไว้วางใจ ถ้าผู้ติดเชื้อประเมินแล้วว่าเมื่อเปิดเผยแล้วจะไม่ได้รับการรังเกียจ และยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเอง ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด และไม่ไว้วางใจกับใครเลย จึงเป็นการปิดโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ คือ คู่สมรส มากที่สุด ถึงร้อยละ 56.25 รองลงมา คือ พี่น้อง ร้อยละ 25. พ่อแม่ร้อยละ 18.75 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยโรคเดียวกันและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนรอบข้าง จะเป็นผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและให้ความหมายของโรคเอดส์ดีขึ้น มีความอดทนและได้กำลังใจในการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะเก็บกดความรู้สึกและวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ใช้วิธีหลีกเลี่ยง และพุดปิด ไม่เผชิญความจริง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพถึงวิธีการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ สุธีรา สุนตระกูล (2536 : 128) ในผู้ป่วยจำนวน 15 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย และหญิง 5 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 19 - 30 ปีและส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รายได้ต่ำ พบว่าผู้ติดเชื้อที่ยอมเปิดเผยให้กับครอบครัวทราบมี 12 ราย โดยในระยะแรกที่ทราบว่าติดเชื้อจะยังไม่บอก เมื่อเห็นว่าครอบครัวน่าจะยอมรับสภาพได้บ้างแล้ว จึงจะเปิดเผยและจะเปิดเผยให้กับ พ่อแม่ หรือ คู่สมรส ซึ่งคิดว่าจะเก็บความลับไว้ได้ จุดประสงค์ของการเปิดเผย คือ ต้องการความช่วยเหลือจากเขาเมื่อยามเจ็บป่วย หรือต้องการฝากลูกๆ ไว้เมื่อตนเองต้องตายไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมมาตร พรหมภักดี (2537) และงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น ซิเกลและครอส (Siegel & Krauss , 1991 ; Laryea & Gien , 1993) เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จะให้เหตุผลว่า รู้ไปก็ไม่มีประโยชน์ กลับทำให้ต้องทุกข์กังวล และบางรายเกรงว่าจะถูกครอบครัวรังเกียจ ซึ่ง สุธีรา สุนตระกูล & เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2536 : 172) พบว่าเมื่อผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับครอบครัวทราบ ในระยะแรกๆ ทั้งภรรยาและมารดา ผู้ป่วย มีปฏิกิริยาทางสังคมทั้งสนับสนุนและตำหนิแสดงความรังเกียจในขณะเดียวกัน แต่ก็พยายามไม่แสดงออกให้ผู้ป่วยเห็น ทั้งนี้เพราะอคติที่มีมาก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้ความ

เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ดังนั้นช่วงแรกที่ผู้ป่วยรับทราบผลการติดเชื้อและต้องเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ จึงเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต

นอกจากนี้ ปัจจัยที่จะเป็นตัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดจะเปิดเผยหรือปกปิดสภาพการติดเชื้อไวรัสนั้นยังเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักอยู่ในตำแหน่งหน้าที่การงานดี ไม่ต้องการให้ผู้อื่นเสื่อมเสียศรัทธาในตนเอง ดังนั้นกลุ่มพวกนี้มักพยายามปกปิดฐานะการติดเชื้อเพื่อไม่ให้ใครรู้ จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะปกปิดสภาพการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักมีโอกาใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสังคมได้ตรงกับความต้องการในปัญหาที่มีอยู่ จึงไม่จำเป็นต้องหาแหล่งประโยชน์มากมายนัก ดังนั้น กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาปิดบังสภาพการติดเชื้อได้มากกว่า จึงอาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

ในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการหากผู้ป่วยไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้ใดทราบ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นไปตามปกติ ไม่ต้องเผชิญกับการรังเกียจของสังคม เมื่อผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ แม้จะไม่มีอาการทางกายก็ตาม ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยจะได้รับความเห็นอกเห็นใจจากครอบครัว (บุญทิวา โพธิ์เจริญ , 2539 : 108) แต่อีกส่วนหนึ่งจะได้รับการรังเกียจจากสังคม (Laryea & Gien , 1993 : 251) แม้ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้เท่าไรก็ตาม เมื่อระยะเวลาผ่านไปภูมิทัศน์ของร่างกายลดลง อาการทางกายเริ่มปรากฏ ผู้ป่วยจะไม่สามารถปกปิดสภาพการติดเชื้อได้อีกต่อไป ระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการรังเกียจในรูปแบบต่างๆกัน จาก ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเมื่อไปขอรับบริการ จึงอาจกล่าวได้ว่าการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อที่ชัดเจนมากขึ้นเท่าไร ย่อมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกะ ในขณะเดียวกันกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ ผู้ป่วยจะได้รับความเห็นอกเห็นใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้นการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จึงน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

เมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะสามารถปรับตัวได้ดีเพียงใด ส่วนหนึ่งมาจากความสามารถในการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคลในบริบททางสังคมนั้นๆ ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทาง

ปัจจัยด้าน สรีรวิทยา สังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบุคลิกลักษณะส่วนบุคคล (ทิมพัลย์ บุญมงคล , 2530 : 55) ในส่วนที่เป็นบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลนั้น โคบาซา (Kobasa , 1979) เรียกบุคลิกลักษณะนี้ว่า “บุคลิกลักษณะที่เข้มแข็ง” (Hardiness Personality)

บุคลิกลักษณะที่เข้มแข็ง

ในราวปลายศตวรรษ 1979 ซูซาน โคบาซา (Suzanne Kobasa) เป็นนักจิตวิทยาคนแรก ที่ศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะที่เข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดแบบอัตถิภาวะนิยม (Existentialism) มาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ **ประการแรก** วิธีการดำรงชีวิตของมนุษย์ในโลกนี้ ไม่ได้เกิดจากการถ่ายทอด มาจากลักษณะทางพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของบุคลิกลักษณะที่แสดงออก **ประการที่สอง** ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ความเครียดจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มนุษย์จึงควรหาวิธีที่ดีที่สุดในการเอาชนะ และรู้จักใช้ความเครียดให้เป็นประโยชน์ **ประการที่สาม** ความเครียดและเหตุการณ์ เปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นสิ่งที่ท้าทายทำให้มนุษย์รู้จักคิดตัดสินใจ ซึ่งก่อให้เกิดศักยภาพแห่งการเติบโต และมีความเป็นตัวของตัวเองสูงขึ้น ส่วนการหลีกเลี่ยงความเครียดโดยสิ้นเชิง ถือว่าเป็นการลดความเป็นตัวของตัวเอง และทำให้เกิดเป็นความเฉื่อยชา (Kobasa & Maddi , 1982 citde in Lambaert & Lambert , 1987 : 92)

จากแนวคิดดังกล่าว โคบาซา (Kobasa , 1982) ได้ให้คำจำกัดความของบุคลิกลักษณะที่เข้มแข็งว่าเป็น กลุ่มบุคลิกลักษณะที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการต่อต้านความเครียด เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยคุณลักษณะทางจิตวิทยา 3 ลักษณะ ได้แก่ ความมุ่งมั่น ความมีอำนาจควบคุม และความท้าทาย (Kobasa , Maddi & Kahn , 1982 : 169)

ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออก ถึงความเชื่อในความจริงของชีวิต เห็นความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริงในการกระทำ สามารถควบคุมทั้งบุคคลและสถานการณ์ ให้เป็นไปตามเป้าหมายชีวิตได้สำเร็จ โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ ด้วยความรับผิดชอบและความมั่นคงในบทบาทของตัวเอง ต่อสังคม และต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้นบุคคลที่มีความมุ่งมั่นจะมีพลังและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดจะไม่มีความรู้สึกว่าถูกคุกคาม เพราะบุคคลที่มีความมุ่งมั่น จะมองเหตุการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริง รู้จักลำดับความสำคัญ มีความเชื่อ

มันในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้บุคคลมีจุดประสงค์ในการตัดสินใจได้ถูกต้อง และสามารถหาแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะความเครียดได้ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะรู้สึกท้อแท้ หดก้างลงอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยด้วยเหตุนี้ โคบาสา จึงได้เน้นว่า ความมุ่งมั่นเป็นสิ่งสำคัญในทุกด้านของชีวิต (Maddi & Kobasa, 1984 : 50)

ความมีอำนาจควบคุม (Control) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึง ความเชื่อที่ว่าตนมีอิทธิพลอยู่เหนือบุคคลอื่นหรือเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลที่มีความสามารถควบคุมจะมองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่า ไม่ได้เกิดจากโชครชะตาหรืออำนาจของผู้อื่น แต่เกิดจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นเมื่อเขาต้องประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เขารับรู้ว่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นผลของการกระทำที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้แล้ว เขาจะวางแผนในการตอบสนองความเครียดได้อย่างเหมาะสม ด้วยความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมทั้งบุคคลและสถานการณ์ได้จึงเชื่อว่าการกระทำของตนเองสามารถจัดการกับความเครียดได้ และมองความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย

ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อที่ว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิตมากกว่าจะเชื่อว่าทุกสิ่งคงอยู่โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นเครื่องกระตุ้นให้เกิดความมีวุฒิภาวะ ทำให้เกิดการพัฒนาดังนั้นเมื่อบุคคลที่มีความท้าทาย เผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะไม่มีความรู้สึกลัวถูกคุกคามหรือกดดัน แต่กลับมีความรู้สึกว่เหตุการณ์ต่างว่กันนั้นเป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ เป็นประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ และรู้จักมองหาแหล่งประโยชน์ เพื่อนำมาช่วยในการลดความกดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maddi & Kobasa , 1984 : 50)

บุคคลที่มีบุคลิกทั้ง 3 ลักษณะผสมผสานกันเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เขาจะมองว่เป็นสิ่งที่ท้าทายซึ่งเขาสามารถควบคุมได้ โดยรู้จักดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อเผชิญความเครียด โดยปราศจากความรู้สึกที่เป็นภาวะถูกคุกคามทางจิตใจ ทั้งยังเห็นว่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง

โคบาสาและคณะ ได้ทำการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและความเจ็บป่วยในบุคคลหลากหลายอาชีพ เช่น อัยการ นายธนาคาร นักกฎหมาย ทันตแพทย์ ผู้บริหาร ครู พยาบาล และผู้สูงอายุ เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะมีความเครียด และความเจ็บป่วยในระดับต่ำ (Funk , 1992 : 335) ทั้งในกลุ่ม

ประชากรเพศชายและหญิง เช่นจากการศึกษาในกลุ่มประชากรชายที่มีอาชีพ ทนายความ (Kobasa, 1982a) นายทหารอากาศ (Kobasa, 1982b) ผู้บริหารขาย (Kobasa et al, 1982) ผลการศึกษาพบว่า บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง จะเป็นตัวต่อต้านความเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มประชากรเพศหญิงที่มีอาชีพพยาบาล (Ducette & Adler, 1985) พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะทนต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดสูงได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งต่ำ จากการศึกษา ของ แมค เครน และคณะ (Mc Craine et al, 1987 cited in Lambert, 1987: 95) พบว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสามารถช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายต่องานที่ทำให้เกิดความเครียดเช่นในไอซียู ลง ได้ และจากการศึกษาของ โฮลาฮัน และมูส (Holahan & Moos, 1985 cited in Lambert, 1987: 95) พบว่ากลุ่มเพศหญิงมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งน้อยกว่าเพศชาย

บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ตามแนวคิดของ พอลล็อก (Pollock) นั้นมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผลทางตรง คือ บุคคลที่มีบุคลิกที่เข้มแข็งสูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ผลทางอ้อม คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง จะรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จัดเป็นสิ่งที่เร้าได้ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งแสวงหาแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม

พอลล็อก (Pollock, 1986 : 90-95) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เพื่อทดสอบสมมุติฐานว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับ การปรับตัวทั้งด้านร่างกายจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการทดสอบพบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.42$, $p < .01$) และโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้งทางร่างกาย ($r = 0.39$, $p < .05$) และการปรับตัวด้านจิตสังคมโดยเฉพาะด้านบทบาทหน้าที่ ($r = 0.55$, $p < .01$) และกลุ่มผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวก โดยเฉพาะกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในส่วนของอัตมโนทัศน์เท่านั้น ($r = 0.39$, $p < .05$)

จากนั้นในปี 1993 พอลล็อก (Pollock 1993 : 86) ได้เสนอผลการศึกษาถึงการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีปัญหาข้ออักเสบรูมาตอยด์ เบาหวาน โรคไต และโรค Multiple Sclerosis จำนวน 758 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาดูตามระยะยาวใช้เวลา 7 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย และผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งสามารถทนต่อความเครียดได้ดี และมักจะเข้า

ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้นำมาเปรียบเทียบบุคลิกภาพของผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละกลุ่มที่สัมพันธ์กับการปรับตัว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตสังคม และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านร่างกาย ส่วนผู้ป่วย Multiple Sclerosis ที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านจิตสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตสังคม ด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ จะมีทัศนคติในทางลบต่อโรค ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดบริเวณข้อต่อต่างๆ รวมทั้งการเกิดข้อติดแข็ง ที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ เป็นต้น

ตามที่ แวสติน (Vastyn , 1986 cited in Carson & Green , 1992 : 211) กล่าวว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ บุคคลเหล่านั้นจะพยายามมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะต่อต้านกับความเจ็บป่วย ถือว่าจะเป็นแหล่งประโยชน์ในการต่อต้านความเครียด และสามารถลดความรุนแรงของโรคโดยทางอ้อมได้ ซึ่งสนับสนุนความคิดของ เลิฟจอย และ ซิสสัน (Lovejoy and Sisson , 1989 cited in Carson & Green , 1992 : 211) ที่กล่าวว่า แม้ปัจจัยทางด้านจิตสังคม จะไม่ใช่สาเหตุของโรคเอดส์ แต่ปัจจัยทางด้านจิตสังคมนี้สามารถ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินโรค และพัฒนาความรุนแรงจากการเป็นเพียงผู้ติดเชื้อไปสู่การเป็นเอดส์เต็มขั้นได้ ในประเด็นนี้อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง จะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยต่อต้านความเครียด และเอื้ออำนวยต่อการปรับตัว การรับรู้ที่เป็นตรรกะ ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกะ และ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และ นอกจากนี้บุคลิกภาพที่เข้มแข็งน่าจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการติดเชื้อ

ระยะเวลาการติดเชื้อ

ระยะเวลาการติดเชื้อ คือระยะเวลานับตั้งแต่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในเลือด ระยะเวลาการติดเชื้อจัดว่าเป็นสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการทันที ซึ่งระยะนี้ เรียกว่า ระยะแอบแฝง (Latent Period) ระยะเวลาที่เชื้อเอชไอวีสามารถแอบแฝง

อยู่ในร่างกาย ขึ้นอยู่กับสุขภาพของร่างกายของบุคคลนั้น โดยทั่วไปแล้วระยะฟักตัวของโรค นับตั้งแต่เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจนเกิดโรคในผู้ใหญ่ใช้เวลา 3-8 ปี (Levinson and O' Connel , 1991 : 691) หรือ 2 - 15 ปี (กระทรวงสาธารณสุข , 2532) และจากการศึกษาของ ดันชี (Dunchi , 1991 : 716) พบว่าโดยเฉลี่ย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่มีอาการร้อยละ 25 - 50 จะป่วยเป็นโรคเอดส์ภายใน 5 - 10 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อแต่ละกลุ่มยังมีระยะเวลาในการพัฒนาเป็นโรคเอดส์เพิ่มขึ้นแตกต่างกัน คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ ร้อยละ 54 จะพัฒนาเป็นเอดส์เพิ่มขึ้นภายใน 11 ปี กลุ่มที่ติดเชื้อจากการรับเลือดจะป่วยเป็นโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 49 ภายใน 7 ปี ส่วนกลุ่ม ฮีโมฟิลเลีย จะป่วยเป็นเอดส์เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ภายในเวลา 9 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา ของ วอลเบิร์ตคิง (Volberding , 1992 : 129) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพัฒนาเป็นเอดส์เพิ่มขึ้น ภายในเวลา 10 - 11 ปี

ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนาน น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ และระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ดังนั้นน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และผลโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตราบาป

เมื่อเวลาผ่านไปเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย มีการแบ่งตัวมากมายส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลง อาการและอาการแสดงปรากฏ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ของร่างกายอย่างเห็นเด่นชัด ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานขึ้นน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป และในขณะเดียวกันกับที่เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง ที่นับวันมีแต่จะเลวลง ทำให้รู้สึกหมดหวัง และท้อแท้ที่ไม่อาจไปต่อสู้กับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ความมุ่งมั่น ที่จะควบคุมโรค หรือพยายามจะมองว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องที่ทำหายความสามารถของตนเองนั้น ค่อยๆสลายไปตามกาลเวลา และในที่สุดก็ปล่อยให้เป็นไปตามโชคชะตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กูดวิน (Goodwin , 1988 : 211 -210) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะยิ่งทำให้บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายที่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยไตวายมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน หรือตลอดชีวิตของการเจ็บป่วย ดังนั้น ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีที่ยาวนานขึ้น น่าจะมีผลโดยตรงทางลบต่อการมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ในขณะเดียวกันกับที่บุคคลที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นยังมีปัจจัยทางด้านการศึกษา ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ และเพศ เข้ามามีอิทธิพลด้วย

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ เพศ ที่มีอิทธิพลต่อ การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตราใบ และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา คือการศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยได้รับ ถือเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) บุคคลที่มีการศึกษาคือ จะมีความสามารถที่จะเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆตามความเป็นจริง รู้จักลำดับความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้สามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง และสามารถหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้ดี ในขณะที่บุคคลที่มีการศึกษาน้อย เมื่อประสบเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด จะมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจและตัดสินใจในการเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ (Maddi & Kobasa, 1984 : 50) มองว่าเหตุการณ์ต่างๆเกิดจากโชคชะตา หรืออำนาจของผู้อื่นไม่ใช่เกิดจากการกระทำของตนเอง จึงปล่อยให้เหตุการณ์เหล่านั้นเป็นไปตามยถากรรม ไม่สามารถจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ และนอกจากนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะนำมาใช้จัดการกับความเครียดได้น้อย (Hanucharurnkul 1988 : 60) ดังนั้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง

นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นสิ่งที่บอกถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคล ความรู้จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการคิดรู้เพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยบุคคลในการทำความเข้าใจถึงสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็นทั้งในลักษณะทั่วไปและบริบทเฉพาะ (Lazarus, 1991 : 144) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด บุคคลจะใช้ทั้งสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีการคิดและตัดสินใจในการเผชิญปัญหารวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การรับรู้ที่เป็นตราใบถือว่าเป็นความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการรับรู้ที่เป็นตราใบ

นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา นำมาปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ป่วย และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jalowice & Power, 1981 : 10 -15) จากการศึกษาของ มูเลนแคมป์และเซย์เลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986 : 336) พบว่าการ



ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 8) พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี

บุคคลจำเป็นต้องมีการคิดและตัดสินใจ เพื่อการวางแผนชีวิตทั้งของตนเองและของครอบครัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงมีส่วนให้การตัดสินใจวางแผนของชีวิตในอนาคตได้ถูกต้อง และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทของการเป็นผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และบทบาทของคู่สมรส นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจอีกด้วย ในขณะเดียวกันที่ บุคคลจะมีการศึกษาดีหรือไม่ยังเกี่ยวข้องกับฐานะทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่จะเป็นปัจจัยเอื้อให้กับบุคคลด้วย ดังจะเห็นได้จากครอบครัวที่มีฐานะดีมักมีโอกาสและสนับสนุนให้ลูกเรียนได้สูง ขณะที่ครอบครัวที่ยากจน เมื่อจบการศึกษาภาคบังคับแล้วจำเป็นต้องออกมาช่วยหาเงินเลี้ยงครอบครัวและน้องๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ

ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ที่จะเป็ปัจจัยเอื้อให้บุคคลสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆจากสังคม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกถึงคุณค่าของสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริง ในการกระทำเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่นการตั้งเป้าหมายให้กับตนเองว่า จะพยายามรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หรือไวตามินบำรุงร่างกาย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือทำสมาธิ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีความสามารถในการจัดการกระทำในสิ่งที่ตั้ง

เป้าหมายได้คล่องตัว ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ย่อมพบกับอุปสรรคในการแสวงหาอาหารดีๆ หรือไวตามินบำรุงร่างกายที่ต้องใช้เงินไปหาซื้อมาได้ไม่คล่องตัวนัก เพราะข้อจำกัดในการใช้จ่าย หรืออาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะปลีกตัวไปทำสมาธิ ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หรือจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ให้เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจดี น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และมีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัว ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นตัวหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลง เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงินและความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองในระหว่างการเจ็บป่วยเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ มีการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตาม ย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการรักษาโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการรักษาที่เรื้อรังและต่อเนื่องผู้ป่วยต้องมาได้รับการรักษาเป็นระยะๆ และยาที่ใช้มีราคาแพง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล เกรงว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย ไม่พอใจ และทอดทิ้งผู้ป่วยไป ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และถ้าผู้ป่วยไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องขอความช่วยเหลือทางการเงินจากผู้อื่น อาจทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้น เศรษฐฐานะของผู้ป่วยน่าจะมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ปัจจัยทางเพศยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอีกด้วย

เพศ

เพศถือเป็นปัจจัยแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพศกับการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกันด้วยค่านิยมทางสังคมที่เป็นประเพณีสืบทอดกันมา ดังเช่นบทบาทตามประเพณีดั้งเดิมของหญิงในสังคมไทยโดยทั่วไป ถูกคาดหวังว่าผู้หญิงต้อง

ทำงานด้านการผลิตแทบทุกอย่าง ตั้งแต่งานในไร่ นา จนถึงค้าขายในตลาดและจัดการกับเศรษฐกิจในครัวเรือน ในขณะที่ผู้ชายต้องทำงานเรื่องการเมืองและการศาสนา ซึ่งเป็นงานที่สูงกว่า (ชาย โพรสิตา 2537 : 50) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ นิตา ชูโต และคณะ (2538 : 23) ในการวิเคราะห์ประเมินหนังสือเรียน และหนังสืออ่านประกอบการเรียนเชิงถ่ายทอดค่านิยม เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย พบว่าผู้ชายมีบทบาทในการช่วยสังคมเหนือกว่าผู้หญิงผู้ชายมีอาชีพเป็นข้าราชการ ส่วนผู้หญิงมีอาชีพเป็นเพียงแม่บ้าน ทอผ้าทำไร่นา เป็นแม่ค้า ผู้ชายโดดเด่นในฐานะผู้ถ่ายทอดทางความรู้ ผู้ชายทำงานได้เงินเดือนมากกว่าผู้หญิง พ่อทำงานได้เงินเดือนมากกว่าแม่ เป็นต้น ค่านิยมเหล่านี้สะท้อนอคติทางเพศที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา จนกลายเป็นการยอมรับของสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดของผู้คนในสังคมต่อการให้การศึกษาแก่เพศหญิงและชายแตกต่างกัน ทำให้เพศหญิงมีโอกาสศึกษาน้อยกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศ น่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

เพศกับเศรษฐกิจ การที่เพศหญิงมีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย ทำให้โอกาสทางเลือกในการประกอบอาชีพที่มั่นคงจึงมีน้อยกว่า เมื่อจบการศึกษาภาคบังคับ จำเป็นต้องออกจากโรงเรียน และเข้าสู่ตลาดแรงงาน ซึ่งก็จะเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ที่มักถูกนายจ้างกดค่าแรงงาน ผู้หญิงเหล่านี้จึงถูกบีบคั้นทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มุ่งเข้าสู่การค้าประเวณีโดยไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า จากการศึกษาของ สุนีย์ มัลลิกะมาส และคณะ (2525 : 58) พบว่าผู้หญิงในวัย 16 -19 ปีเป็นโสเภณีมากที่สุด และพบว่าร้อยละ 74 ของโสเภณีมีความรู้เพียงระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาย โพรสิตา (2537 : 6) พบว่าร้อยละ 74.9 ของกลุ่มหญิงโสเภณีมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และผู้ที่มีการศึกษาดั้งแต่ประถม 7 ขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 5.6 เท่านั้น ในขณะที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีถึงร้อยละ 13.9 นอกจากนั้นยังพบว่าเหตุผลของการเข้าสู่การเป็นหญิงโสเภณี เพราะความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 61.3 จึงอาจกล่าวได้ว่าเพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ

จากค่านิยมของคนไทย รวมทั้งค่านิยมของคนส่วนใหญ่ ที่เชื่อว่าเพศชายต้องเป็นผู้นำ และหารายได้ให้กับครอบครัว จึงอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้ชายได้รับโอกาสศึกษาในระดับสูง มีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่มั่นคงกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาถือว่าเป็นปัจจัยที่จะช่วยพัฒนาให้เกิดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่จะช่วยพัฒนากำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา พร้อมทั้งแสดงพฤติกรรม การตอบสนองที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด (Jalowice & Power , 1981 : 4)

และจากการศึกษา ของศรีนยา เบญจกุล (2538 : 68) ในผู้ป่วยไตวาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชายถึงร้อยละ 68.9 พบว่าเพศชายมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แฮนนาร์ และมอร์ริสซี (Hannah & Morrissey , 1987 : 339 - 344) พบว่าเพศหญิงวัยรุ่นระดับมัธยมปลายของแคนาดาจำนวน 317 ราย มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าวัยรุ่นชาย และพบว่าเมื่อผ่านช่วงวัยรุ่นไปแล้ว เพศชายมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศหญิง ด้วยเหตุผลที่ว่าเพศชายโดยทั่วไปมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยความเชื่อมั่นในความสำเร็จ คาดหวังในสิ่งที่ดีและเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งล้วนเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (Pearlin & Schooler, cited in Jennings & Staggers , 1994 : 280) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศชายน่าจะมีอิทธิพลต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยเพศชายน่าจะมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศหญิง

เพศกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อและการรับรู้ที่เป็นตราบาป ความแตกต่างทางเพศน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยเฉพาะกับเพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่รักสวยรักงาม และไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกว่าคุณเสียภาพลักษณ์ที่ดี จะทนไม่ได้กับการมี ตุ่ม ผื่นขึ้นตามผิวหนัง ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดและซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้ มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่น เกรงว่าสังคมจะขูขบขินินทา (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , 2536 : ก) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539 : 142) พบว่าเพศหญิง ยังมีวิธีคิดต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาปในอีกลักษณะหนึ่ง ดังตัวอย่าง ผู้ป่วยติดเชื้อหญิง 2 ราย ที่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนและรุนแรงกว่าสามี ในขณะที่สามีของผู้ป่วยทั้งสองต่างก็มีสุขภาพแข็งแรง แม้จะอยู่ห่างไกลกันคนละอำเภอแต่ผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อสองรายนี้มีวิธีคิดที่ตรงกัน กล่าวคือ ต่างไม่ยอมออกจากบ้าน เพราะอายเพื่อนบ้านที่ตนมีอาการเกิดก่อนสามี โดยทั้งคู่ให้เหตุผลว่า ชาวบ้านมักเชื่อกันว่าอาการเอดส์จะรุนแรงและเกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับเชื้อมาก่อน ซึ่งน่าจะเป็นผู้ชายที่เป็นสามี ดังนั้นถ้าหญิงใดมีอาการก่อนสามี ก็มักเป็นที่สงสัยกันว่าเป็นผู้ติดเชื้อก่อน และเอาเชื้อมาติดสามี จะถูกมองว่าสาส์อนทางเพศไปด้วย ทำให้เธอทั้งสองพยายามปกปิดตนเองไม่ยอมไปพบปะผู้คน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเพศหญิงน่าจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน้อยกว่าเพศชาย

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อมักอยู่ในกลุ่มหญิงขายบริการ ซึ่งเป็นอาชีพที่สังคมรังเกียจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อหญิงที่ต้องมาติดเชื้อเอชไอวี แม้จะไม่ได้เป็นหญิงขายบริการก็ตาม แต่จะถูกสังคมขูขบขินินทาว่าเป็นหญิงสาส์อน (อรอนงค์ อินทรวิจิตร ,

2533 : 15) ดังนั้นเพศนํ่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป คือ เพศหญิงนํ่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าเพศชาย

เพศกับการปรับตัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้หญิงมักจะให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 57) พบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโรคเอดส์ต่ำกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอลเดนเบิร์ก และ คณะ (Oldenberg et al, 1988 : 555) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรักษา และมาตรวจตามนัดมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการที่สังคมไทย สอนให้ผู้หญิงมีความอดทน การแต่งงานของผู้หญิงมีความสำคัญต่อชีวิตและสถานภาพของตน หญิงที่หย่าร้างจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ชีวิตของผู้หญิงจึงต้องถูกพันธนาการด้วยการแต่งงาน และกับครอบครัวอย่างเหนียวแน่น แม้การที่ตนเองต้องกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์และต้องทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิต หรือแม้กระทั่งลูกที่เป็นเอดส์ในเวลาเดียวกันด้วย ผู้หญิงมักจะไม่ทอดทิ้งคนในครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ สุธีพร ใจแก้ว (2540 : 128) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 141 คน พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงปรับตัวได้ดีกว่าเพศชายด้วยเหตุผลว่า ผู้หญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนหวานและยอมจำนน มีความรักและห่วงใยต่อครอบครัว แม้เมื่อตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงส่วนใหญ่ จะพยายามรักษาสุขภาพของตนเอง ด้วยการหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทาน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำสมาธิ และอื่นๆ เพราะเกรงว่าหากตนเองเจ็บป่วยจะไม่สามารถดูแลสามี หรือทำหน้าที่ดูแลบุตรได้ ซึ่งต่างจากผู้ป่วยชายที่มักจะมีพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การใช้ยาเสพติด ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น และจากการศึกษาของ สุธีรา สุนทรกุล (2534 : 14) พบว่าภรรยาและแม่จะเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ คอยกระตุ้นให้กำลังใจ ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อสู้กับโรคได้มากที่สุด ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า เพศนํ่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทการเป็นผู้ป่วย (Sick Role) บทบาทการทำงาน (Work Role) และบทบาทของคู่สมรส (Spouse Role) คือ เพศหญิงนํ่าจะมีความสามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย

กล่าวโดยสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สนับสนุนว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคมีมากขึ้น เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ในขณะที่การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง

การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ที่จะได้ผลดีหรือไม่ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เป็นตัวสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค เช่น การมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะเป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ที่เป็นตรรกาปถือเป็นความเครียดอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ จึงอาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะมีผลไปลดการรับรู้ที่เป็นตรรกาป โดยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และเพศของบุคคลด้วย ที่จะเป็นตัวเอื้อหรือเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีการรับรู้ที่เป็นตรรกาป รวมทั้งการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ โดยผลสรุปและการอ้างจากการทบทวนวรรณกรรม อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและเพศ โดยที่บุคคลที่มีการศึกษาค่อนข้างดีมีโอกาสทำงานในตำแหน่งที่มั่นคงและมีฐานะทางด้านเศรษฐกิจที่ดี และเพศหญิงมักได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย และการศึกษายังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริง มีความสามารถคิดตัดสินใจได้ถูกต้อง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า จึงมีผลช่วยลดความรู้สึกที่เป็นตรรกาป และเอื้ออำนวยต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

เมื่อพิจารณาถึงการออกแบบการวิจัยที่ผ่านมาทั้งหมด เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์และเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยให้คำตอบเกี่ยวกับการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และเป็นการทำความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในความรู้สึกนึกคิดตามทัศนะของผู้ป่วย (Emic View) ซึ่งไม่สามารถทราบได้ว่าตัวแปรใดเป็นตัวแปรเหตุและตัวแปรใดเป็นตัวแปรผล การวิจัยความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเป็นการพัฒนาความรู้ขึ้นมาอีกระดับหนึ่ง ของการทำนาย (Predictive) หรืออธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ ดังนั้นการออกแบบวิจัยเพื่อการศึกษาทิศทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ของความสามารถในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอต่อไปในบทที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงเหตุและผลที่สร้างขึ้นเพื่อทำนาย การปรับตัวในบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ระยะเวลาการติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของ โรค บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นดราม่า

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นจากโรงพยาบาลปาราสนราศูร จำนวน 367 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม ถึง 11 สิงหาคม 2540 โดย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ คือ

- 1.เป็นผู้ป่วย ชายและหญิงที่มีครอบครัว รวมทั้งมีงานทำแล้วอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปี ไม่นับรวมกรณีหย่า
- 2.ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 1 เดือน ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแสดง รวมทั้งที่ป่วยเป็นเอดส์เต็มขั้น
- 3.รับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ปาราสนราศูร
- 4.มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถควบคุมสติได้
- 5.สามารถพูดคุยเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษา
- 6.ยินดีให้ความร่วมมือ

เกณฑ์ที่คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท จากการติดเชื้อเอดส์ (Aids Dementia Complex)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย เนื่องจากประชากรเอดส์ที่แท้จริงไม่ทราบ ซึ่งด้วยเหตุผลจากการที่แพทย์จะไม่วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นเอดส์ บางรายให้การ

วินิจฉัยตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงทำให้ยอดของผู้ป่วยโรคเอดส์มีจำนวนที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง จึงใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยที่ไม่ทราบจำนวนประชากร (Unknown Population)

$$n = \frac{Z^2 \alpha \sigma^2}{d^2} \quad (\text{ธวัชชัย วรพงษ์ศร , 2538})$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับนัยสำคัญในการศึกษาค้างนี้ กำหนดค่าเท่ากับ .05 ทดสอบ 2 ทาง $\alpha/2 = 0.025$ มีค่า $Z = 1.960$

σ = ความแปรปรวนของตัวแปรความสามารถในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการศึกษาสำรวจ 50 ราย ได้ค่า $SD = 0.42$

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ย ($M = 2.50$) ของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เท่ากับ 0.05 คะแนน ดังนั้นค่า $d = 0.05$

แทนค่าในสูตรได้

$$n = \frac{(1.960)^2 (0.42)^2}{(0.05)^2}$$

$$= 271.06$$

นั่นคือ จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 271 ราย ซึ่งผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย เนื่องจากในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดใหม่ถึง 2 แบบวัด คือ แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีจำนวนข้อทั้งหมด 29 ข้อ และแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ มีจำนวนข้อทั้งหมด 33 ข้อ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบ ประมาณโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 รายต่อข้อคำถาม 1 ข้อ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะเป็นอย่างน้อยที่สุด 330 ราย และการวิจัยในครั้งนี้ได้มา 367 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบวัดข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Demographic Questionnaire)

ซึ่ง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ระดับการศึกษา อาการและอาการแสดง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และอื่นๆ สำหรับรายละเอียดของแบบสอบถาม ดูในภาคผนวก ก.

2. แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค โดยแบ่งตามการจำแนกอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอดส์ตามลักษณะของคลินิกที่พบบ่อยๆ โดยดัดแปลงแบบประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์ของ พิภูธ นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งประกอบด้วย อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อย แบบวัดนี้ผู้สร้างได้อาศัยความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาติดตามผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 23 ชื่อ และมีคำถามเปิดไว้สำหรับอาการที่นอกเหนือจากที่มีรายการไว้ด้วย ลักษณะของแบบประเมินเป็นการวัดทั้งจำนวนของอาการเจ็บป่วย 1 อย่างถือเป็น 1 คะแนน และความรุนแรงของความเจ็บป่วยซึ่งใช้มาตราส่วนประมาณค่า 0 - 3 กล่าวคือคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการเลย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ถึงกับรบกวนความสุขสบายโดยทั่วไปและอาจหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา คะแนน 2 หมายถึง มีอาการปานกลาง คือ รู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยนั้นรบกวนต่อความสุขสบายและความเป็นอยู่โดยทั่วไป ในระดับที่ยังพอทนได้ และต้องการการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการ และคะแนน 3 หมายถึง มีอาการมาก อาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากจนรู้สึกว่าทนไม่ได้ รบกวนต่อความเป็นอยู่มากที่สุดและต้องการรักษามากเป็นพิเศษ เมื่อผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอดส์ 50 ราย ผลจากการทดลองใช้พบว่าข้อคำถามที่ 23 คือ “เป็นเรื้อรัง” ไม่พบความแปรปรวน (Zero Variance) ในข้อคำถามนี้ และเมื่อนำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นพบว่าได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 และเพิ่มขึ้นเป็น 0.84 ภายหลังจากนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 367 ราย สำหรับรายละเอียดของแบบสอบถาม แสดงไว้ในภาคผนวกที่ ง.

3. แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Related Hardiness Scales : HRHS) สร้างโดย พอลล็อก (Pollock , 1984) เป็นแบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งของผู้ป่วย เมื่อภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป แบบสอบถามนี้สร้างโดยใช้แนวคิดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งของ โคบาซา (Kobasa , 1979) ร่วมกับแนวคิดการเผชิญปัญหา และพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 48 ข้อ ครอบคลุมคุณลักษณะ 3 ประการของบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง คือ 1) การควบคุม 2) ความมุ่งมั่น 3) ความท้าทาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 6 คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีลักษณะบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง และนำไปตรวจสอบเครื่องมือดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โพลล็อก (Pollock) นำแบบสอบถามชุดนี้ไป ทดลองศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลปริญาโทจำนวน 53 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนทางด้านภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความชัดเจน และเพิ่มข้อคำถามขึ้นมาอีก 3 ข้อ รวมเป็น 51 ข้อ ประกอบด้วย 1) การควบคุม 21 ข้อ 2) ความมุ่งมั่น 15 ข้อ 3) ความท้าทาย 15 ข้อ จากนั้น โพลล็อก นำข้อคำถามทั้ง 51 ข้อ นี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อ กับแนวคิดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Related Hardiness) พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกันสูง (Interclass correlation of rates) คิดเป็นค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โพลล็อก (Pollock) ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงชนิดความสอดคล้อง (Convergent Validity) กับแบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งของโคบาซา (1979) โดยทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี จำนวน 50 ราย พบว่าแบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($r = 0.54$) และนอกจากนี้คะแนนของแบบวัด HRHS ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = 0.28$, $p < .05$) ในขณะที่แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งของโคบาซา (Kobasa , 1979) ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว และเมื่อนำแบบวัด HRHS มาวิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดย

วิธีการวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) โดยกำหนดเกณฑ์สัมพัทธ์ต่ำสุดรายข้อกับ คะแนนรวมทั้งหมด (Item total correlation) จะต้องไม่น้อยกว่า 0.25 ผลการวิเคราะห์พบว่า มี 10 ข้อคำถาม ที่มีความสัมพันธ์ต่ำกว่า 0.25 จึงตัดออก ดังนั้นแบบวัดชุดนี้จึงเหลือข้อคำถามเพียง 41 ข้อ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) โพลล็อกและดัฟฟี่ (Pollock & Duffy, 1990 : 220 - 221) นำแบบวัด HRHS ซึ่งมี 41 ข้อ มาตรวจสอบความตรงโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) อีกครั้ง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 4 โรค คือ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และ Multiple Sclerosis จำนวน 389 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก ที่ครอบคลุมบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง คือ คุณลักษณะ ด้านความมุ่งมั่นและท้าทาย จำนวน 20 ข้อ และด้านการควบคุม จำนวน 14 ข้อ รวม 34 ข้อ อีก 7 ข้อ ที่เหลือไม่เข้าในคุณลักษณะในปัจจุบันใดเลย จึงไม่รวมไว้ในแบบวัด HRHS

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โพลล็อก (Pollock, 1993 : 89) ได้ตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบวัด โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 597 ราย ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.84 สำหรับแบบวัดทั้งชุดและค่าความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test & Retest) ในช่วงห่างกัน 2 สัปดาห์ และ 3 เดือนได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับ แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพนี้ จึงเป็นแบบวัดชุดปรับปรุงใหม่ด้วยวิธีการทางสถิติ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านการควบคุม 14 ข้อ และด้านความมุ่งมั่นและท้าทาย 20 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ โดยให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นว่า ข้อคำถามในแต่ละข้อผู้ตอบเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด โดยข้อคำถามด้านบวกให้คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 6 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนคะแนนด้านลบ การให้คะแนนจะตรงข้ามกับข้อคำถามด้านบวก คะแนนรวมต่ำสุด 34 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 204 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่า มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูง

แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แบบวัดนี้ ศรัณญา เบญจกุล (2538) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ $= 0.82$ และนิตยา คงชุม (2539) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.81 และชญานิส ลือวานิช (2540) ได้นำไปใช้กับญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ 0.81

แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนี้ผู้วิจัย ได้ลองนำไปทดลองสอบถามกับผู้ป่วยเอดส์ พบว่าข้อคำถาม ในข้อ 31 “ฉันอ่านทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเท่าที่จะทำได้” ข้อคำถามนี้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตอบได้ เพราะผลจากโรคแทรกซ้อนทางตาจากการติดเชื้อเอชไอวี (CMV Retinitis) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเคยอ่านออกเขียนได้มาก่อน ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนข้อคำถามข้อ 31 เป็น “ฉันสนใจอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี และอื่นๆ เพื่อสุขภาพของฉัน” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบได้ครบทุกข้อคำถาม และยังคงความหมายในการวัดอย่างเดิม จากนั้นได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.86 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 สำหรับตัวอย่างของแบบสอบถามดูในภาคผนวก จ.

4. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามจากสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยแหล่งที่มาของข้อคำถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยต่างๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 5 ราย โดยใช้แนวคำถามกว้างๆ คือ

- 1) เมื่อคุณบอกสภาพการติดเชื้อให้คนในครอบครัวทราบ เขาเหล่านั้นมีปฏิกิริยา อย่างไรต่อคุณ ทั้งในแง่ของคำพูดและการกระทำ
- 2) เพื่อนบ้านและคนในชุมชน มีปฏิกิริยาแสดงออกต่อคุณอย่างไรบ้าง
- 3) เมื่อท่านไปขอรับบริการจากโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาลให้การดูแลท่านเป็นอย่างไรบ้าง

จากนั้นนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ (Categorization) เพื่อนำมาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบวัดต่อไป

แบบวัดที่สร้างขึ้นประกอบด้วย ปฏิบัติการที่รับรู้ว่าเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว จำนวน 12 ข้อ จากชุมชนจำนวน 10 ข้อ และจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจำนวน 7 ข้อ รวม 29 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ โดยให้ความคิดเห็นว่าข้อคำถามในแต่ละข้อ ผู้ตอบเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด โดยให้คะแนน 1 ไม่เป็นจริงเลย จนถึง 4 เป็นความจริงมากที่สุดสำหรับข้อคำถามด้านลบ ซึ่งมี 25 ข้อ และให้คะแนนในทางตรงข้ามสำหรับข้อคำถามด้านบวกซึ่งมี 4 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุด 29 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 116 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีการรับรู้ที่เป็นตราบาปยิ่งสูง

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจะตัดสินไปตามเกณฑ์ที่มีลักษณะเป็นอัตนัย (Subjectivity) การตรวจสอบความตรงครั้งนี้ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 4 ท่าน และทางด้านสังคมศาสตร์ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบการจำแนกเนื้อเรื่องตามหมวดหมู่ ว่าถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ตามหลักทฤษฎีหรือไม่ ข้อคำถามแต่ละข้อ สอดคล้องกับเนื้อเรื่องและวัตถุประสงค์ที่จะวัดหรือไม่ และมีการระบุให้นักความถูกต้องเหมาะสมของแต่ละข้อคำถามด้วย เกณฑ์ในการประเมินพิจารณาตัดสินแต่ละข้อคำถาม จะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นพ้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมด มีความเหมาะสมสอดคล้องในการประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาป และให้คำแนะนำในการปรับปรุงภาษาบางข้อคำถาม ให้มีความชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำดังกล่าว

ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบ “ความเห็นพ้องกันระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ” (Determination of interater agreement) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อเรื่อง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นผู้ตรวจสอบ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content Validity Index = CVI) โดยนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่านที่มีความเห็นว่า ข้อคำถามในเครื่องมือ ต้องมีความสอดคล้องในระดับ 3 หรือ 4 ตามการวัดโดยใช้สเกลแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ สอดคล้องมาก = 4 สอดคล้องปานกลาง = 3 สอดคล้องน้อย = 2 ไม่

สอดคล้อง = 1 นำข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 7 คน เห็นว่าสอดคล้องปานกลางถึงสอดคล้องมาก มาหาดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง ตามสูตร ดังนี้ (วัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์ , 2536 : 96)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 7 คน เห็นว่าสอดคล้องปานกลางถึงสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่า CVI = 0.85

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อเรื่องแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปดำเนินการศึกษานำร่องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาของข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม และคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.91 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.90 สำหรับตัวอย่างของแบบสอบถาม ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ฉ.

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดซึ่งมี 29 ข้อนี้ไปวิเคราะห์องค์ประกอบ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 367 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ และทั้ง 6 องค์ประกอบหลักสามารถอธิบาย การรับรู้ที่เป็นตรรกะได้ร้อยละ 56.4 ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ฉ.

5. แบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการดำรงบทบาทใหม่ ความสามารถแสดงบทบาทได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ไม่เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ และประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาท ตามแนวคิดของรอย แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมในบทบาททั้งด้านการกระทำและการแสดงออกถึงความรู้สึก โดยแบ่งเป็น 4 หมวด คือ 1) การดำรงบทบาทใหม่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective role Transition) 2) การแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึก (Role Distance) 3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) 4) ความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) โดยเนื้อหาในการวัดมุ่งเน้นใน 3 บทบาท คือ 1) บทบาทผู้ป่วย 2) บทบาทการ

ทำงาน และ 3) บทบาทคู่สมรส ซึ่งถือเป็นบทบาททุติยภูมิตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอย

แบบวัดที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในบทบาทหน้าที่ ทั้งด้าน การกระทำและการแสดงออกถึงความรู้สึก รวมทั้งหมด 33 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ 1) ประสิทธิภาพในการดำรงบทบาทจำนวน 21 ข้อ 2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึก 3 ข้อ 3) ความขัดแย้งในบทบาท 6 ข้อ และ 4) ความล้มเหลวในบทบาท 3 ข้อ หากแบ่งการวัดตามบทบาททุติยภูมิภายในข้อคำถาม 33 ข้อนี้ประกอบไปด้วย บทบาทผู้ป่วย 19 ข้อ บทบาทคู่สมรส 9 ข้อ และบทบาทการทำงาน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดชุดนี้เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับสำหรับข้อคำถามในเชิงลบซึ่งมี 21 ข้อ คือ จาก 1 เป็นจริงมากที่สุด ถึง 4 ไม่เป็นจริงเลย ส่วนข้อคำถามในเชิงบวกซึ่งมี 12 ข้อ คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม คะแนนของแบบวัดชุดนี้อยู่ระหว่าง 33 - 132 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีแนวโน้มในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ยิ่งมาก คะแนนยิ่งต่ำแสดงว่ามีแนวโน้มในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้น้อย

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปตรวจสอบความชัดเจนทางด้านภาษา และความครอบคลุมทางด้านเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 8 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางสังคมศาสตร์ 1 ท่าน โดยเกณฑ์ในการตัดสินแต่ละข้อคำถามจะต้องผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมในการประเมินการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงทางภาษาในบางข้อคำถามให้มีความชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำดังกล่าว

ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content Validity Index) โดยนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ที่มีความเห็นว่าข้อคำถามในเครื่องมือต้องมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยยึดเกณฑ์ต้องมีความสอดคล้องในระดับ 3 หรือ 4

ตามการวัดโดยใช้สเกลแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ สอดคล้องมาก = 4 สอดคล้องปานกลาง = 3 สอดคล้องน้อย = 2 ไม่สอดคล้อง = 1 และนำข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 9 ท่าน เห็นว่า สอดคล้องปานกลางถึงสอดคล้องมาก มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง ตามสูตรที่ได้อ้างไว้ในวิธีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่องในแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราใบ ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่องของแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้เท่ากับ 0.92

ค่าความเที่ยง (Reliability)

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อเรื่องแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยดำเนินการศึกษานำร่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาและข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม รวมทั้งคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอธอนบาค พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.78 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.74 สำหรับรายละเอียดของแบบสอบถามดังแสดงไว้ในภาคผนวก ข.

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดซึ่งมี 29 ข้อ ไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย พบว่าแบบวัดชุดนี้ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 8 องค์ประกอบ และทั้ง 8 องค์ประกอบสามารถอธิบายการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 52.2 ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ฉ.

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ตระหนักถึงการเคารพในความเป็นบุคคลและสิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและแนะนำตัวต่อผู้ป่วย เพื่อเชิญเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากผู้ป่วยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการจดชื่อ หรือที่อยู่ของผู้ป่วยใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะใช้เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการและเสนอผลที่ได้ในภาพรวม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

ผลจากการปฏิเสธไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น สำหรับรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ก.

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาราศนราศูร เพื่ออนุมัติการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. ฝึกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลโรงพยาบาลปาราศนราศูร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พร้อมกับให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลปาราศนราศูร ทุกวันเวลา 9 - 12 น. ในระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม ถึงวันที่ 11 สิงหาคม 2540 โดยจะทำการเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกๆคนที่ 5 ที่ผ่านมาที่จุดซักประวัติอาการเจ็บป่วย

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในแบบฟอร์มขออนุญาต ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยและปกป้องสิทธิผู้ป่วย (ภาคผนวก ก.) หากกลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำผู้ป่วยไปยังสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะถามความสมัครใจผู้ป่วยว่าจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือใช้วิธีสัมภาษณ์ หากเมื่อผู้ป่วยไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะเริ่มนับ 1 ใหม่จนได้ผู้ป่วยคนที่ 5 เพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อน แล้วตามด้วยแบบประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งแบบประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาป และแบบวัดผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่เป็นอันดับ

สุดท้าย โดยแบบสอบถามทั้งหมดจะเรียงลำดับตามที่กล่าวไว้และเย็บรวมเป็นชุดเดียวกัน ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยรวมประมาณ 45 นาที

5. ในกรณีที่ผู้ปวยตอบแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ปวยตอบแบบสอบถามโดยอิสระ ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่ผู้ปวยสามารถมองเห็นได้ หากเกิดความไม่เข้าใจในแบบสอบถามผู้ปวยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม หากพบว่ายังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เพิ่มเติม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือสมัครใจให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้คือ

1. การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Productt Moment Correlation) จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ Version 4

2. สำหรับการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เพื่อทดสอบสมมุติฐานระหว่างตัวแปรในแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโครงสร้างเชิงเส้นลิสเรลเวอร์ชัน

8.10 (LISREL = Linear Structural Relation Model) ของ Joereskog and Soerbom 1993

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การทดสอบรูปแบบแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ 8 ปัจจัย คือ 1) การศึกษา 2) ระยะเวลาการติดเชื้อ 3) เพศ 4) ฐานะทางเศรษฐกิจ 5) ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค 6) การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ 7) บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และ 8) การรับรู้ที่เป็นตราบาป

การนำเสนอผลการวิจัยเริ่มจาก 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา 3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น การจัดอันดับปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและโดยรวมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 4) รูปแบบที่เหมาะสมที่สุดและผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 367 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมด 396 ราย ในจำนวนนี้พบแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบไม่สมบูรณ์ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32 มีผู้ป่วยที่ปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชายร้อยละ 77.4 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 25 - 29 ปี อาชีพที่พบมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างร้อยละ 40.3 รองลงมาร้อยละ 30.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาพบร้อยละ 44.1 รองลงมาร้อยละ 34.3 จบการศึกษาระดับประถม นอกจากนี้พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 30.8 มีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 6,000 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่พอใช้และมีหนี้สินถึง ร้อยละ 43.7

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระยะของการดำเนินโรค พบว่าอยู่ในกลุ่ม เอ (Asymptomatic) มากที่สุดถึงร้อยละ 40.9 รองลงมาคือ กลุ่ม ซี (Full Blown) ร้อยละ 37.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 48.5 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย (รายละเอียดดูในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวน และร้อยละ ของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n = 367)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
ลักษณะครอบครัว					
ชาย	284	77.4	ครอบครัวเดี่ยว	142	38.7
หญิง	83	22.6	ครอบครัวขยาย	225	61.3
ระดับการศึกษา					
การแบ่งกลุ่มตามระยะของโรค					
ประถมศึกษา	126	34.3	กลุ่มเอ (Asymptomatic)	150	40.9
มัธยมศึกษา	162	44.1	กลุ่มบี (Symptomatic)	81	22.1
อุดมศึกษา	79	21.5	กลุ่มซี (Fullblown)	136	37.1
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					
จำนวนครั้งที่อยู่โรงพยาบาล					
ไม่มีรายได้	25	6.8	ไม่เคยเลย	178	48.5
≤ 6,000	113	30.8	1 ครั้ง	104	28.3
6,000 - 8,000	87	23.7	2 ครั้ง	54	14.7
8,000 - 10,000	81	22.1	3 ครั้ง	17	4.60
> 10,000	86	23.4	4 ครั้ง	6	1.60
			5 - 10 ครั้ง	8	2.20
อาชีพ					
อายุ (ปี)					
ไม่ได้ทำงาน	113	30.8	15 - 19	1	0.30
รับจ้าง	148	40.3	20 - 24	14	3.80
ทำสวนทำไร่	17	4.6	25 - 29	93	25.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง N = 367 ราย (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)			อายุ (ต่อ)		
ค้าขาย	36	9.8	30 - 34	114	31.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	46	12.5	35 - 39	77	21.0
ช่วยผู้ป่วยในบ้านฉุกเฉิน	7	1.9	40 - 44	42	11.5
ความเพียงพอของรายได้			45 - 49	18	4.8
มีพอใช้และมีเงินออม	70	19.1	50 - 54	6	1.5
มีพอใช้แต่ไม่มีเงินออม	137	37.1	55 - 59	2	0.6
ไม่พอใช้มีหนี้สิน	160	43.7			

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการติดเชื้อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.5 ทราบว่า ติดเชื้อมาต่ำกว่า 1 ปี สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ มาจากการเที่ยวโสเภณีมากที่สุดร้อยละ 68.7 รองลงมาคือการติดเชื้อจากสามีร้อยละ 21.0 และเป็นที่น่าสังเกตว่าติดจากภรรยา มีเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น สำหรับการติดเชื้อของกลุ่มสมรส นั้น พบว่าคู่สมรสติดเชื้อมาถึงร้อยละ 75.2 ไม่ติดร้อยละ 24.3 และอีกร้อยละ 0.5 ไม่แน่ใจว่าติดหรือไม่ และเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ให้กับครอบครัวและญาติทราบ ถึงร้อยละ 85.8 และกลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยตัดสินใจบอกผลการติดเชื้อให้ทราบเป็นคนแรก คือ คู่สมรสพบมากที่สุดถึงร้อยละ 62.9 ภายหลังที่ผู้ป่วยตัดสินใจบอกผลการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากกลุ่มคู่สมรสมากที่สุดเช่นกัน พบร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ พ่อแม่ ร้อยละ 39 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ การรับรู้การติดเชื้อและการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (n = 367)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อ			บุคคลแรกที่ท่านเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ทราบ		
< 1	120	32.6	สามี / ภรรยา	231	62.9
1 - 2	108	29.4	พ่อแม่	95	25.9
2 - 3	48	13.2	พี่น้องญาติสนิท	15	4.1
3 - 4	35	9.5	เพื่อนสนิท	15	4.1
> 4	56	15.2	อื่นๆระบุ	11	3.0
การเปิดเผยการติดเชื้อ			คู่สมรสของท่านติดเชื้อด้วยหรือไม่		
ไม่เปิดเผย	18	4.9	ติด	276	75.2
เปิดเผยกับครอบครัวและญาติ	315	85.8	ไม่ติด	89	24.3
เปิดเผยกับครอบครัวญาติเพื่อน	34	9.3	ไม่แน่ใจ	2	0.5
ผู้ที่เอาใจใส่และห่วงใยท่านมากที่สุด			แหล่งที่ได้รับเชื้อ		
คู่สมรส	196	53.4	โสเภณี	252	68.7
พ่อแม่	143	39.0	สามี	77	21.0
พี่น้อง	11	3.0	ยาเสพติด	19	5.2
เพื่อนบ้าน	3	0.8	อื่นๆ	13	3.5
ผู้ป่วยโรคเดียวกัน	5	1.4	ฉี	3	0.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	0.8	ภรรยา	2	0.5
เจ้าหน้าที่ในบ้านพักฉุกเฉิน	6	1.6	ได้รับเลือด	1	0.3

ในตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และผลของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมและตามรายด้าน พบว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($M = 0.72$ $SD = 0.40$) ในขณะที่บุคคลิกภาพเข้มแข็งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 3.80$ $SD = 0.56$) และการรับรู้ที่เป็นตราบาปในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.64$ $SD = 0.42$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้าน
บทบาทหน้าที่ และผลลัพธ์ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ภาพรวม
และตามรายด้าน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด	ความ หมาย*
ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ของโรค	0.72	0.40	0.00-3.00	น้อย
บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	3.80	0.56	1.00-6.00	ค่อนข้างสูง
การรับรู้ที่เป็นตรรกะในภาพรวม	1.64	0.42	1.00-4.00	ปานกลาง
การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากครอบครัว	1.56	0.51	1.00-4.00	ปานกลาง
การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากชุมชน	1.92	0.51	1.00-4.00	ปานกลาง
การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากทีมสุขภาพ	1.36	0.47	1.00-4.00	น้อย
การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในภาพรวม	2.50	0.33	1.00-4.00	ค่อนข้างดี
การปรับตัวด้านการดำรงบทบาทใหม่	2.55	0.39	1.00-4.00	ค่อนข้างดี
การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับ ความรู้สึกที่แท้จริง	2.32	0.64	1.00-4.00	ปานกลาง
การปรับตัวด้านการขัดแย้งในบทบาท	2.25	0.53	1.00-4.00	ปานกลาง
การปรับตัวด้านความสับสนในบทบาท	2.86	0.68	1.00-4.00	ค่อนข้างดี
การปรับตัวด้านบทบาทผู้ป่วย	2.58	0.37	1.00-4.00	ค่อนข้างดี
การปรับตัวด้านบทบาทผู้สมรส	2.35	0.53	1.00-4.00	ปานกลาง
การปรับตัวด้านบทบาทการทำงาน	2.49	0.59	1.00-4.00	ค่อนข้างดี

* สเกลในการวัดระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค 4 ระดับ

0.0 = ไม่มีเลย ≤ 0.4 = น้อยมาก 0.5 -1.4 = น้อย 1.5 -2.4 = ปานกลาง 2.5 -3.0 = มาก

* สเกลในการวัดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง 6 ระดับ

1 - 1.4 = น้อย 1.5 - 2.4 = ค่อนข้างน้อย 2.5 - 3.4 = ปานกลาง

3.5 - 4.4 = ค่อนข้างสูง 4.5 - 5.4 = สูง 5.5 - 6.0 = สูงมาก

* สเกลในการวัดการรับรู้ที่เป็นตรรกะ 4 ระดับ

1.0 - 1.4 = น้อย 1.5 - 2.4 = ปานกลาง 2.5 - 3.4 = ค่อนข้างมาก 3.5 - 4.0 = มาก

* สเกลในการวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 4 ระดับ

1.0 - 1.4 = น้อย 1.5 - 2.4 = ปานกลาง 2.5 - 3.4 = ค่อนข้างดี 3.5 - 4.0 = ดี

เมื่อพิจารณาตามรายด้าน เนื่องจากแต่ละรายด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน จึงหาค่าเฉลี่ยรายด้านโดยเอาคะแนนรวมของแต่ละรายด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น ค่าเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตราบาปตามรายด้าน พบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.92$) ในขณะที่เดียวกันพบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากทีมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($M = 1.36$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตราบาปทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2, 732) = 232.77$ $p < 0.00$ (ตารางที่ 4) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตราบาปแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี สติวเด็นท์นิวแมนคูสต์ (Student - Neuman - Kuels Test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปทุกคู่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากชุมชนสูงกว่าจากครอบครัว และจากครอบครัวสูงกว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ($N = 367$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างผู้ป่วย	181.50	366			
การรับรู้ที่เป็นตราบาป	59.18	2	29.59	232.77	0.00
ความคลาดเคลื่อน	93.06	732			
รวม	333.74	1100			

สำหรับประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.50$) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในเรื่องการปรับตัวทางด้านความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Role Failure) อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.86$) ส่วนการปรับตัวด้านอื่นๆส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ทั้ง 4 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Anova) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3, 1098) = 109.4$ $p < 0.000$

(ตารางที่ 5) และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปแต่ละด้าน มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี สติวเคนท์นิวแมนคูลล์ (Student - Neuman - Kules Test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความล้มเหลวในบทบาทสูงกว่าด้านการดำรงบทบาทใหม่ และด้านการดำรงบทบาทใหม่สูงกว่าด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ด้านการดำรงบทบาทใหม่สูงกว่าด้านการขัดแย้งในบทบาท ทุกคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงไม่แตกต่างกับด้านการขัดแย้งของบทบาท

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ทั้ง 4 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (N = 367)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างผู้ป่วย	200.74	366			
การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	82.93	3	27.64	109.24	0.00
ความคลาดเคลื่อน	277.84	1098			
รวม	561.51	1467			

เมื่อพิจารณาการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในบทบาททุติยภูมิตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในการศึกษครั้งนี้มุ่งศึกษาการปรับตัว ด้านบทบาทผู้ป่วย (Sick Role) ด้านบทบาทคู่สมรส (Spouse Role) ด้านบทบาทการทำงาน (Work Role) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปรับตัวในบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role) และบทบาทการทำงาน (Work Role) อยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนการปรับตัวในบทบาทคู่สมรส (Spouse Role) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในบทบาททุติยภูมิ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2, 732) = 28.56$ $p < 0.00$ (ตารางที่ 6) และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในบทบาททุติยภูมิทั้ง 3 ด้าน มาเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี สติวเคนท์นิวแมนคูลล์ (Student - Neuman - Kules Test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านบทบาทผู้

ป่วยสูงกว่าด้านบทบาทการทำงาน และด้านบทบาทผู้ป่วยสูงกว่าด้านบทบาทผู้สมรส รวมทั้งด้านบทบาทการทำงานสูงกว่าด้านบทบาทผู้สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ตามบทบาททฤษฎีทั้ง 3 ด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (N = 367)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างผู้ป่วย	153.76	366			
การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	9.88	2	4.94	28.56	0.00
ความคลาดเคลื่อน	126.59	732			
รวม	290.23	1100			

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.3535$ $p < .001$) ซึ่งแสดงว่า เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่จะลดลง และระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.5246$ $p < .001$) แสดงว่าเมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นการรับรู้ที่เป็นตราบาปจะเพิ่มตามด้วย ส่วนระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งในระดับต่ำ ($r = -0.3031$ $p < .001$) แสดงว่าเมื่อระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคมากขึ้นบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะลดลง และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในระดับต่ำ ($r = -0.2307$ $p < .001$) แสดงว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากการรับรู้ที่เป็นตราบาปจะน้อย และพบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง ($r = -0.3704$ $p < .001$) แสดงว่าเมื่อการรับรู้ตราบาปที่เพิ่มขึ้นประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่จะลดลง ในขณะที่เดียวกันพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง ($r = 0.4852$ $p < .001$)

แสดงว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่จะสูงตามด้วย (คังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7. ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัย ระยะเวลาการติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตรรกะ และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ (n = 367)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระยะเวลาการติดเชื้อ	1.0000				
2. ระดับความรุนแรงของอาการ	.0164	1.0000			
3. บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง	.0905	-.3031*	1.0000		
4. การรับรู้ที่เป็นตรรกะ	.0204	.5244*	-.2307*	1.0000	
5. การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	.0042	-.3535*	.4852*	-.3704*	1.000

* p < .001

3. รูปแบบเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

เนื่องจากในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ผู้วิจัยจะต้องทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลการวิจัยที่เก็บรวบรวมมา กับรูปแบบเชิงทฤษฎีที่สร้างขึ้น ก่อนที่ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อและตีความหมายของค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) นั้น ผู้วิจัยต้องมีความมั่นใจว่ารูปแบบตามสมมติฐานที่น่าเสนอ มีความเที่ยงตรงเป็นอย่างดีกับข้อมูลที่ได้รวบรวมมา

3.1 ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ (Validation of Model)

ขั้นตอนที่สำคัญในการวิเคราะห์รูปแบบ โดยใช้โปรแกรมสถิติสเปซเพื่อ การตรวจสอบความตรงของรูปแบบที่เป็นสมมติฐานการวิจัย ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยและ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การตรวจสอบความตรงในกรณีนี้ คือการประเมินว่า ชุดของเงื่อนไขข้อบังคับต่างๆ ว่าความสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ คุณภาพของรูปแบบมีลักษณะความสัมพันธ์ถูกต้องแล้วหรือยัง ถ้ายังไม่ถูกต้องสมบูรณ์จะมีการปรับ (Modification) รูปแบบนี้อย่างไร โดยที่การปรับต้องมีความสอดคล้องกับทฤษฎี มีความหมายและให้ผลการปรับที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วย (นงลักษณ์ วิรัชชัย , 2538 : 51) วิธีการทั้งหมดนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Joereskog and Soerbom , 1989 : 45 -46) คือ 1.) การตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ (Examination of the solution) 2) การวัดความสอดคล้องทั้งรูปแบบ (Measurement of overall fit) 3) การประเมินรายละเอียดความสอดคล้อง (Detailed assessment of fit)

สำหรับผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบเต็มรูปนี้ ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์การตรวจสอบดังกล่าวข้างต้นมาใช้ในการประเมินความสอดคล้องของรูปแบบสมมติฐาน ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งแรก และใช้วิธีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานแบบ Maximum Likelihood ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 8.

ตารางที่ 8 ค่าสถิติต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องของรูปแบบเต็มรูป (Full Model) ตาม สมมุติฐานครั้งแรก (แผนภาพที่ 2 หน้า 22.)

วิธีสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi—Square) ที่ $df = 3$	64.52
ระดับความน่าจะเป็น (Probability Level)	0.00
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index = GFI)	0.97
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjust Goodness of fit index = AGFI)	0.48
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual = RMR)	0.081
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R - Square)	0.34

จะเห็นได้ว่า ค่าไคสแควร์มีค่าค่อนข้างสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ รูปแบบนั้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (GFI) จะมีค่า 0.97 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1.00

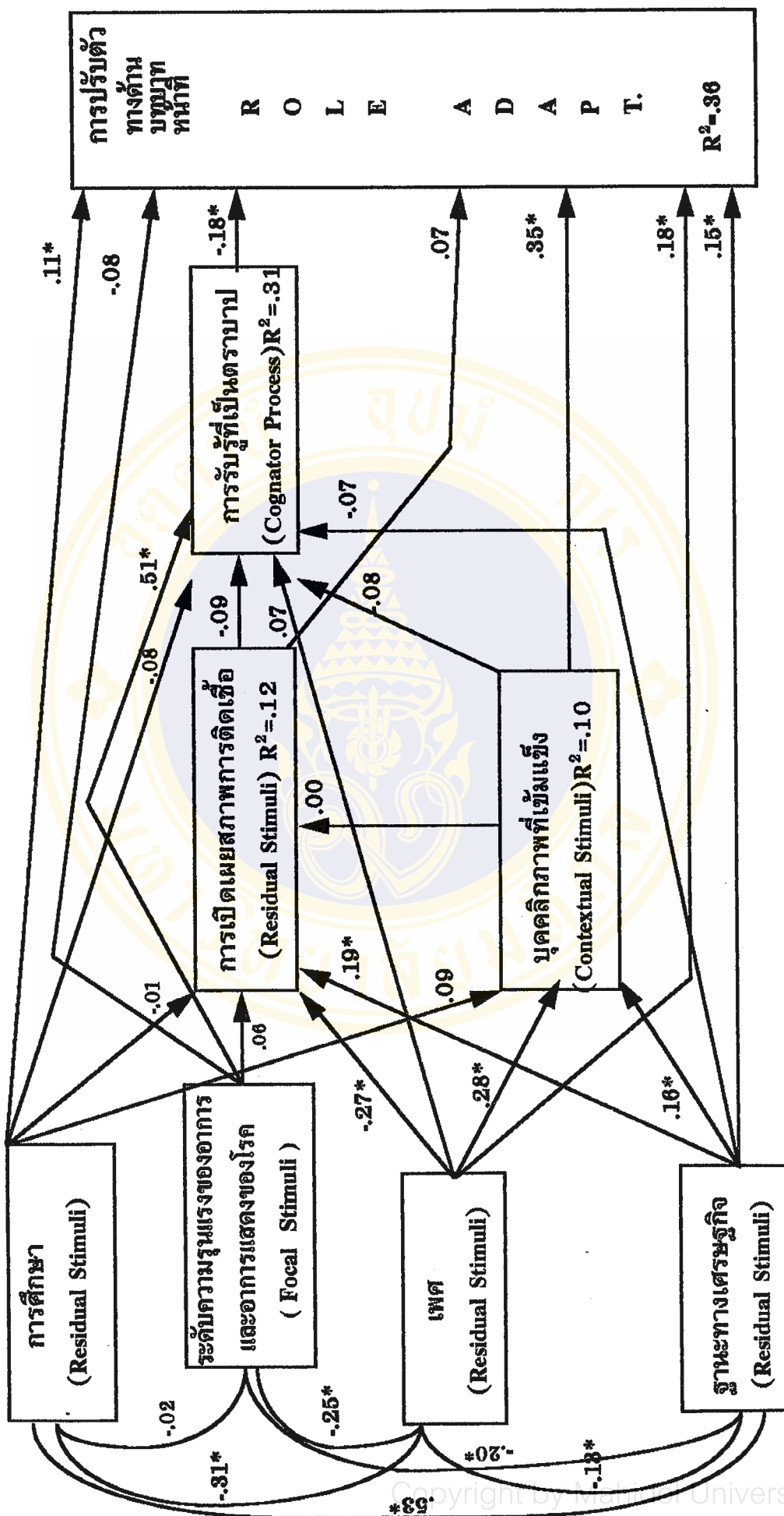
ก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาค่า ดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (AGFI) = 0.48 แล้วพบว่าไม่สอดคล้องกับค่า GFI ซึ่งตามหลักเกณฑ์ตามทฤษฎีแล้วค่า AGFI กับค่า GFI ควรมีค่าใกล้เคียงกัน และมีค่าเท่ากับ 1.00 หรือเข้าใกล้ 1.00 ในขณะเดียวกันโปรแกรมยังให้ผลการวิเคราะห์ที่ไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่สามารถคำนวณค่าสถิติ (t - value) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าดัชนีดัดแปลง (Modification Index) ดังนั้นเมื่อมองในภาพรวมจึงสรุปได้ว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นแรกนี้ ยังไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และในขั้นตอนนี้ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้เพียง ร้อยละ 34

ผู้วิจัยได้พิจารณาทบทวนรูปแบบใหม่อีกครั้ง ด้วยเหตุและผลทางทฤษฎี โดยพิจารณาทั้งตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน เมื่อพิจารณาถึงค่าสหสัมพันธ์ ของตัวแปรทุกตัวในรูปแบบ ตามตารางที่ 7. พบว่า ส่วนใหญ่ตัวแปรในรูปแบบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ระยะเวลาการติดเชื้อ เป็นตัวแปรเดียวที่ไม่สหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าพิจารณาความสัมพันธ์ของระยะเวลาการติดเชื้อกับระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ในเชิงเหตุและผลทางทฤษฎีน่าจะมีการมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือยิ่งมีระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานน่าจะมีการและอาการแสดงของโรคมามากขึ้น และการที่ไม่มีความสัมพันธ์กันในการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาการติดเชื้อที่ผู้ป่วยตอบนั้นไม่ใช่ระยะเวลาการติดเชื้อที่แท้จริง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยตอบว่าติดเชื้อมานาน 12 เดือน ในความเป็นจริงอาจติดเชื้อมานานกว่านี้ได้ แต่ไม่เคยมาตรวจเลือด จนกระทั่งป่วยหนักจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการตรวจเลือดจึงพบว่าการติดเชื้อในคอนั้น ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อที่ผู้ป่วยตอบจึงอาจไม่ใช่ระยะเวลาการติดเชื้อที่แท้จริง ทำให้ค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆอยู่ในระดับต่ำและไม่มีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดตัวแปรนี้ออกไปจากรูปแบบแล้วทำการวิเคราะห์ใหม่ในครั้งที่ 2.

3.2 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ครั้งที่ 2.

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการตัดทอนตัวแปรภายนอกคือ ระยะเวลาการติดเชื้อ ออกไปจากรูปแบบ ตามแผนภาพที่ 4.

ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการคิด (Cognator Process) ปัจจัยนำออก (Output)



แผนภาพที่ 4 แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และคำอธิปทล ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังตัดตัวแปรระยะเวลาการติดเชื้อออก

* $p < .05$

ผู้วิจัยได้นำระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึ่งถือว่าเป็น สิ่งเร้าโดยตรง (Focal Stimuli) มาเป็นตัวแปรภายนอกแทน ทำให้เหลือตัวแปรภายในที่จะศึกษา 4 ตัวคือ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตรรกะ และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ดังแผนภาพที่ 4 ผลการวิเคราะห์พบว่ารูปแบบยังคงไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลของการวิจัย โดยพิจารณาจากค่าสถิติ ที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 9 ซึ่งพบว่า ค่าไคสแควร์ยังมีค่าสูงอยู่ แต่ต่ำกว่าในการวิเคราะห์แบบจำลองเต็มรูป และมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองภายหลังตัดตัวแปร **ระยะเวลาการติดเชื้อ** ออกยังคงไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าสถิติตัวอื่นๆ เช่น ค่าดัชนีความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ 0.99 แม้จะเข้าใกล้ 1.00 ก็ตาม แต่ค่าดัชนีปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 0.55 ซึ่งไม่สอดคล้องกับค่า GFI ซึ่งควรจะมีค่าใกล้เคียงกัน ส่วนค่ารากที่สองของเศษเหลือ เท่ากับ 0.041 แม้จะมีค่าเข้าใกล้ 0.00 ก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วแบบจำลองที่สร้างขึ้นยังคงไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้จะดีขึ้นกว่าเดิมที่ยังไม่ตัดตัวแปรระยะเวลาการติดเชื้อออก นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบใหม่ให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-Square) ที่อธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 จากเดิม ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่เพียงร้อยละ 34 แสดงให้เห็นว่าภายหลังตัดตัวแปรระยะเวลาการติดเชื้อออกรูปแบบที่สร้างขึ้นมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพิจารณาที่ค่าดัชนีดัดแปลง (Modification Index) ต่อไป

ตารางที่ 9 ค่าสถิติต่างๆที่ใช้ในการประเมิน ความสอดคล้องของรูปแบบตามสมมติฐานภายหลังตัดตัวแปร ระยะเวลาการติดเชื้อออก

ตัวสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ $df = 1$	19.23
ระดับความน่าจะเป็น (Probability level)	0.000012
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit = GFI)	0.99
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit index = AGFI)	0.55
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual = RMR)	0.041
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R-Square)	0.36

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีปรับแก้ (Modification Index = MI) ตามที่ ปรัชัย เปี่ยมสมบูรณ์ และสมชาติ สว่างเนตร (2535 : 44) แนะนำว่า ค่าดัชนีปรับแก้ตัวใดที่มีค่าเกินกว่า 5 เป็นตัวชี้ให้เห็นถึงตำแหน่ง ซึ่งรูปแบบควรได้รับการปรับปรุง หรือพัฒนาให้ดีขึ้น ผู้วิจัยได้อาศัยเกณฑ์ดังกล่าวประกอบกับการพิจารณาโดยใช้เหตุผลทางทฤษฎีนำมาทดลองปรับเส้นทางตามที่โปรแกรมแนะนำ โดยพิจารณาเพิ่มเส้นทางจากระดับความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของโรคไปยังบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งมีค่า MI เท่ากับ 18.52 ซึ่งน่าจะมี ความสอดคล้องเชิงทฤษฎี หากพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวดังกล่าวตาม ตารางที่ 7 พบว่ามีค่า $r = -0.3031$ $p < .001$:ซึ่งเมื่อปรับเส้นทางแล้วน่าจะให้ค่าสัมประสิทธิ์ มาตรฐานเป็นผลลบ เมื่อทดลองปรับเส้นทางแล้วผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปตามที่คาดคิดไว้ คือค่า สัมประสิทธิ์มาตรฐานเป็นลบและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.23$ $p < .05$) และโปรแกรม ยังรายงานผลว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นนั้น มีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างสมบูรณ์ (The Model is Saturated, the fit is perfect) โดยค่าไคสแควร์เท่ากับ 0.00 ซึ่งไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00$) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 1.00 และค่ารากที่สองของเศษ เหลือ (RMR) เท่ากับ 0.00 ดังตารางที่ 10 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่สร้างขึ้น นั้นมีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างสมบูรณ์ และให้ค่า R-Square ที่ อธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้ร้อยละ 38 ซึ่ง มากกว่าเดิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับแก้เส้นทางในรูปแบบ โดยเพิ่มเส้นทางจาก ระดับ ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงไปยังบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพื่อให้รูปแบบที่สร้างขึ้นมี ความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สุด ตามแผนภาพที่ 5

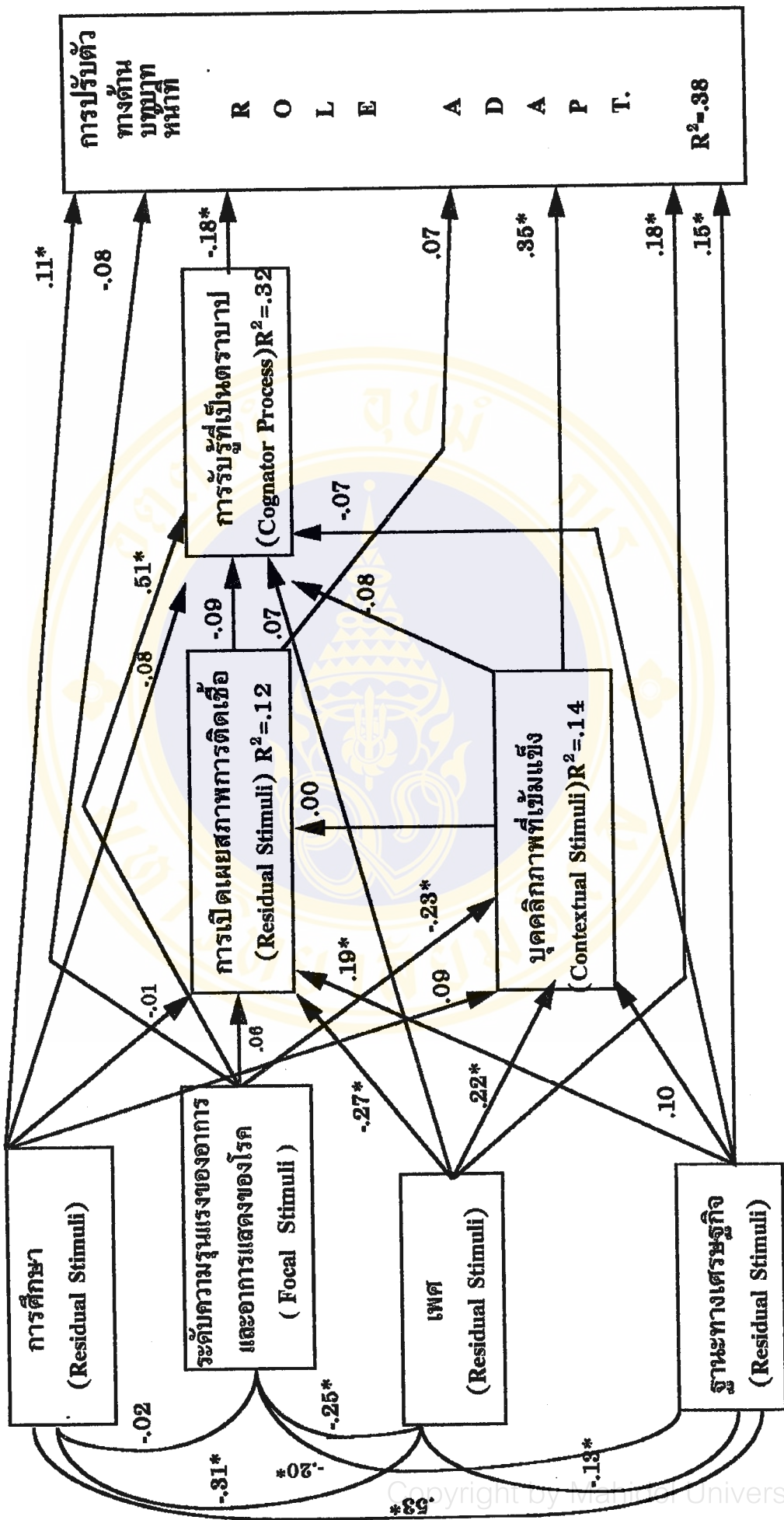
ตารางที่ 10 ค่าสถิติต่างๆที่ใช้ในการประเมิน ความสอดคล้องของแบบจำลองตามสมมุติฐาน ภายหลัง เพิ่มเส้นทาง จาก ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ไปยังบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง

วิธีสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ $df=0$	0.00
ระดับความน่าจะเป็น (Probability level)	1.00
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit = GFI)	1.00
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit index = AGFI)	1.00
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual = RMR)	0.00
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R-Square)	0.32

ปัจจัยนำเข้า
(Input)

กระบวนการคิด
(Cognator Process)

ปัจจัยนำออก
(Output)



แผนภาพที่ 5 แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่และค่าอิทธิพล ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังเริ่มเส้นทางจาก ระดับความรู้แรงของอาการและการแสดงของโรคไปยังบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ตาม Modification Index .

3.4 การพัฒนารูปแบบที่กระตือรือร้นที่สุด (Parsimony Model)

รูปแบบในการวิเคราะห์โครงสร้างโดยใช้โปรแกรมสถิติลิสรเรล ควรมีความสลับซับซ้อนน้อยที่สุด หรือมีเส้นโยงระหว่างตัวแปรเหตุและตัวแปรผล ในจำนวนที่น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเท่านั้น รูปแบบที่มีจำนวนเส้นโยงน้อย ย่อมสอดคล้องกับหลักของความประหยัดในเชิงวิทยาศาสตร์ยิ่งกว่ารูปแบบจำลองที่มีจำนวนเส้นโยงมากกว่า หากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของรูปแบบทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวน ในตัวแปรตามสุดท้ายได้ในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือเท่าเทียมกัน (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ ; สมชาติ สว่างเนตร , 2535 : 53)

ในการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดนั้น จะเป็นการตัดทอนเส้นโยงที่ไม่จำเป็นออกไปทีละเส้น จนกว่าจะได้รูปแบบที่พึงปรารถนา การดำเนินการตัดทอนเส้นโยงที่ไม่จำเป็นออกนั้น พิจารณาจากสถิติ (t - value) ที่ต่ำกว่า 1.96 ซึ่งไม่ถือว่าเป็นัยสำคัญทางสถิติ และหลักการตามเนื้อหาทางทฤษฎี (Substantive significant) ในขณะเดียวกัน ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2535 : 54) ได้ใช้หลักเกณฑ์ที่ว่า สัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Standard Coefficient = β) ที่มีค่าต่ำกว่า 0.08 ให้ถือว่าไม่มีความหมายในเชิงวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติแบบลิสรเรลซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ช่วยในการตัดสินใจตัดเส้นทางออกจากรูปแบบ ในขณะที่ นงลักษณ์ วิรัชชัย (2538 , : 45) ให้ใช้หลักเกณฑ์ที่ว่า สัมประสิทธิ์มาตรฐาน ที่มีค่าต่ำกว่า 0.05 ให้ถือว่าไม่มีความหมายในเชิงวิเคราะห์เส้นทาง

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2535 : 54) ได้เสนอวิธีการตัดเส้นทางเป็น 2 แบบ คือ 1) ตัดทอนค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) ที่ไม่มีนัยสำคัญหลายๆตัวออกไปพร้อมๆกัน ซึ่งการค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดด้วยวิธีการนี้ มีความสะดวกและรวดเร็วมากและให้ผลถูกต้องเชื่อถือได้ ถ้าค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่ถูกตัดทิ้งไป มีค่าค่อนข้างต่ำหรือเข้าใกล้ศูนย์ แต่ในกรณีที่ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานมีค่าใกล้เคียงกับเกณฑ์ตัดสินใจของนัยสำคัญทางสถิติ วิธีการดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะการตัดทอนค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานตัวใดตัวหนึ่งออกไปจากรูปแบบที่กำลังทดสอบอยู่ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าสถิติที่จะต้องคำนวณกันใหม่ เช่นเมื่อตัดค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานตัวที่หนึ่งออกอาจมีผลทำให้สัมประสิทธิ์มาตรฐานตัวที่สองกลายเป็นมีนัยสำคัญไปก็ได้ ดังนั้น ซาริสและสตรอนฮอร์ส (Saris & Stronhorst 1984 : 247) จึงได้เสนอวิธีที่ 2) คือ ควรจัดลำดับความสำคัญทางทฤษฎีของค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานต่างๆหลายๆตัว ที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แล้วตัดทิ้งทีละตัวและหาค่าสถิติที่เกี่ยวข้องใหม่จนกว่าจะได้รูปแบบที่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุดและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำนายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอยู่ แต่ข้อเสียของการตัดทอนค่า

สัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) ที่ละขั้นนี้คือการเปลี่ยนแปลงเวลาและทรัพยากรอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิเคราะห์รูปแบบที่มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) จำนวนมากที่ไม่มีนัยสำคัญ จากตารางที่ 11 จะเห็นได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) ถึง 12 เส้นทาง ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน และสถิติที่เกี่ยวข้องจากการทดสอบแบบจำลองทางทฤษฎี ภายหลังตัดตัวแปร ระยะเวลาการติดเชื้อออก และเพิ่มเส้นทางจากระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ไปยังบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งตามแผนภาพที่ 5

เส้นทางความสัมพันธ์	ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β)	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	ค่าสถิติ -ที
HARD ---> TELL	- 0.00	0.05	- 0.03
HARD ---> STIG	- 0.08	0.05	- 1.71
HARD ---> ROLE	0.35*	0.04	7.71
TELL ---> STIG	- 0.09	0.05	- 1.86
TELL ---> ROLE	0.07	0.04	1.66
STIG ---> ROLE	- 0.18*	0.06	- 3.58
EDU ---> TELL	- 0.01	0.06	- 0.20
EDU ---> HARD	0.09	0.06	1.56
EDU ---> STIG	- 0.08	0.05	- 1.44
EDU ---> ROLE	0.11*	0.05	2.24
SEX ---> TELL	- 0.27*	0.05	- 4.84
SEX ---> HARD	0.22*	0.05	4.07
SEX ---> STIG	0.07	0.05	1.48
SEX ---> ROLE	0.18*	0.05	3.66
INC ---> TELL	0.19*	0.06	3.13
INC ---> HARD	0.10	0.06	1.70
INC ---> STIG	-0.07	0.05	-1.30
INC ---> ROLE	0.15*	0.05	2.94
SYMP ---> TELL	0.06	0.05	1.08
SYMP ---> STIG	0.51*	0.05	10.80
SYMP ---> HARD	- 0.23*	0.05	4.42
SYMP ---> ROLE	- 0.80	0.05	-1.63

* $p < 0.05$ TELL = การเปิดเผยสภาพการคิดซื้อ HARD = บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง
 STIG = การรับรู้ที่เป็นตราภาพ EDU = การศึกษา SEX = เพศ
 SYMP = ระดับอาการและอาการแสดง INC = ฐานะทางเศรษฐกิจ

สำหรับการตัดทอนเส้นทางเพื่อหาแบบจำลองที่ประหยัดและดีที่สุด ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทั้ง 2 วิธี คือวิธีแรกพิจารณาตัดเส้นที่มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกทั้ง 12 เส้นทางพร้อมๆ กัน ดังแผนภาพที่ 6 ผลปรากฏว่าการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มีความสอดคล้องกัน ดังค่าสถิติดัชนีชี้วัดความสอดคล้องของรูปแบบที่ได้แสดงไว้ใน ตารางที่ 12 และแผนภาพที่ 5 โดยพบค่าไคสแควร์มีค่าค่อนข้างสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.000$ แสดงว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในขณะที่เดียวกันพบว่าค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R -Square) ที่อธิบายค่าความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ที่มีค่าลดลงเหลือร้อยละ 34 แสดงว่ารูปแบบภายหลังตัดเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 12 เส้นทางออก ไม่ได้ทำให้รูปแบบที่ได้เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด

ตารางที่ 12 ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องรูปแบบภายหลังตัดเส้นทาง ทั้ง 12 เส้นทาง ที่ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานไม่มีนัยสำคัญออกทุกตัว

วิธีสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi - Square) ที่ $df = 12$	41.96
ระดับความน่าจะเป็น (Probability Level)	0.000034
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index)	0.97
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index)	0.92
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual)	0.06
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R-Square)	0.34

ปัจจัยนำเข้า

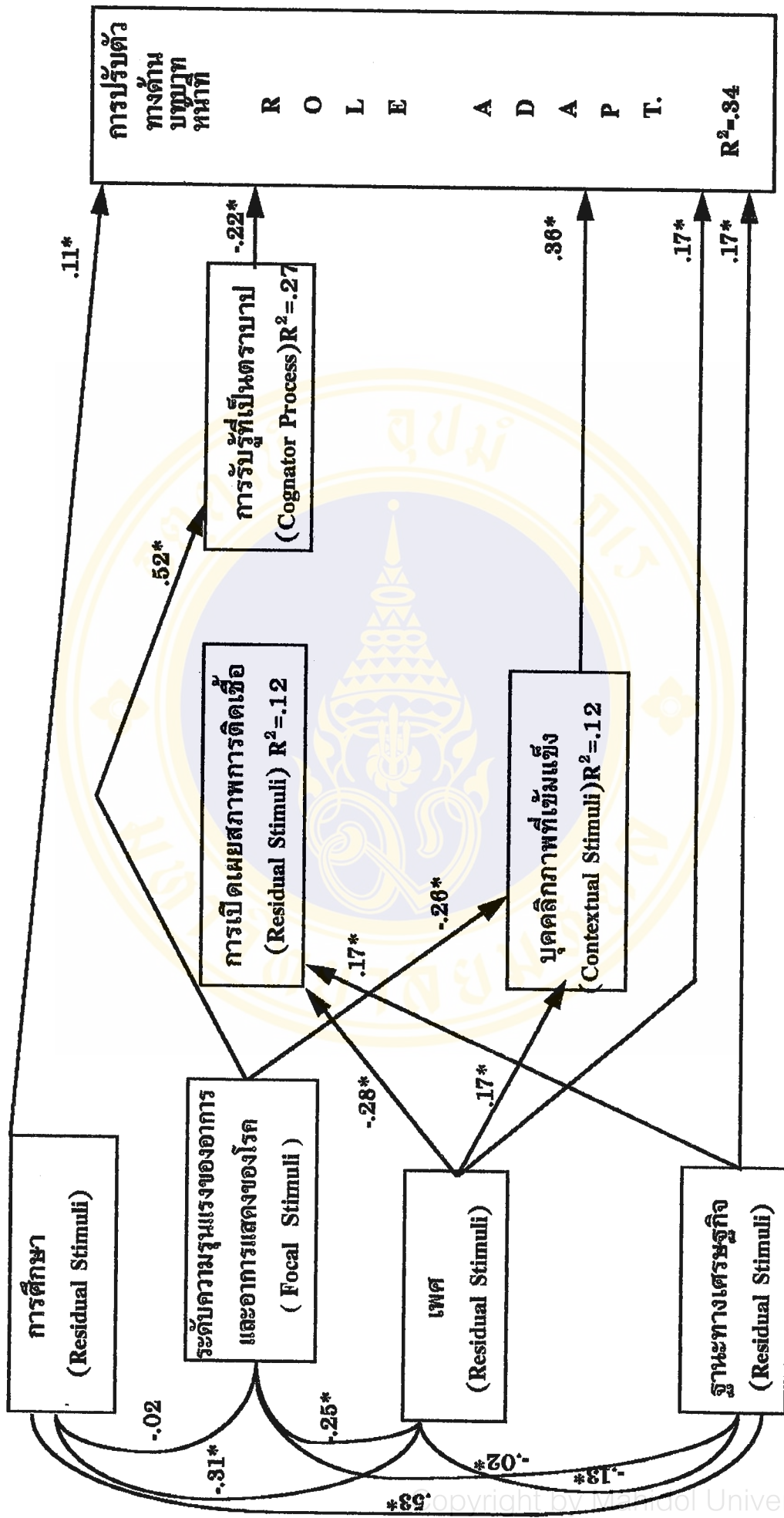
(Input)

กระบวนการคิด

(Cognator Process)

ปัจจัยนำออก

(Output)



แผนภาพที่ 6 แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และค่าอิทธิพลในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังติดเชื้อทางที่ไม่ใช่สำคัญออกทุก

เส้นทาง

* $p < .05$

จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีที่สอง โดยการพิจารณาตัดค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) ที่มีค่าต่ำกว่า 0.05 (นงลักษณ์ วิรัชชัย , 2538 : 45) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออก ในขณะที่เดียวกันใช้การจัดลำดับความสำคัญทางทฤษฎีเข้าร่วมพิจารณาด้วย ในขั้นแรกผู้วิจัยได้เลือกตัดเส้นทางระหว่าง บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง (HARD) และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (TELL) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.00 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าสถิติดัชนีวัดความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกลมกลืนกัน โดยค่าไคสแควร์เท่ากับ .001 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.97$) ตลอดจนค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง (GFI) และค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (AGFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 และค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ มีค่าเข้าใกล้ 0.00 ดังตารางที่ 13 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และยังคงให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R-Square) ที่อธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38 อย่างเต็มที่ซึ่งถือว่าน่าพอใจ

ตารางที่ 13 ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องรูปแบบภายหลังตัดเส้นทาง ระหว่าง บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

วิธีสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi - Square) ที่ $df = 1$	0.001
ระดับความน่าจะเป็น (Probability Level)	0.97
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index = GFI)	1.00
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index = AGFI)	1.00
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual)	0.0003
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R-Square)	0.38

และจากนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาตัดเส้นทางระหว่างตัวแปรการศึกษา (EDU) และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (TELL) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.01 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกอีก 1 เส้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าไคสแควร์เท่ากับ 0.043 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.98$) และดัชนีความสอดคล้อง (GFI)

ดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (AGFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 และค่ารากที่สองของเศษเหลือ (RMR) มีค่าเข้าใกล้ 0.00 นั่นคือ รูปแบบที่สร้างขึ้นนั้น มีความสอดคล้องเหมาะสมกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 14 และยังให้ค่า R - Square ที่อธิบายความแปรปรวนของ ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38 แสดงว่ารูปแบบที่สร้างขึ้น ตามแผนภาพที่ 7 เป็นแบบจำลองที่กระชับและเหมาะสม

ตารางที่ 14 ค่าสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องแบบจำลองภายหลังตัดเส้นทาง เพิ่มอีก 1 เส้น คือจากการศึกษาไปยังการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ

ค่าสถิติ	ค่าสถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi - Square) ที่ $df = 2$	0.043
ระดับความน่าจะเป็น (Probability Level)	0.98
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index = GFI)	1.00
ค่าดัชนีความสอดคล้องปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index = AGFI)	1.00
ค่ารากที่สองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root Mean Square Residual = RMR)	0.0015
ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R-Square)	0.38

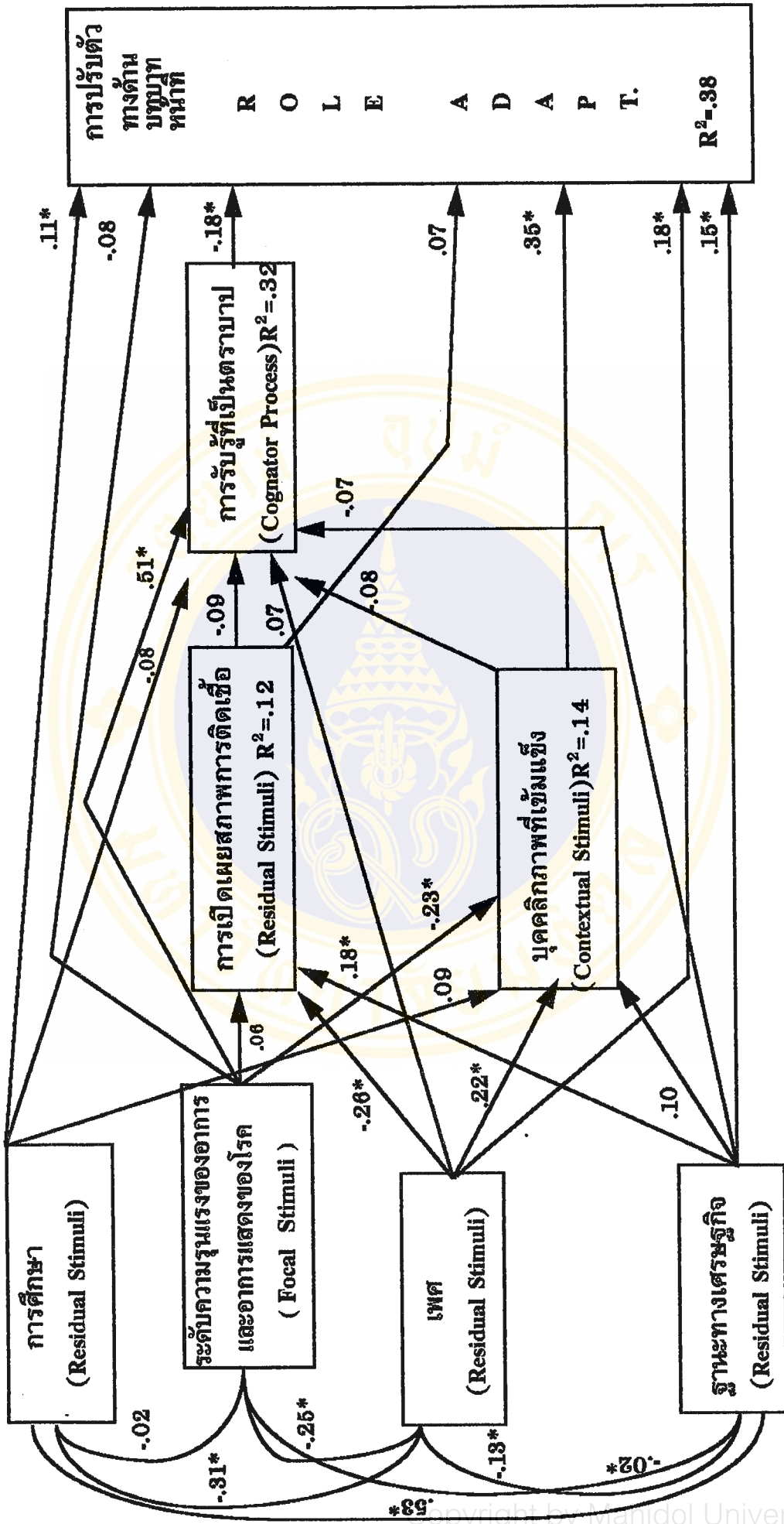
4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบในแผนภาพที่ 5 กับรูปแบบที่เหมาะสมที่สร้างขึ้นคือตามแผนภาพที่ 7 สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้เท่ากัน ดังตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรภายในแต่ละตัว ซึ่งอธิบายโดยแบบจำลอง ในแบบจำลองที่กระชับที่สุดนั้นพบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้มากที่สุดร้อยละ 38 รองลงมาได้แก่ การรับรู้ที่เป็นตราบาปร้อยละ 32 และตัวแปรบุคลิกภาพที่เข้มแข็งร้อยละ 14 และตัวแปรการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ เป็นตัวแปรที่ถูกอธิบายโดยรูปแบบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ

ปัจจัยนำเข้า
(Input)

กระบวนการคิด
(Cognator Process)

ปัจจัยนำออก
(Output)



แผนภาพที่ 7 แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบุพพาทหน้าที่ และค่าอิทธิพลในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังตัดเส้นทางจากการศึกษาไปยัง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และเส้นทางจากบุคลลิกภาพที่เข้มแข็งไปยังการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อโดยรวม 2 เส้น ได้เป็นรูปแบบที่กะทัดรัด ที่สุด (Parsimony Model) * $p < .05$

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายความแปรปรวน ของตัวแปรภายในแต่ละตัว ซึ่งถูกอธิบายโดยรูปแบบเดิมตามแผนภาพที่ 5 กับรูปแบบจำลองที่เหมาะสมที่สุดตามแผนภาพที่ 7

ตัวแปรที่ถูกอธิบาย	R-Square ตามแผนภาพที่ 5	R-Square ตามแผนภาพที่ 7
การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ	.12	.12
บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	.14	.14
การรับรู้ที่เป็นตราบาป	.32	.32
การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	.38	.38

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรภายในแต่ละตัว ซึ่งถูกอธิบายโดยรูปแบบที่ 5 กับรูปแบบที่ 7 ไม่มีความแตกต่างกันเลย ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบที่ 7 เป็นรูปแบบที่ใช้อธิบาย แม้ในรูปแบบสุดท้ายนี้จะมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานความสัมพันธ์บางค่าที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่ด้วยเหตุผลและความสำคัญทางทฤษฎีของผลกระทบต่างๆที่อยู่ในรูปแบบ ตลอดจนเมื่อทดลองตัดเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญออกทั้งหมดพบว่ารูปแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง ผู้วิจัยจึงยังคงเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญเหล่านั้นไว้ และรูปแบบที่ 7 จึงถือเป็นรูปแบบสุดท้ายที่มีความเหมาะสมที่สุด และจะนำไปแปลความหมายในขั้นต่อไป

4) รูปแบบที่กระชับที่สุดและผลการทดสอบสมมติฐาน

รูปแบบที่อธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมที่สุดนั้น ประกอบด้วยตัวแปรภายนอก ได้แก่ การศึกษา ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และตัวแปรภายใน ได้แก่ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตราบาป และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38 เมื่อพิจารณาถึงเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งหมด 7 ข้อ พบว่า

สมมุติฐานข้อที่ 1. การศึกษามีอิทธิพลโดยตรงทางบวก ต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป จากตารางที่ 16 และแผนภาพที่ 7 จะเห็นได้ว่าการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.11$ $p < .05$) แต่ไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ดังนั้นสมมุติฐานข้อที่ 1 ได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน

ตารางที่ 16 ค่าอิทธิพลโดยรวม อิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรภายนอกที่เป็นสาเหตุส่งผลต่อตัวแปรภายใน และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ตัวแปรภายในที่เป็นผล	ตัวแปรภายนอกที่เป็นสาเหตุ											
	EDU			SEX			INC			SYMP		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ	--	--	--	-.26*	--	-.26*	.18*	--	.18*	.06	--	.06
บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	.09	--	.09	.22*	--	.22*	.10	--	.10	-.23*	--	-.23*
การรับรู้ที่เป็นตราบาป	-.09	-.01	-.08	.08	.01	.07	-.09	-.02*	-.07	.52*	-.01	.51*
การปรับตัวทางด้านบทบาท	.16*	.05	.11*	.22*	.04	.18*	.21*	.06*	.15*	-.25*	-.17*	-.08

* $p < .05$

TE = total effect

EDU = การศึกษา

IE = indirect effect

SEX = เพศ

DE = direct effect

INC = ฐานะทางเศรษฐกิจ

SYMP = ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค

สมมุติฐานข้อที่ 2 เพศมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตราบาป (ตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 7) จะเห็นได้ว่าเพศมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.18$ $p < .05$) แต่ไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านการเปิดเผยสภาพการติด

เชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.04$ $p > .05$) แสดงว่าสมมติฐานข้อที่ 2 ได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน และเนื่องจากว่า ผู้วิจัยกำหนดให้ 0 = เพศชาย 1 = เพศหญิง เมื่อ β มีค่า เป็นบวก จึงแปลผลว่า เพศหญิงปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย

เมื่อพิจารณาอิทธิพลโดยอ้อมที่เพศผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาปนั้นพบว่า เพศมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ($\beta = -0.26$ $p < .05$) โดยที่เพศหญิงเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน้อยกว่าเพศชาย (0 = เพศชาย 1 = เพศหญิง) และเพศมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.22$ $p < .05$) นั่นคือเพศหญิงมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าชาย แต่เพศไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.07$ $p < .05$)

แต่เมื่อพิจารณาอิทธิพลโดยรวมพบว่าเพศมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.22$ $p < .05$) แสดงว่าเมื่อรวมอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมที่ผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น แม้อิทธิพลโดยอ้อมจะไม่มีนัยสำคัญก็ตามแต่มีผลทำให้อิทธิพลโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 ฐานะทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป (จากตารางที่ 16 และแผนภาพที่ 7) จะเห็นได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.15$ $p < .05$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.06$ $p < .05$) ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 3 จึงได้รับการสนับสนุน

เมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลโดยอ้อม ที่ผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลโดยตรงต่อทุกปัจจัยที่ส่งผ่าน โดยมีอิทธิพลที่ส่งผ่านตัวแปร การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ($\beta = 0.18$ $p < .05$) แต่ไม่มีอิทธิพลต่อบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.10$ $p > .05$) และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.07$ $p > .05$) นั่นคือผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบมากขึ้นและผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะไม่ผลต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ทำให้มีอิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้น ($\beta = 0.21$ $p < .05$)

สมมุติฐานข้อที่ 4 ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และการรับรู้ที่เป็นตราบาป (จากตารางที่ 16 และแผนภาพที่ 7) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.08$ $p > .05$) แต่มีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.17$ $p < .05$) โดยผ่าน การรับรู้ที่เป็นตราบาป ดังนั้นสมมุติฐานข้อที่ 4 จึงได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน

เมื่อพิจารณาอิทธิพลโดยอ้อมที่ส่งผ่าน การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาปพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ไม่มีอิทธิพลต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ($\beta = 0.06$ $p > .05$) แต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.51$ $p < .05$) และมีอิทธิพลโดยตรงต่อบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = -0.23$ $p < .05$) (ดูตารางที่ 16) นั่นคือ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคยิ่งมากมีผลทำให้ การรับรู้ที่เป็นตราบาปมากขึ้นด้วย และระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมากมีผลไปลดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และส่งผลให้อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ลดลง ($\beta = -0.24$ $p < .05$) นั่นคือ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เพิ่มมากขึ้น รวมกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งที่สูงขึ้น และการรับรู้ที่เป็นตราบาปที่มากขึ้น มีผลทำให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง

สมมุติฐานข้อที่ 5 การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตราบาป จากตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 7 จะเห็นได้ว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.07$ $p > .05$) และไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.02$ $p > .05$) ดังนั้นสมมุติฐานข้อ 5 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

เมื่อพิจารณาอิทธิพลโดยอ้อม ที่ส่งผ่านการรับรู้ที่เป็นตราบาปนั้น ปัจจัยการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.09$ $p > .05$) ดูตารางที่ 17

แต่มีอิทธิพลในทิศทางตรงข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อให้ผู้อื่นทราบไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป

สมมติฐานข้อที่ 6 บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ การรับรู้ที่เป็นตราบาป และเนื่องจากว่าการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมที่สุด ได้ตัดเส้นทางจากตัวแปรบุคลิกภาพที่เข้มแข็งที่ลากไปการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อออก ดังนั้นอิทธิพลโดยอ้อมของบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจึงผ่านเพียงการรับรู้ที่เป็นตราบาปเท่านั้น จากตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 7 จะเห็นได้ว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.35 \quad p < .05$) คือ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอิทธิพลโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.01 \quad p < .05$) ดังนั้นสมมติฐาน ข้อที่ 6 จึงได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน

เมื่อพิจารณาอิทธิพลโดยอ้อม ที่ส่งผ่านการรับรู้ที่เป็นตราบาปนั้นพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.07 \quad p > .05$) ดูตารางที่ 17

สมมติฐานข้อที่ 7 การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จากตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 7 จะเห็นได้ว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.18 \quad p < .05$) คือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากมีผลทำให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 7 จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 8 ระยะเวลาการคิดเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และโดยอ้อมผ่านทางบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ และการรับรู้ที่เป็นตราบาป เนื่องจากการตรวจสอบความตรงของรูปแบบในขั้นตอนแรกพบว่า แบบจำลองที่สร้างขึ้นไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบของความไม่สอดคล้องโดยอาศัยเหตุและผลเชิงทฤษฎีและเชิงสถิติ พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการคิดเชื่อ เป็นตัวแปรเดียวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ด้วยเหตุผลดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตัดตัวแปรระยะเวลาการคิดเชื่อออกไปจากแบบจำลองที่สร้างขึ้นในขั้นตอนแรก ดังนั้นสมมติฐานข้อ 8 . จึงไม่ได้รับการพิสูจน์ในการวิจัยครั้งนี้

กล่าวโดยสรุปสมมุติฐานทั้งหมด 7 ข้อ พบว่า มีเพียง 1 ข้อเท่านั้นที่ไม่ได้รับการสนับสนุน คือ สมมุติฐานข้อ 5 พบว่าการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ ไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนสมมุติฐานข้อ 3 และข้อ 7 ได้รับการสนับสนุนอย่างสมบูรณ์ทั้งอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนสมมุติฐานข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 4 ข้อ 6 ได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ผลการพิสูจน์สมมุติฐานจะได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน แต่หากพิจารณาอิทธิพลโดยรวมของทุกสมมุติฐานแล้วทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 17 ค่าอิทธิพลโดยรวม อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางตรงของตัวแปร ภายในที่ส่งผลกระทบต่อ ตัวแปรภายในและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ตัวแปรภายในที่เป็นผล	ตัวแปรภายในที่เป็นเหตุ								
	TELL			HARD			STIG		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ	--	--	--	--	--	--	--	--	--
บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง	--	--	--	--	--	--	--	--	--
การรับรู้ที่เป็นตราบาป	-.09	--	-.09	-.08	--	-.08	--	--	--
การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่	.09*	.02	.07	.36*	.01	.35*	-.18*	--	-.18*

หมายเหตุ * $p < .05$

TE = total effect

IE = indirect effect

DE = direct effect

TELL = การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ

HARD = บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

STIG = การรับรู้ที่เป็นตราบาป

ความสัมพันธ์ของปัจจัยภายนอก (Exogeneous correlation) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการศึกษา ($r = -0.31$ $p < 0.05$) นั่นคือ เพศหญิง มีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับฐานะทางเศรษฐกิจอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($r = -0.13$ $p < 0.05$) นั่นคือ เพศชายมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบต่อระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ($r = -0.25$ $p < 0.05$) นั่นคือ เพศหญิงมีระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคน้อยกว่าชาย

ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.53$ $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักมีการศึกษาคดีด้วย และฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ($r = -0.20$ $p < 0.05$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีระดับความรุนแรงของโรคต่ำ

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3.42 : 1 ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2540 : 5) พบอัตราส่วนชายต่อหญิงเป็น 4.6 : 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพศหญิงจะมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆทุกปี สาเหตุที่ผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นเนื่องจาก ปัจจัยเสริมหลายประการ คือ ผู้หญิงมีลักษณะทางชีวภาพที่เสี่ยงมากกว่าชายในฐานะเป็นผู้รับ (Receptive Partner) และผู้หญิงมีเยื่อผิวของอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกสัมผัสขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่าชาย จากการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา (2537 : 4) พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย พบว่าผู้ป่วยเพศชายสามารถแพร่เชื้อไปสู่ภรรยาได้ร้อยละ 18 ในขณะที่ผู้ป่วยเพศหญิงสามารถแพร่เชื้อไปสู่สามีได้เพียงร้อยละ 8

นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านค่านิยม วัฒนธรรม ที่เป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย ที่เปิดโอกาสให้ชายมีสิทธิแสวงหาความสัมพันธ์ทางเพศ สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงได้หลายคน โดยไม่มีการประนามว่าเป็นเรื่องเสียหาย และทำให้ภรรยาต้องติดเชื้ออย่างไม่มีทางเลือก งานวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้ว พบว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างติดเชื้อเอชไอวีนั้น มาจากการเที่ยวโสเภณีมากที่สุดถึงร้อยละ 68.7 รองลงมาคือการติดเชื้อจากสามีร้อยละ 21.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกองระบาดวิทยา (กรกฎาคม, 2540 : 2) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ชายติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิงร้อยละ 65.06 ในขณะที่หญิงติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายร้อยละ 13.02 และจากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) พบว่าชายที่แต่งงานแล้วอายุ ระหว่าง 15 - 49 ปี ยังมีการใช้บริการทางเพศจากโสเภณีถึงร้อยละ 28.9 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15 - 39 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยเจริญพันธุ์นั้น เมื่อไปใช้บริการทางเพศไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยถึงร้อยละ 51.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม (2536 : 121) พบว่าร้อยละ 80 ของวัยรุ่นชายไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยเมื่อไปเที่ยวโสเภณี ด้วยเหตุผลหลัก คือ ไม่ชอบ รู้สึกไม่ธรรมชาติ และร้อยละ 20 ด้วยเหตุผลว่าเมา นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 70 ของวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยกับภรรยาและคนรู้จัก ปัจจัยต่างๆเหล่านี้จึงทำให้

โอกาสเสี่ยงที่ผู้ขายจะติดเชื้อจากหญิงบริการทางเพศและคู่นอนมีสูง และเป็นพาหะนำเชื้อมาสู่ภรรยาอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ และจากการศึกษาของ พิมพัลย์ บุญมงคล (2539 : 23) พบว่าสถานภาพของสตรีไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในฐานะคือยการศึกษาและขาดอำนาจต่อรองในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งๆที่รู้ว่าสามีไปมีเพศสัมพันธ์นอกบ้าน เธอไม่สามารถปฏิเสธความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี หรือไม่กล้าพูดคุยในเชิงปรึกษาหารือกันในเรื่องเพศสัมพันธ์ ทั้งๆที่สงสัยว่าสามีอาจติดเชื้อเอชไอวี

ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ อยู่ระหว่าง 19 - 56 ปี และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือช่วงอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 25.3 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (กรกฎาคม , 2540 : 4) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 29 ปี ถึงร้อยละ 29.45 และรองลงมาคือช่วงอายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 24.81 อธิบายได้ว่าช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุของวัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ ที่มีความต้องการทางเพศค่อนข้างสูงตามธรรมชาติของมนุษย์ และจะกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ (Zimbardo , 1979 : 204) จึงทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มและความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีสูง

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.1 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.3 และสุดท้ายคือ อุดมศึกษาร้อยละ 21.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วร้อยละ 30.8 และพบว่ารายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 24 และพบว่าความเพียงพอของรายได้นั้นส่วนใหญ่ไม่พอใช้จ่ายและมีภาระหนี้สินถึงร้อยละ 43.7 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (กรกฎาคม , 2540 : 5) ซึ่งรายงานว่าส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและเป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไปถึงร้อยละ 46.99 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 21.89

ลักษณะอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาการแบ่งกลุ่มตามระยะการดำเนินโรคแล้วพบว่า อยู่ในกลุ่มที่มีระยะการดำเนินโรคในกลุ่มเอคือระยะที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV) มากที่สุดร้อยละ 40.9 รองลงมาคือ กลุ่มซี คือกลุ่มที่อยู่ในระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) ร้อยละ 37.1 และสุดท้ายคือ กลุ่มบี คือกลุ่มที่อยู่

ในกรณีที่มียาการ (Symptomatic HIV) ร้อยละ 22.1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลปาราศนราศุรนั้น มีการดำเนินโรคอยู่ในระยะเริ่มแรกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วารินิ คัมมาตย์ (2540 : 72) พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบินั้นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มซี คือระยะเอดส์เต็มขั้น ถึงร้อยละ 68.83 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีอาการ และไม่มีอาการ ในจำนวนร้อยละเท่ากันคือ ร้อยละ 15.58 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบินั้นมีการดำเนินโรคอยู่ในระยะสุดท้ายเป็นส่วนใหญ่ ความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้งสอง อาจเกี่ยวเนื่องกับจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาลนั้นมีความแตกต่างกัน โดยที่โรงพยาบาลปาราศนราศุรเป็นโรงพยาบาลที่เน้นให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยตรง จำนวนเตียงที่จะเตรียมรับผู้ป่วยเหล่านี้มีมากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มแรกเสียส่วนใหญ่

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อย ($M = 0.72$ $SD = 0.40$) ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะการดำเนินโรคที่ยังไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV) ซึ่งพบถึงร้อยละ 40.9 และมีระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ค่อนข้างสั้น คือ ต่ำกว่า 1 ปีถึงร้อยละ 32.6 ถึงแม้ว่าระยะเวลาการติดเชื้อนี้อาจจะไม่ใช้ระยะเวลาการติดเชื้อที่แท้จริง แต่เป็นระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อมานานเท่าไร ซึ่งสามารถใช้ในการคาดประมาณได้ว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อที่ค่อนข้างสั้นนี้ จึงยังไม่มีผลทำให้ไวรัสเอชไอวีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนที่จะมีผลไปลดภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ กลุ่มตัวอย่างจึงยังไม่มีอาการปรากฏ

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับ ครอบครัว คือ คู่สมรส พ่อแม่ และญาติพี่น้องทราบมากที่สุดร้อยละ 85.8 รองลงมาคือการเปิดเผยกับครอบครัว คือ คู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูงร้อยละ 9.3 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับผู้ใดทราบ ร้อยละ 4.9

นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลแรกที่ผู้ป่วยยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ทราบคือ คู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ พ่อแม่ ร้อยละ 25.9 พี่น้องญาติสนิท ร้อยละ 4.1 และเพื่อนสนิทร้อยละ 4.1 เท่ากัน ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ ลดาวัลย์ สนวนนาม (2536 : 79) พบว่าผู้ป่วยชายคู่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ภรรยาทราบสูงสุดร้อยละ 62.7 รองลงมาคือการบอกให้เพื่อนทราบร้อยละ 17.3 และพี่น้องร้อยละ 16.0 และจากการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539 : 167) พบว่าผู้ติดเชื้อ ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้คู่สมรสทราบมากที่สุดร้อยละ 56.25 รองลงมาคือพี่น้องร้อยละ 25.0 และพ่อแม่ร้อยละ 18.75 ที่เหลือเปิดเผยให้กับผู้ป่วยโรคเดียวกันและบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลดังกล่าวด้วยดี เป็นผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิด และให้ความหมายของโรคเอดส์ไปในทางที่ดีขึ้น

จากการศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2537 : 79) พบว่ากระบวนการที่จะตัดสินใจเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้ใดทราบนั้น อยู่บนพื้นฐานของการประเมินถึงสิ่งที่ได้รับจากบุคคลเหล่านั้น ที่สามารถให้การช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และเก็บความลับได้ และพบว่าบุคคลที่มีสภาพสมรสจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับภรรยาทราบ ส่วนผู้ที่มีสภาพสมรสโสด จะเปิดเผยกับ พี่น้อง พ่อแม่ และคู่รักที่เคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย กลุ่มที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อเหล่านี้พบว่าได้รับกำลังใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับชีวิตต่อไป

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มบุคคลที่เอาใจใส่ดูแลและห่วงใยผู้ป่วยมากที่สุด ภายหลังที่ทราบผลการติดเชื้อ คือ คู่สมรส ร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ พ่อแม่ร้อยละ 39 พี่น้อง ร้อยละ 3.0 ผู้ป่วยโรคเดียวกันร้อยละ 1.4 เจ้าหน้าที่ในบ้านพักฉุกเฉินร้อยละ 1.6 และสุดท้ายคือเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 0.8 เท่ากัน แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากที่สุด คือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย คือคู่สมรสและพ่อแม่ และเนื่องจากลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยายถึงร้อยละ 61.3 ซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส บุตร และพ่อแม่ ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความใกล้ชิดกันสนิทในครอบครัวมีความผูกพันกัน และเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายทางสังคมของทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy 1986) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเครือข่ายที่ประกอบด้วย 1) บุคคลสำคัญ (Significant Other) ที่หมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อผู้นั้นมากที่สุด โดยจะมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งต่อกัน ได้แก่ สามี ภรรยา บิดามารดา และ 2) ระบบเกื้อหนุน (Supporting System) หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความ

หมายต่อผู้หนึ่งเช่นกัน แต่ระดับความผูกพันน้อยกว่า ได้แก่ญาติพี่น้อง เพื่อนและเพื่อนบ้าน และผู้ป่วยโรคเดียวกัน

กลุ่มที่ไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับผู้ใดทราบ ในการวิจัยครั้งนี้พบร้อยละ 4.9 นั้น ด้วยเหตุผลว่า เกรงผู้อื่นจะรังเกียจ หรือรู้แล้วก็ไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นมารับทราบและวิตกกังวลเค็ดรื้อนไปด้วย บางรายอาจยังทำใจไม่ได้ตอนนี้ยังแข็งแรงดี ไม่น่าจะมีอะไรให้ผู้อื่นสงสัย รอให้อาการมากๆ แล้วจึงบอก เหล่านี้คือเหตุผลที่ผู้ป่วยพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาวิจัยของ ลดาวัลย์ สนวนาม (2536 : 169) ในผู้ป่วยชายที่สมรสแล้ว พบว่าสาเหตุที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบนั้นร้อยละ 68.4 กลัวถูกรังเกียจ และร้อยละ 14.6 ไม่อยากให้รู้กลัวเขาเสียใจ เช่นเดียวกันพบว่าร้อยละ 14.6 รู้สึกอายขอตายอย่างเงียบๆ ที่เหลือร้อยละ 2.4 คิดว่าบอกไปก็ช่วยอะไรไม่ได้

บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีคะแนนบุคลิกภาพที่เข้มแข็งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 3.80$ $SD = 0.43$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ ศรีนยา เบญจกุล (2538 : 68) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ ของ นิตยา คงชุม (2539 : 48) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการแสดง ทำให้คิดว่าตนมีภาวะสุขภาพดี จึงพร้อมที่จะกระทำและมุ่งมั่น เกิดเป็นแรงจูงใจให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้มากกว่าการหลีกเลี่ยงปัญหา ในขณะที่เดียวกันอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสอยู่ทั้งหมด จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น

การรับรู้ที่เป็นตราบาป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีคะแนนการรับรู้ที่เป็นตราบาปในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้รับรู้ว่า ครอบครัวคนรอบข้าง สังคมชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แสดงความรังเกียจ แบ่งแยก และเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจาก ประชาชนทั่วไป รวมทั้งครอบครัว คนรอบข้าง และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบ

กับในช่วงแรกๆที่เอดส์เริ่มมีการระบาดใหม่ๆ ที่ความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์ยังมีไม่มาก ผู้คนจะหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์อย่างมาก ต่อมาวงการแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้มีการศึกษาค้นคว้า ทำให้ความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์มีมากขึ้น ตลอดจนมีการเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรังเกียจน้อยลง ดังที่ สตีเฟน และ ลิลเลียน (Stephen , K & Lillian , M 1990 : 187) กล่าวว่า การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่สาธารณชนเพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกสังคมรังเกียจน้อยลง

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยการรับรู้ที่เป็นตรรกะในครั้งนี้อย่างหนึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าปัจจุบันสื่อมวลชนต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนจะช่วยกันพยายามให้ความรู้ เพื่อแก้ไขทัศนคติของสังคมให้มีความเห็นอกเห็นใจ เมตตาสงสารผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และลดความกลัวความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ก็ตาม ยังพบว่าสังคมส่วนหนึ่งมีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่สังคมอีกส่วนหนึ่งยังคงมีความรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อโดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ระทมจากปฏิกิริยาที่สังคมมอบให้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยกันแก้ไขปัญหาลำบากเหล่านี้ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณา คงสุริยนาวัน (2540 : ก) เกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินชีวิตของกลุ่มสมรสที่ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลังจะเลิกลำบากพบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับสามีทราบพบปฏิกิริยาของสามีเป็น 2 แบบคือ **แบบแรก** แสดงความเห็นอกเห็นใจ และอยู่ร่วมชีวิตคู่เหมือนเดิม ยังคงร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน ใช้ช้อนอันเดียวกัน บางครั้งยังใช้แปรงสีฟันร่วมกัน **แบบที่สอง** อยู่ด้วยกันแบบกินແ່ງແຂງใจ ระหองระแหง ขาดความร่วมมือช่วยเหลือ ขาดการติดต่อ และหนีหน้าหายไป บางรายมีการแยกสิ่งของเครื่องใช้ แสดงความรังเกียจ ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนไป เพราะกลัวติดโรค

เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตรรกะปราชญ์ด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เป็นตรรกะปราชญ์จากชุมชนมีคะแนนสูงสุด ($M = 1.92$ $SD = 0.51$) รองลงมาคือจากครอบครัว ($M = 1.56$ $SD = 0.51$) และคะแนนการรับรู้ที่เป็นตรรกะปราชญ์จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอยู่ในอันดับน้อยสุด ($M = 1.36$ $SD = 0.47$) ซึ่งทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ที่เป็นตรรกะปราชญ์จากชุมชน ซึ่งพบว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง ($M = 1.92$ $SD = 0.51$) และมีอันดับสูงสุดและสูงกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า

ปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจ ที่ผู้ป่วยได้รับจากคนรอบข้าง เพื่อนฝูงและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นสมาชิกในสังคมที่มีความใกล้ชิดน้อยกว่าสมาชิกในครอบครัว ความผูกพัน ความเกรงใจ ความห่วงใยและความสงสารที่มีต่อผู้ป่วยจะน้อยกว่าสมาชิกในครอบครัว จึงอาจมีผลทำให้ปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจมีมากกว่าจากครอบครัว นอกจากนี้ชุมชนอาจขาดความรู้และความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ทำให้รังเกียจผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2537 : 35) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิบัติเสาะเข้าร่วมกลุ่มอย่างไม่มีเชื้อไข โดยไม่ยอมให้ร่วมวงเหล้าด้วย เพื่อนฝูงตีตัวออกห่าง นอกจากนี้ พิภูส นันทชัยพันธ์ (2539 : 120) พบว่าผู้ป่วยได้รับการรังเกียจจากชุมชนด้วยแวตาท่าที่ แม้เขาเหล่านั้นจะไม่พูดก็ตาม ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าเขารังเกียจดูหมิ่นเหยียดหยาม ไม่ยอมเข้าใกล้ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไปจับต้องอะไรจะไม่ยอมเข้าใกล้สิ่งนั้น ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยง ไม่พบปะกับผู้คนในสังคม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ ลาเยียร์ และ กีน (Laryea & Gien 1993 : 253) พบว่าภายหลังจากที่ตัดสินใจบอกสภาพการติดเชื้อให้กับเพื่อนทราบ ผู้ป่วยได้รับปฏิกิริยาในแง่ลบจากเพื่อน เช่น เพื่อนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยไปที่บ้าน และต้องการอยู่ห่างจากผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยเปิดเผยกับผู้ร่วมงานและนายจ้าง ปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยได้รับคือให้ออกจากงาน ถูกเปลี่ยนหน้าที่ใหม่ที่ไม่ต้องไปพบปะกับผู้คน และจากการศึกษาของเฮิร์กและกลันท์ (Herk & Glunt 1988 : 886) พบว่าผู้ป่วยถูกปฏิบัติเสาะจากร้านขายอาหารไม่ยอมจำหน่ายให้ บางรายร้านตัดผมไม่ยอมให้บริการ และบางรายยังถูกเผาบ้านเพื่อไล่ให้ไปอยู่ที่อื่น เหล่านี้คือปฏิกิริยาที่สนับสนุนว่า ผู้ป่วยได้รับการรังเกียจจากสังคม ซึ่งเกิดจากอคติ และการขาดความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับโรคเอดส์ และเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีคนในชุมชนและเพื่อนน้อย

การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากครอบครัว ในการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนมาเป็นอันดับสอง ($M = 1.56$ $SD = 0.51$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ รับรู้ว่าคุณสมบัติพ่อแม่ญาติพี่น้อง แสดงปฏิกิริยารังเกียจดูหมิ่นเหยียดหยาม และเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยอยู่ ซึ่งตามความคาดหวังของผู้วิจัยแล้วบุคคลในครอบครัวควรให้ความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ดีพอ รวมทั้งการขาดความสงสารและความเอื้ออาทรผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ (2534 : 23) พบว่าผู้ป่วยได้รับการรังเกียจจากพ่อแม่ ต้องการให้ไปอยู่ที่อื่น และห้ามไม่ให้รับประทานอาหารร่วมกับญาติพี่น้อง บังคับให้บวชตลอดชีวิต และไม่ยอมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ แม้ผู้ป่วยจะให้ความพยายามในการอธิบายแล้วก็ตาม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2537 : 10) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าเธอติดเชื้อเอดส์ ระหว่างที่เจ็บป่วย เธอได้รับการรังเกียจจากพี่สามี ถูกจับแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ให้กินอาหารสำหรับเดียวกัน ลูกสาวถูกห้ามไม่ให้เข้าใกล้แม่ และในที่สุดเธอก็ถูกปล่อยให้เสียชีวิตตามลำพัง และการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุกข์ (2537 : 109) พบว่าหลังจากที่สามีทราบว่าภรรยาติดเชื้อเอดส์ เขาทอดทิ้งเธอไว้ที่โรงพยาบาล ไม่มาเยี่ยมเธออีกเลย และได้รับการรังเกียจจากญาติพี่น้อง ในที่สุดเธอก็หนีออกจากบ้านไป และจากการศึกษาของ วรณา คงสุริยะนาวัน (2540 : 89) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้สามีทราบ สามีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยๆ มีการแยกสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ กลัวและไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับภรรยา บางรายหนีหายไปจากชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัยเหล่านี้สนับสนุนว่า คู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้องยังขาดความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ความกลัวว่าภัยจะมาถึงตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง

การรับรู้ที่เป็นตราบาปจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีคะแนนในระดับค่อนข้างน้อย ($M = 1.36$ $SD = 0.47$) และถือว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพนั้นมีความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์มากกว่าสมาชิกในครอบครัวและชุมชน แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าส่วนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ยังคงมีความรังเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เนื่องจากทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ในทางลบ ประกอบกับความเกรงกลัวว่าตนเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น วัณโรคและอื่นๆ ทำให้ลำบาก จึงยังคงมีที่ท่าและปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจผู้ป่วยเอดส์อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปี่ยมปิติ ขำสาร (2534 : 59) เกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลจำนวน 561 คน โดยใช้แบบวัดการตีตราผู้ป่วยโรคเอดส์ใน 3 ประเด็นคือ 1) การประเมินความมีอคติ (Prejudice Evaluation Scale) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีอคติอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 49.0 ระดับสูงร้อยละ 41.7 และระดับต่ำร้อยละ 9.3 2) การวัดด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Scale) พบว่าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 58.1 ระดับสูงร้อยละ 31.7 และระดับต่ำร้อยละ 10.2 เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 46.2 เห็นด้วยมากและเต็มใจสนทนากับผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง 3) การวัดในเรื่องการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Interpersonal Evaluation Scale) โดยแบ่งผู้ติดเชื้อเอดส์เป็น 6 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อเอดส์ แม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์จากสามี หญิงให้บริการที่ติดเชื้อเอดส์ ชายหรือหญิงรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์ ชายที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการ และผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่า

พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในทางบวกต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งแม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์จากสามี ในขณะที่มีทัศนคติในทางลบต่อ กลุ่มหญิงบริการที่ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มรกร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มชายที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการ และกลุ่มที่ติดเชื้อเอดส์จากการฉีดยาเสพติด แสดงว่าพยาบาลเหล่านี้ไม่ได้ประเมินผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ด้วยความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่นำมาเชื่อมโยงกับการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับการประเมินคุณค่าในทางลบ ที่ถือว่าเป็นการตีตราต่อผู้ป่วยเอดส์

และผลการวิจัยในต่างประเทศของ เจฟเฟอรี และคณะ (Jeffery et al , 1987 : 789) ที่ศึกษาทัศนคติของแพทย์ต่อผู้ป่วยเอดส์กับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากแพทย์ประจำบ้าน จากเมืองใหญ่ๆใน 3 รัฐของอเมริกา โดยใช้มาตรการวัดการตีตราผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 1) สเกลการประเมินความมีอคติ (Prejudice Evaluation Scale) ผลการศึกษาพบว่าแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ในขณะที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยลิวคีเมียมากกว่า 2) สเกลวัดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Scale) พบว่าผู้ป่วยโรคลิวคีเมียได้รับการยอมรับ ในเรื่องความเต็มใจในการไปร่วมรับประทานอาหารและร่วมงานสังสรรค์ด้วย 3) สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (Interpersonal Evaluation Scale) พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการยอมรับน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยลิวคีเมีย

ทัศนคติในเชิงลบของแพทย์และพยาบาลนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยบางรายอาจถูกปฏิเสธไม่รับไว้ในโรงพยาบาล เพราะการติดเชื้อเอชไอวี หรือบางรายอาจถูกทอดทิ้งขาดการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2536 : 91) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แก๊สกิน และ บราวน์ (Gasgin & Brown 1992 : 118) ที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีประสบการณ์ได้รับการรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบุคลากรทางการแพทย์ ละเลย ไม่เอาใจใส่ กลัวการติดเชื้อ และขาดความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย

การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.50$ $SD = 0.33$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อย เพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 40.9 อยู่ในระยะการดำเนินโรคที่ยังไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV) และไม่เคยเข้านอนโรง

พยาบาลเฉลี่ยถึงร้อยละ 48.5 จึงมีผลให้สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีรายงานถึงความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่โดยตรง อย่างไรก็ตามพบรายงานการวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันของ ลูเบ็คและไฟร์ (Lubeck & Fires, 1992 : 359) ถึงความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นมีคุณภาพชีวิตลดลง ในด้านการทำหน้าที่ บทบาททางสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน ด้านพลังงาน การรับรู้สุขภาพ และพบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของเบอร์เกอร์สและคณะ (Burgess et al 1993 : 1101) ถึงความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด และพบความแตกต่างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ติดเชื้อที่มีอาการกับผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงอาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อยในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับค่อนข้างดี

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่าง สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับค่อนข้างดี อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาที่รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3 ปี ถึงร้อยละ 10.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการปรับตัวมาแล้วระยะหนึ่ง จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จารุวรรณ กฤตย์ประชา (2538 : 53) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าภายหลังรับทราบการวินิจฉัยโรค ในเดือนแรกกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวค่อนข้างต่ำ และพบว่าคะแนนเดือนที่ 2 ดีกว่าเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ดีกว่าเดือนที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยค่อยๆเรียนรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับความจริงได้มากขึ้น มีผลทำให้การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับค่อนข้างดี อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับบุคคลใกล้ชิด คือ คู่สมรส พ่อแม่และญาติพี่น้อง ซึ่งบุคคลเหล่านี้สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยายเป็นส่วน

ใหญ่ถึงร้อยละ 61.3 ซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส บุตร พ่อแม่ และญาติพี่น้อง ซึ่งมีความใกล้ชิดความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงน่าจะมีผลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปรับตัวด้านไม่เกิดความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่สูงสุด ($M = 2.86$ $SD = 0.68$) รองลงมาคือการปรับตัวทางด้านการดำรงบทบาทใหม่ ($M = 2.55$ $SD = 0.39$) และน้อยที่สุดคือการปรับตัวที่จะไม่เกิดความขัดแย้งของบทบาทหน้าที่ ($M = 2.25$ $SD = 0.53$) การที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปรับตัวที่จะไม่เกิดความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ (Role Failure) มากที่สุด และอยู่ในระดับค่อนข้างดีนั้น อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพค่อนข้างดี จึงยังคงทำงานในหน้าที่เดิมได้และยังสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ตลอดจนสามารถทำหน้าที่ในบทบาทของคู่สมรสได้ค่อนข้างดี

ในส่วนการปรับตัวด้านการดำรงบทบาทใหม่ (Effective Role Transition) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.55$ $SD = 0.39$) ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวทางด้านบทบาทผู้ป่วย (Sick Role) ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.58$ $SD = 0.37$) แสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการปรับบทบาทใหม่คือ บทบาทการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกายและการทำสมาธิ รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนรู้จักป้องกันการติดเชื้อไปยังผู้อื่นและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการทำลายสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด ประกอบกับภาระกิจที่จะต้องทำ เช่น ภาระการดูแลบุตร สามี บิดามารดา หรือบางรายเป็นห่วงภาพลักษณ์ที่ไม่สวยงามไม่ต้องการให้ร่างกายมีสภาพที่น่ารังเกียจ เหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังที่ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2538 : 21) กล่าวว่า ความหวังเป็นแหล่งพลังงานที่สร้างสรรค์ ทำให้มนุษย์สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ความหวังทำให้เกิดการค้นคว้าหาหนทางไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะมีกิจกรรมต่างๆ ในทางสร้างสรรค์ พร้อมทั้งจะรับคำแนะนำและความรู้จากแพทย์พยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญทิศา โพธิ์เจริญ (2539 : 101) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอยู่ในระดับสูง ด้วยความหวังให้มีสุขภาพดี เพราะกลัวว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีลักษณะที่น่ารังเกียจ นอกจากนี้ยังพบว่าภาระรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

หวังในชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ เช่นขณะตั้งครรภ์มารดาจะพยายามดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเพราะเกรงว่าบุตรในครรภ์จะติดเชื้อด้วย

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีคะแนนการปรับตัวในด้านการดำรงบทบาทผู้ป่วย อยู่ในระดับค่อนข้างดีนั้น อาจด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ไม่มีอาการ จึงยังคงมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด และให้ความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองได้ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญทิศา โพธิเจริญ (2539 : 109) ที่พบว่าภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีสุขภาพแข็งแรงทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกที่มั่นคงมากขึ้น ไม่มีอาการซึมเศร้า มีกำลังใจและความหวังที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะมีกิจกรรมต่างๆในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

นอกจากนี้ การปรับตัวทางด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.32$ $SD = 0.64$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง หรือฝืนใจกระทำโดยที่ไม่อาจปฏิเสธการกระทำนั้นๆได้ เช่นบทบาทการรับประทานยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้มีอาการข้างเคียงมากมาย เช่น คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ผิวดำเป็นต้น แต่ผู้ป่วยก็ไม่อาจปฏิเสธการรับประทานยาได้ ทั้งๆที่ใจไม่ยอมรับประทาน หรือการสร้างแสดงพฤติกรรมที่ร้ายแรงไม่อดกลั้นเมื่อมีการพูดถึงโรคเอดส์ ทั้งๆที่ใจเป็นทุกข์มากเป็นต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังยอมรับสภาพการติดเชื้อได้ไม่มากนัก

การปรับตัวทางด้านการขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25$ $SD = 0.53$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่เกิดปัญหาการปรับตัวด้านความขัดแย้งในตัวบุคคล (Intrarole Conflict) ที่เกิดจากความคาดหวังในบทบาทของบุคคลอื่นๆ ในสิ่งแวดล้อมของผู้แสดงบทบาทมีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าควรทำงานต่อไปดี หรือควรหยุดงานเพื่อพักผ่อนเมื่อรู้สึกไม่สบาย ซึ่งพบว่าเป็นความจริงมากที่สุดถึงร้อยละ 42.2 และในขณะเดียวกันพบความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Interrole Conflict) ที่เกิดจากผู้ป่วยรับบทบาทใหม่เข้ามา ทำให้การแสดงบทบาทหนึ่งมีผลกระทบต่ออีกบทบาทหนึ่ง ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการขัดแย้งในตัวเอง การวิจัยในครั้งนี้พบว่าภายหลังติดเชื้อผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือผู้สมรสได้น้อยลงพบถึงร้อยละ 47.4

หากพิจารณาตามบทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาใน บทบาทการเป็นผู้ป่วย บทบาทคู่สมรส และบทบาทการทำงานพบว่า คะแนนการปรับตัวทางด้านบทบาทผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมาเป็นอันดับหนึ่ง ($M = 2.58$ $SD = 0.37$) บทบาทการทำงานมาเป็นอันดับสอง ($M = 2.49$ $SD = 0.59$) และสุดท้ายคือ บทบาทคู่สมรส ($M = 2.35$ $SD = 0.53$)

การปรับตัวด้านบทบาทการทำงาน การศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.49$ $SD = 0.53$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วย แม้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นกลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการก็ตาม หากพิจารณาตามรายชื่อคำถามในการประเมินการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่พบว่า ภายหลังจากติดเชื้อเอชไอวี มีผลทำให้รายได้ไม่พอเลี้ยงครอบครัวเพราะทำงานได้น้อยลงมากที่สุดถึงร้อยละ 56.1 และจากภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ไม่แน่ใจว่าควรจะทำต่อไปดีหรือควรหยุดพักก่อนเพราะสุขภาพไม่ดี พบถึงร้อยละ 42.2 เหล่านี้เป็นข้อมูลสนับสนุนว่าเมื่อผู้ป่วยต้องมาเผชิญกับการติดเชื้อเอชไอวี มีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง ซึ่งอธิบายได้ว่าภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแม้ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงจะน้อยแต่อาจมีผลทำให้เกิดเป็นความเครียดที่ต้องดูแลสุขภาพตนเอง อาจทำให้บทบาทการทำงานที่มีอยู่เดิมนั้นต้องลดลง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ที่ต้องดูแลสุขภาพตนเองตลอดเวลามากที่สุดร้อยละ 40.1 ในขณะเดียวกันเมื่อเข้าสู่ระยะที่มีอาการหรือเอดส์เต็มขั้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลีย ความสามารถและสติปัญญาตลอดจนสมรรถภาพในการทำงานลดลง เกิดความพร่องในด้านการคิด การรับรู้ และการตัดสินใจต่างๆ จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าภายหลังติดเชื้อผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำงานลดลงมากที่สุดถึงร้อยละ 31.6 รวมทั้งโรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบทบาทการทำงานของผู้ป่วย

การปรับตัวด้านบทบาทคู่สมรส การศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.35$ $SD = 0.53$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังติดเชื้อผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องบทบาทของคู่สมรส มีความไม่เข้าใจกันในเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส การตัดสินใจในการมีบุตรร่วมกัน มีอารมณ์หงุดหงิดจิตใจกันเพราะปัญหาสุขภาพ การช่วยเหลือดูแลคู่สมรสและแก้ปัญหาให้กับครอบครัวลดลง สิ่งเหล่านี้อาจเป็นเพราะปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย และสมรรถภาพของคู่สมรสที่มีอยู่เดิมว่ารักใคร่กลมเกลียวและเข้าใจกันมากน้อยเพียงใด และนอกจากนี้อาจเกิดจากคู่สมรสยังขาดความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ ทำให้เกิดปัญหาทาง

เพศสัมพันธ์ และการตัดสินใจในการมีบุตรร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธีรา สุนทรฤณ (2536 : 15) พบว่าการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพของกลุ่มสมรสและสมาชิกอื่นในครอบครัว นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในบ้านหรือในครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรัก ความอบอุ่น ที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี

แบบจำลองเชิงสาเหตุของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเชิงทฤษฎีที่สร้างขึ้นกับข้อมูลการวิจัยที่ได้รวบรวมมา ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อและตีความหมายของค่าสถิติต่างๆ เพื่อตรวจสอบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมีความสัมพันธ์ถูกต้องหรือไม่ พบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นแรกไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงพิจารณาทบทวนรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยใช้เหตุและผลทางทฤษฎี และได้วิเคราะห์จนได้รูปแบบที่ประหยัดและดีที่สุด ที่เป็นรูปแบบเชิงสาเหตุของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งอธิบายถึงอิทธิพลของสิ่งเร้า ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการและการแสดงของโรค ระดับการศึกษา เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ คือ การรับรู้ที่เป็นตรรกะซึ่งปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การศึกษามีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.11$ $p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง จะสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้น เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยระดับการศึกษาต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่โดยตรง อย่างไรก็ตามพบการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียง เช่น การศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 8) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในชุมชน และ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536 : 76) พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง ($r = - 0.28$ $p < .001$) แสดงว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดี ซึ่งการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเทียบได้กับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยนั่นเอง การศึกษาคงจะมีผลในการเพิ่มประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่นั้น เพราะการศึกษาทำให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ดี สามารถเรียนรู้

เรื่องโรคแผนการรักษาและคำแนะนำต่างๆ และนำมาปฏิบัติ เพื่อปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ป่วยและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jalowice & Power, 1981 : 10-15) นอกจากนี้ มูเลนแคมป์ และ เซย์เลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986 : 336) พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ผลการพิสูจน์อิทธิพลทางตรงของปัจจัยระดับการศึกษาต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นการสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว ซึ่งจะต้องมีปฏิริยาสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาความสมดุลย์ของชีวิต โดยสิ่งแวดล้อมนั้นถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่เปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว ซึ่งระดับการศึกษาถือเป็นสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว

อย่างไรก็ตามพบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ผ่านบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งและการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.05$ $p > .05$)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเส้นทางพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.09$ $p > .05$) ซึ่งอาจเนื่องจากว่า การพัฒนาบุคคลิกภาพนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีปัจจัยมากมายที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยธรรมชาติแล้วบุคคลจะมีการพัฒนาบุคคลิกภาพตั้งแต่เกิดมาโดยมีการเรียนรู้และเลียนแบบจากผู้เป็นมารดา พี่เลี้ยงและบุคคลใกล้ชิด จากนั้นจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาและดำเนินไปตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งการพัฒนานั้นเกิดมาจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ตามกระบวนการศึกษาที่ถูกต้อง หรือเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมหรือการทำงาน ตามที่แคทเทลล์ (Catetel, 1965 cited in Hjiil & Ziegler, 1992) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่เชื่อว่า บุคคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยลักษณะนิสัยสามัญ (Common Traits) ซึ่งพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีประสบการณ์ในสังคมเดียวกันและลักษณะนิสัยเฉพาะ (Unique Traits) ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยเฉพาะบุคคลที่ไม่พบในบุคคลอื่นนอกจากนี้เขายังพบว่า บุคคลได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว โรงเรียน อาชีพ กลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิก ศาสนา พรรคการเมือง

เมือง และเชื้อชาติ ถึง 2 ใน 3 ส่วนและจากพันธุกรรม 1 ใน 3 ส่วน นอกจากนี้ ครัส และคัลลาส (Druss and Douglas 1988 cited in Lindsey and Hills 1992 : 45) กล่าวว่าบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นพัฒนามาจากประสบการณ์ 2 ประการ คือ **ประการแรก** บุคคลนั้นมีแม่แบบที่ดีที่แสดงถึงการเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะ ที่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความมุ่งมั่นที่กระทำในสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้และรู้จักมองเหตุการณ์ที่คุกคามให้เป็นสิ่งท้าทาย **ประการที่สอง** พัฒนามาจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา ในการเอาชนะเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด นอกจากนี้ โคบาซา แมคคี้ และพูเซติ (Kobasa ; Maddi and Pucetti , 1982 : 392) กล่าวว่า บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาความรู้สึกมุ่งมั่นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก และเรียนรู้พัฒนาความรู้สึกที่ควบคุมตนเองจากประสบการณ์ทั่วไป ส่วนการเรียนรู้พัฒนาความรู้สึกที่ท้าทายนั้นเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็กและจากประสบการณ์ต่างๆของชีวิต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประสบการณ์นับตั้งแต่วัยเด็กจนจนวัยผู้ใหญ่มีปัจจัยต่างมากมายที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเป็นบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งมีความจำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อไป

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.08$ $p > .05$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้างนี้มีระดับการรับรู้และสติปัญญาในการแปลความจากปฏิกิริยาทางสังคมอยู่ในระดับปกติ ไม่มีใครในกลุ่มที่มีการรับรู้ผิดไปจากปกติ ในขณะที่เดียวกันอาจอธิบายได้ว่า ตราบาปที่สังคมมอบให้กับผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับทัศนคติของสังคม ที่เชื่อว่าบุคคลที่เป็นเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม เช่น บุคคลที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ รักร่วมเพศ โสเภณี และติดยาเสพติดเป็นต้น ประกอบกับโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง และไม่มีทางรักษาให้หาย นอกจากนี้ภาพของผู้เป็นโรคเอดส์ยังมีความสัมพันธ์กับความไม่สวยงามและสกปรก สิ่งเหล่านี้ทำให้สังคมรังเกียจและมีปฏิกิริยาในทางลบกับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย

เพศมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.18$ $p < .05$) โดยที่เพศหญิงปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า สังคมไทยสอนให้ผู้หญิงมีความอดทน การแต่งงานของผู้หญิงมีความสำคัญต่อชีวิตและสถานภาพของตน หญิงที่หย่าร้างจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ชีวิตของผู้หญิงจึงถูกพันนาการด้วยการแต่งงานกับครอบครัวอย่างเหนียวแน่น แม้การที่ตนเองต้องกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และต้องทำหน้าที่ดูแลสามี และลูกที่เป็นเอดส์ด้วยในขณะเดียวกัน ผู้หญิงมักจะไม่ทอดทิ้งคนในครอบครัว ยังคงดำรงบทบาทหน้าที่ภรรยา และมารดาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพร ใจแก้ว (Sutheeporn , 1997 : 128) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย

ด้วยเหตุผลว่าผู้หญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนหวานและอดทน มีความรักและห่วงใยต่อครอบครัว แม้เมื่อตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงส่วนใหญ่ จะพยายามดูแลตนเองด้วยการพยายามหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทาน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำสมาธิและอื่นๆ ด้วยเพราะเกรงว่าหากตนเองเจ็บป่วย จะไม่สามารถดูแลลูกและทำหน้าที่ภรรยาที่ดีได้ ซึ่งต่างจากผู้ป่วยชายที่เมื่อติดเชื้อแล้ว มักจะมีพฤติกรรมที่มีผลทำลายสุขภาพ เช่นการใช้ยาเสพติด ดื่มเหล้าสูบบุหรี่ และเที่ยวโสเภณีเพื่อเป็นการระบายความทุกข์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศหญิงมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่ว่า สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ในที่นี้คือ เพศ มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

อย่างไรก็ตามพบว่าเพศไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.04$ $p > .05$)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเส้นทางพบว่า เพศมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.26$ $p < .05$) โดยที่เพศหญิงเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศรักสวยรักงาม จี๋อายและไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยเอดส์หญิงจะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดี จะทนไม่ได้กับการมีตุ่มผื่นขึ้นตามผิวหนัง ผู้ป่วยพยายามปกปิดและซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่น เกรงว่าสังคมจะดูถูกดูแคลิน สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 142) พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อหญิง 2 รายที่มีอาการเกิดก่อนสามีและรุนแรงมากกว่าสามี ในขณะที่สามีของผู้ป่วยทั้งสองต่างก็มีสุขภาพแข็งแรง แม้จะอยู่ห่างไกลคนละอำเภอ แต่ผู้ป่วยทั้งสองรายมีวิธีการคิดที่ตรงกันกล่าวคือ ต่างไม่ยอมออกนอกบ้านเพราะรู้สึกอับอายเพื่อนบ้านที่ตนมีอาการก่อนสามี โดยทั้งคู่ให้เหตุผลว่า ชาวบ้านมักเชื่อกันว่าอาการเอดส์จะรุนแรงและเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อก่อน ซึ่งน่าจะเป็นสามี ดังนั้นถ้าหญิงใดมีอาการก่อนสามี ก็มักเป็นที่สงสัยกันว่าเป็นผู้ติดเชื้อก่อน และเขาจะมาติดสามี ซึ่งจะถูกลองว่าสาธอนทางเพศไปด้วย ทำให้เธอทั้งสองไม่ยอมไปพบปะผู้คน ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้จึงสนับสนุนว่าเพศหญิงจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน้อยกว่าเพศชาย

เพศไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.07$ $p > .05$) คือเพศหญิงและเพศชายรับรู้ที่เป็นตราบาปไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับรู้

ปฏิกิริยาแสดงการรังเกียจไม่แตกต่างกัน ในขณะที่บางคนอาจอธิบายได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ แม้ผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อเอดส์จะถูกสังคมมองและขูขบขันกันว่า เป็นหญิงขายบริการหรือสำล่อนทางเพศก็ตาม ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยเพศชายที่ติดเชื้อเอดส์จะถูกสังคมมองว่าเป็นคนสำล่อนทางเพศ มีพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม หรือเป็นบุคคลที่ฉ้อฉลได้เช่นกัน และเนื่องจากสังคมมีทัศนคติในทางลบต่อโรคเอดส์ ก็มองว่าเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ทุกคนมีความหวาดกลัวไม่อยากสัมผัสเพราะเกรงอันตรายจะมาถึงตนเอง ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นเพศหญิงหรือชาย จึงรับรู้ว่าเป็นตราบาปไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้พบว่าเพศมีอิทธิพลต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.22$ $p > .05$) โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิงมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แฮนนาร์ และ มอร์ริสซี (Hannah & Morrissey, 1987 : 343) ที่พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงระดับมัธยมปลายของแคนาดามีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศชาย แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ ศรีนยา เบญจกุล (2538 : 69) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตเพศชายมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ ขญานิส ลีอวานิช (2540 : 82) พบว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพศหญิงและเพศชายมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผลงานวิจัยที่ผ่านมาในเรื่องปัจจัยทางเพศกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การที่หญิงมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าชายอาจอธิบายได้ว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ศึกษาในครั้งนี้มีอาการน้อยกว่าเพศชาย ($t = 3.47$ $p < 0.001$) จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยหญิงพร้อมที่จะมีกิจกรรมต่างๆ ในทางสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมสุขภาพ และรู้จักมองเหตุการณ์ที่คุกคามให้เป็นสิ่งที่ท้าทายและเอาชนะความเครียดที่กำลังเผชิญได้

การที่ฐานะทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.15$ $p < .05$) แสดงว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้นด้วย เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงินและความเป็นอยู่ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่นมีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย

และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวในระหว่างเจ็บป่วยเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี โดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาทางเศรษฐกิจ มีการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตาม ย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการรักษาที่เรื้อรังและต่อเนื่องผู้ป่วยต้องมารับการรักษาเป็นระยะๆ และยาที่ใช้มีราคาแพง ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันภาวะเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้ เกิดเป็นหนี้สินไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิพร ใจแก้ว (Sutheeporn , 2540 : 128) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิภูม นันทชัยพันธ์ (2539 : 130) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมค่อนข้างต่ำ ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องตกงาน และไม่สามารถทำงานได้อีก ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของชีวิต หลายรายใช้วิธีการกู้ยืมเงินจากแหล่งต่างๆ บางรายต้องขายทรัพย์สิน งานอบบ้านและที่ดิน ทำให้หนี้สินท่วมตัว เหล่านี้คือเหตุผล ที่สนับสนุนว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์ที่กล่าวว่า สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ในที่นี้คือ ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปรับตัวของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = 0.06$ $p < .05$) และมีอิทธิพลโดยรวมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.21$ $p < .05$)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเส้นทางพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.18$ $p < .05$) แต่มีทิศทางในทางตรงกันข้ามกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือยิ่งผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดียิ่งเพิ่มการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เหตุผลอาจอธิบายได้ว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นการเปิดเผยกับ กลุ่มคู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ซึ่งผู้ป่วยได้พิจารณาแล้วว่าเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ว่าจะไม่นำเรื่องราวของตนไปเปิดเผยต่อไป และเป็นผู้ที่ผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถเข้าใจเขาและให้

ความช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาวิจัยของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 120) พบว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มักเป็นผู้ที่มีการศึกษามีหน้ามีตาในสังคม มักจะไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ แต่อาจเลือกเปิดเผยกับเจ้าหน้าที่บางคน มักรับรู้ว่าคุณเองมีทางเลือกมากกว่า และมักใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ในขณะที่เดียวกันมักไม่เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ติดเชื้ออื่นๆ ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะยากจนจำเป็นต้องขวนขวายหาทางเลือก ต้องแสวงหาความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเองในที่สุด

สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจที่พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.10$ $p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ นิโคลัส (Nicholas 1993 : 1089) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจยิ่งสูงบุคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งต่ำ และการวิจัยในครั้งนี้พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น อาจอธิบายได้ว่าการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย คือไม่ใช่ปัจจัยทางด้านร่างกายอย่างเดียวหรือจิตใจอย่างเดียว แต่เป็นทั้งสองอย่างและยังมีสภาพแวดล้อมอื่นๆเข้ามาเป็นปัจจัยร่วม ซึ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจอย่างเดียวอาจจะไม่มีอิทธิพลเพียงพอต่อการมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการการศึกษาต่อไป

ฐานะทางเศรษฐกิจพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.07$ $p > .05$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ด้วยเหตุผลว่า ตราบาปที่สังคมมอบให้กับผู้ป่วยนั้นเกิดจากทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ ไม่ได้อยู่ที่ปัจจัยส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วย เนื่องจากสังคมยังคงมีทัศนคติในเชิงลบต่อโรคเอดส์อยู่ เพราะเป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงและยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ตลอดจนโรคเอดส์ยังไปมีส่วนสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม เช่นพฤติกรรมส่าส่อนทางเพศ ดิฉยาเสพติด และขายบริการเป็นต้น เมื่อเจ็บป่วยถึงระยะที่เป็นเอดส์เต็มขั้น มีผลทำให้ร่างกายมีแผลพุพองและเลือดน้ำเหลืองทำให้ดูไม่สวยงาม เหล่านี้มีผลทำให้สังคมรังเกียจ ดูหมิ่นเหยียดหยาม และปฏิบัติแบ่งแยก ดังนั้น เมื่อผู้ใดก็ตามต้องกลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ ไม่ว่าจะยากจนหรือร่ำรวยก็ตามย่อมเกิดการรับรู้ที่เป็นตราบาปไม่แตกต่างกัน

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.08$ $p > .05$) ซึ่งอธิบายได้ด้วยเหตุผลว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อย ($M = 0.72$ $SD = 0.40$) ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระยะการดำเนินโรค

ที่ยังไม่แสดงอาการ ร้อยละ 40.9 จึงยังคงมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงอยู่ สามารถดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยได้ดี รวมทั้งความสามารถในการแสดงบทบาทต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยทางด้านการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.50$ $SD = 0.33$) ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างกันในอิทธิพลของระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคมีอิทธิพลทางอ้อม ต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ การรับรู้ที่เป็นตรรกาป ($\beta = -0.17$ $p < .05$) และพบว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคมีอิทธิพลโดยรวมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.25$ $p < .05$)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเส้นทางโดยเริ่มจาก ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไปยังการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.06$ $P > .05$) แสดงว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ซึ่งอาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่ในกลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการเป็นส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยไม่บอกใครหรือไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับใครก็ไม่มีใครทราบ แต่ถ้าระยะของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงที่มีอาการ หรืออยู่ในระยะที่เป็นเอดส์เต็มขั้น แม้ไม่คิดจะบอกใครแต่ทุกคนทราบจากอาการที่ปรากฏทางด้านร่างกาย ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไปในตัว

ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกาป ($\beta = 0.51$ $p < .05$) แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคที่สูงขึ้น มีอิทธิพลทำให้มีการรับรู้ที่เป็นตรรกาปสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโจนส์ และ คณะ (Jones et al 1984) ที่กล่าวว่า ลักษณะความสวยงามมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกาป ในขณะที่ภาพพจน์ของผู้ป่วยเอดส์ ที่มีร่างกายซูบผอม ผิวหนังมีตุ่มพุพอง มีเลือดน้ำเหลืองติดอยู่ เป็นมะเร็งหลอดเลือด ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยไปสัมพันธ์กับความสกปรกน่าเกลียด (พิมพวลย์ บุญมงคล 2536 : 16) สังคมจึงปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความรังเกียจชิงชัง ประณาม ขาดความเห็นอกเห็นใจอย่างสิ้นเชิง แม้ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการก็ตามผู้ป่วยจะได้รับการถูกตีตราจากสังคม เพื่อนฝูงไม่ต้องการคบหา เนื่องจากโรคเอดส์ไปสัมพันธ์กับความเสื่อมเสียของบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือละเมิดบรรทัดฐานตามค่านิยมของสังคม (Goffman 1963 : 14) เช่น มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ รักร่วมเพศ ขายบริการทางเพศ และติดยาเสพติด

เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันโรคเอดส์ยังเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ทุกคนหวาดกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้และแสดงความรังเกียจ จึงสนับสนุนว่าระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคยิ่งมากเท่าไร จะเพิ่มการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากเท่านั้น

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.06$ $p > .05$) ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพสิน (2539 : 133) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับคู่สมรส ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้กำลังใจ การแสดงความมุ่งมั่นให้เห็นว่าไม่ทอดทิ้ง ดูแลเอาใจใส่พาไปหาแพทย์ ทำงานหาเลี้ยงแทน หาข่าวสารข้อมูล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ก็ตาม แต่ทิศทางความสัมพันธ์เป็นบวกซึ่งตรงกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งต้องการการศึกษาต่อไป

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.09$ $p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2537 : 10) ที่พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าเธอเป็นโรคเอดส์ ระหว่างเจ็บป่วยเธอได้รับการรังเกียจจาก พี่สาวอย่างมาก ถูกจับแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ให้กินอาหารร่วมสำรับเดียวกัน ลูกสาวถูกห้ามไม่ให้เข้าใกล้แม่ และในที่สุดเธอก็ถูกปล่อยให้เสียชีวิตตามลำพัง และจากการศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณดี (2534 : 30) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยบอกผลการติดเชื้อให้ครอบครัวทราบ เขาถูกแม่ไล่ออกจากบ้าน และปลุกบ้านให้อยู่คนเดียว ซื้อเตาซื้อหม้อไว้ให้ทำอาหารรับประทานคนเดียว และสั่งห้ามไม่ให้ไปรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เพราะกลัวไปแพร่เชื้อ และจากการศึกษาของ ลาเยียร์และกิน (Laryea & Gien, 1993 : 251) ที่ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและอีกครึ่งหนึ่งถูกสมาชิกในครอบครัวรังเกียจโดยแสดงความเย็นชา หมางเมินไม่ใยดีและต้องการให้ผู้ป่วยออกจากบ้าน ผู้ป่วยต้องเสียภรรยาและลูกไป ญาติพี่น้องปฏิเสธไม่ให้เขาคืนน้ำในบ้าน ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพสิน (2539 : 135) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับคู่สมรสทราบ ผู้ป่วยได้รับความเห็นอกเห็นใจ คอยช่วยเหลือดูแลและให้คำแนะนำ หายาสมุนไพร อาหารที่มีประโยชน์มาให้ผู้ป่วยรับประทาน และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรค แสดงให้เห็นว่าภายหลังที่ผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดทราบ ส่วนหนึ่งได้รับความเห็นอกเห็นใจ แต่อีกส่วนหนึ่งจะได้รับปฏิกิริยาการรังเกียจจากสังคม ซึ่งเป็นจุดที่น่าสนใจศึกษาให้ลึกซึ้ง ถึงปัจจัยของความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวแบบใด ที่จะมีส่วนช่วยให้ครอบครัวยอมรับและดูแลผู้ป่วยต่อไป

บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = 0.35$ $p < .05$) นั่นคือบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ยิ่งดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พอลล็อก (Pollock, 1993 : 86) ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และ Multiple Sclerosis พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูง สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตสังคมได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงจะยิ่งปรับตัวทางด้านร่างกายได้ดี ส่วนผู้ป่วย Multiple Sclerosis ที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงจะยิ่งปรับตัวทางด้านจิตสังคมได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนยา เบญจกุล (2538 : 79) พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงภายหลังปลูกถ่ายไตที่มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน สามารถปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา คงชุม (2539 : 50) พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งสูง สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งต่ำ สำหรับผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยยังมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงยิ่งปรับตัวได้ดีนั้น อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงจะสามารถรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อสุขภาพได้ตรงความจริง สามารถเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมอาการต่างๆ และรับรู้ว่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งท้าทาย และมีความหมายค้ำค่าในการจัดการแก้ไข ยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาในบทบาทหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่ว่า สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ซึ่งในที่นี้ คือบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

สำหรับบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.08$ $p > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รอท และ คณะ (Roth et al, 1989 : 136) พบว่าบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ไม่มีอิทธิพลต่อการลดความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยในกลุ่มนักเรียน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มนักเรียนยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวที่มีสุขภาพดี และจากการศึกษาของ ชมิด และ ลอว์เลอร์ (Schmeid & Lawler, 1986 : 1218) พบว่าผู้ป่วยหญิงที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งไม่มีอิทธิพลต่อการลดความเครียด ในขณะที่ผู้ป่วยชายที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยิ่งสูงยิ่งไปลดความเครียดลง และแตกต่างจากการศึกษาของ ไดออน และ คณะ (Dione, et al, 1992 : 517) ที่ศึกษาในกลุ่มชาวจีนในโตรอนโตประเทศแคนาดา พบว่าชาวจีนที่มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งสูงความเครียดที่เกิดจากการแบ่งแยกเชื้อชาติยิ่งต่ำ

จะเห็นได้ว่าผลงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ในการดูดซับความเครียดนั้น ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามจากการรวบรวมผลงานวิจัย ของ แวกไนค์ และ

ยัง (Wagnild & Young , 1991 : 257) พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังพบข้อจำกัดของบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ในการปลดความเครียด ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป

การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.18$ $p < .05$) แสดงว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปยิ่งสูงประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่จะยิ่งลด อาจเป็นเพราะการรับรู้ที่เป็นตราบาปที่ผู้ป่วยประเมินจากปฏิกิริยาการแสดงออกที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ทั้งในส่วนที่เป็นบทบาทของคู่สมรส บทบาทการทำงาน และบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ขาดความสงสารเอื้ออาทรต่อผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ตามที่ โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills , 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัว โดยไปทำหน้าที่ช่วยลดซับความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สิ้นหวังสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ก่อให้เกิดเป็นความเครียดและมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม เกิดความสับสนในการปรับตัว (Grady , 1989 : 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ช่วยให้การรับรู้ต่อปัญหาหรือการแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยการประเมินซ้ำได้ดีขึ้น ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ และเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว (Berkman & Syme , 1979 : 202) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงส่งผลให้การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539 : 165) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรังเกียจจากผู้คนรอบข้างด้วยคำพูดและท่าที จะไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้มีความเครียดและความวิตกกังวลสูงนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ รู้สึกกดดัน ท้อแท้ มีความคิดและความต้องการฆ่าตัวตายสูง มีความคิดหมกมุ่นทำให้รู้สึกไม่อยากทำงาน ทำงานผิดพลาด ไข้หวัดซึ่งเป็นสิ่งเสียดในการลดความเครียด ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากคู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ด้วยการยอมรับไม่รังเกียจ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพติดเชื้อได้ดี

ความสัมพันธ์ของปัจจัยภายนอก (Exogeneous correlation) พบว่า เพศหญิงมีระดับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย ($r = -0.13$ $p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ค่านิยมทางสังคมที่เป็น

ประเพณีสืบทอดกันมาตั้งแต่เดิม ที่ผู้หญิงถูกคาดหวังให้ทำงานด้านการผลิต ตั้งแต่งงานในไร่นา ทอผ้า จนถึงค้าขายและจัดการเกี่ยวกับเศรษฐกิจในครัวเรือน ในขณะที่พบว่าผู้ชายมีบทบาทในการช่วยสังคม เป็นข้าราชการ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ค่านิยมเหล่านี้สะท้อนอคติทางเพศที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา จนกลายเป็นการยอมรับของสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดของผู้คนในสังคมต่อการให้การศึกษาแก่เพศหญิงและชายแตกต่างกัน ทำให้เพศหญิงมีโอกาสดำเนินการศึกษา น้อยกว่าเพศชาย

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงมีฐานะทางเศรษฐกิจน้อยกว่าเพศชาย ($r = -0.13$ $p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ค่านิยมของคนไทยส่วนใหญ่ ที่เชื่อว่าเพศชายต้องเป็นผู้นำและหารายได้ให้กับครอบครัว จึงอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้ชายได้รับโอกาสศึกษาในระดับสูง จึงมีอาชีพและฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่มั่นคงกว่าเพศหญิง และพบว่าผู้ที่มิฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความสัมพันธ์กับการศึกษาสูง ($r = 0.53$, $p < 0.05$) อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักให้โอกาสและสนับสนุนให้ลูกได้เรียนสูง ขณะที่ครอบครัวที่ยากจน เมื่อจบการศึกษากลับมาบังคับแล้ว จำเป็นต้องออกมาช่วยหาเงินเลี้ยงครอบครัวและน้องๆ ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีระดับการศึกษาที่ดีด้วย

แบบจำลองที่กระจัดกระจายที่สุดที่สร้างขึ้นนี้ สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38 ตามที่ ซาริส (Saris, 1984 : 282) ได้กล่าวว่างานวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์นั้นเครื่องมือในการวัดมักไม่ค่อยเที่ยงตรง ทำให้ตัวแปรที่ศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรภายในได้เพียงเล็กน้อย ถ้าแบบจำลองใดสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรภายในได้ร้อยละ 40 ย่อมถือได้ว่าเป็นแบบจำลองที่ดีและยอมรับได้ หากพิจารณาตามเกณฑ์ของซาริสดังกล่าวแล้วข้างต้น จึงถือได้ว่าเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีและยอมรับได้ ทั้งนี้เนื่องจากแบบจำลองที่สร้างขึ้นผ่านการพิสูจน์แล้วว่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลการวิจัย และด้วยเหตุผลว่าแบบจำลองนี้เป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นครั้งแรก และตัวแปรที่เลือกมาศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญ 10 เส้นทางและไม่มีนัยสำคัญ 10 เส้นทาง หากเส้นทางที่มีนัยสำคัญมากกว่าเส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญน่าจะมีผลให้แบบจำลองที่สร้างขึ้นสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการที่ผลการพิสูจน์ปัจจัยเชิงเหตุไม่มีอิทธิพลต่อผลการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ได้เป็นการสรุปว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพราะเมื่อพิจารณาจากอิทธิพลโดยรวมแล้วพบว่าปัจจัยในแบบจำลองทุกปัจจัยมีอิทธิพลโดยรวมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ดังนั้น การทดสอบสมมติฐานที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญอาจเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

ด้วย ตัวอย่างเช่น ตัวแปรระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่น่าจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ แต่ผลการพิสูจน์พบว่าไม่มีนัยสำคัญต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการเป็นส่วนใหญ่ และยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาหรือมีปัญหในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่น้อย ทำให้ผลการพิสูจน์สมมุติฐานไม่พบนัยสำคัญทางด้านสถิติ หากนำไปพิสูจน์ซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการและอาการแสดงของโรค น่าจะมีผลทำให้ผลการพิสูจน์สมมุติฐานมีความชัดเจนมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการที่แบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนร้อยละ 38 นั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆอีกที่สามารถร่วมอธิบายการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อีกถึงร้อยละ 62 ซึ่งต้องการการศึกษาวิจัยต่อไป

โดยภาพรวม ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงเชิงทฤษฎีของแบบจำลองเชิงสาเหตุที่อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ กล่าวคือ ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงแต่ไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไม่มีอิทธิพลโดยตรงแต่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในขณะที่ เพศ มีอิทธิพลโดยตรงแต่ไม่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจพบว่ามีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนตัวแปรภายในที่เป็นสาเหตุพบว่า การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อไม่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy , 1984) ที่ว่า บุคคลเป็นระบบของการปรับตัวและเป็นระบบเปิด ซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) และผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับตัว (Control Process) และนำออกมาเป็นผลลัพธ์ (Output) ซึ่งสิ่งนำเข้า (Input) ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มี 3 ชนิด คือ 1) สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ได้แก่ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ที่เข้ามากระทบบุคคลโดยตรงทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทันที อย่างไรก็ตามผลการพิสูจน์ในครั้งนี้พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ แต่มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจเป็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการแสดงเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผลการพิสูจน์ไม่พบอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 2) สิ่งเร้าร่วม

(Cotextual Stimuli) ที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลไปลดประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ 3) สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การศึกษา เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จากนั้นสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด คือ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ฐานะทางเศรษฐกิจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง จะผ่านเข้าสู่กระบวนการคิดรู้ คือการรับรู้ที่เป็นตรรกาป และพบว่าการรับรู้ที่เป็นตรรกาปเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ผลการวิจัยในครั้งนี้ช่วยให้เข้าใจถึง ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้สามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป การทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงของข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองนี้เป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยไม่ได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ให้หลักฐานเบื้องต้น ซึ่งต้องการการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อความเชิงทฤษฎีต่อไป

ข้อดีและข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้

ข้อดี การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory)

ประการแรก แบบจำลองที่สร้างขึ้นได้รับการพิสูจน์ความถูกต้องด้วยวิธีการวิจัย ซึ่งให้คุณค่าต่อศาสตร์การพยาบาลดังต่อไปนี้ คือ เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ด้วยวิธีการวิจัยที่เชื่อมโยงทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ (Theory - Testing - Research) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาองค์ความรู้แบบนิรนัย (Deductive) โดยการพิสูจน์ข้อเสนองเชิงทฤษฎี (Proposition) เพื่อยืนยันความถูกต้องของทฤษฎีที่ใช้ ช่วยให้เกิดความกระตือรือร้นขึ้นในทฤษฎีการปรับตัวของรอยว่า ปัจจัยใดเป็นปัจจัยเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวในเชิงเหตุและผล

ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะกับบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด และพบว่า ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง คือปัจจัยทางเพศ โดยเพศหญิงมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าชาย ในขณะที่เดียวกันยังพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคเป็นอุปสรรคในการพัฒนาบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกาเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่อีกปัจจัยหนึ่งด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จะปรับตัวได้ดีเพียงใดนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมแวดล้อมของตัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้ให้ความรู้ในระดับการทำนายปัจจัยการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ที่จะนำไปสู่ทฤษฎีในระดับปฏิบัติ (Practice Theory) เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ประการที่สอง เนื่องจากการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปลิสเรล ซึ่งมีข้อดีในการวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผลของหลายๆตัวแปรพร้อมกันในเวลาเดียวกัน ซึ่งมีความใกล้เคียงสอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งปัจจัยต่างๆที่เข้ามากระทบตัวบุคคลนั้นมาพร้อมๆกัน

ประการที่สาม โปรแกรมลิสเรลทำให้ผู้วิจัยทราบตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ถ้าผลการตรวจสอบพบว่าไม่มีความสอดคล้อง ผู้วิจัยจะปฏิเสธแบบจำลองที่เป็นสมมุติฐานการวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนแรก และหันมาพิจารณาตรวจสอบรูปแบบนั้นเพื่อทำการปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ประการที่สี่ โปรแกรมลิสเรลมีโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น (Prelis Program) ซึ่งใช้จัดเตรียมเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) เพื่อไว้ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรล นอกจากนี้ยังสามารถสร้างข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ในกรณีที่มีระดับการวัดแบบเรียงลำดับ (Ordinal Scale) ซึ่งไม่สามารถใช้โปรแกรม SPSS เตรียมได้ ซึ่งใช้เฉพาะข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามีระดับการวัดที่เป็นทั้งแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้ที่เป็นตรรกา และการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ รวมทั้งตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบเรียงลำดับ (Ordinal Scale) ซึ่ง

ได้แก่ ระดับการศึกษา การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ฐานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามสกุล (Nominal Scale) คือ เพศ ซึ่งโปรแกรมฟรีสสามารถใช้เตรียมเมตริกซ์สหสัมพันธ์ให้ได้ไม่ว่าจะเป็นสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) สหสัมพันธ์โพลีคลอริก (Polychloric Correlation) รวมทั้งสหสัมพันธ์แบบเตตราคลอริก (Tetrachloric Correlation) สหสัมพันธ์โพลีซีเรียล (Polyserial Correlation) และสหสัมพันธ์ไบซีเรียล (Biserial Correlation) ซึ่งเป็นสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีการแจกแจงไม่ปกติ กับตัวแปรต่อเนื่องหรือตัวแปรเรียงอันดับ

ข้อจำกัด ประการแรก การออกแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional - Study) ซึ่งเป็นการศึกษาตัวแปรเหตุและตัวแปรผลไปพร้อมๆกัน โดยมีการเก็บข้อมูลพร้อมกันเพียงครั้งเดียว อาจทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องความเป็นอิสระต่อกันระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลทำให้ลำดับของเหตุและผลไม่ชัดเจน การรวบรวมข้อมูลพร้อมกันในเวลาเดียวกัน อาจได้ข้อมูลของตัวแปรบางตัวที่ยังไม่ส่งผลต่ออีกตัวแปรหนึ่ง หรือตัวแปรบางตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้วจากผลของตัวแปรต้น หากเป็นไปได้ควรเก็บข้อมูลเป็นแบบการศึกษาติดตามผลไปข้างหน้า (Prospective Study)

ประการที่สอง แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มีแบบวัดที่เพิ่งสร้างใหม่ถึง 2 แบบวัด คือ แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราใบ และแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จึงอาจมีข้อจำกัดบางอย่างที่ยังต้องปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้ต่อไปเพื่อให้เกิดความเหมาะสมที่สุด

ประการที่สาม การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ใช้แบบวัดทั้งหมด 5 แบบวัดซึ่งใช้เวลาการตอบโดยเฉลี่ยคนละ 45 - 50 นาที ซึ่งอาจทำให้ผู้ปวยมีความรู้สึกว่าต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม จึงอาจทำให้ผู้ปวยบางรายไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม

ประการที่สี่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ไม่มีสถานที่เฉพาะเพื่อการสัมภาษณ์อาจทำให้บรรยากาศไม่เป็นส่วนตัว และอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาธิในการตอบข้อคำถามก็ได้ หากเป็นไปได้ควรจัดหาสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทดสอบรูปแบบที่สร้างขึ้น เพื่อทำนายการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่จากปัจจัยต่างๆในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย ที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปร การศึกษา ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ คือ การรับรู้ที่เป็นตราบาป รูปแบบที่สร้างขึ้นนี้ ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลปาราศนราศูร จำนวน 367 ราย ระหว่าง วันที่ 28 พฤษภาคม ถึง 11 สิงหาคม 2540 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยชายและหญิงที่มีครอบครัว รวมทั้งมีงานทำแล้ว มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป ไม่นับรวมกรณีหย่า
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 1 เดือน ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการรวมทั้งผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น
3. รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลปาราศนราศูร
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถควบคุมสติได้
5. สามารถพูดคุยเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษา
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบวัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 แบบวัด คือ

1. แบบวัดข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย (Demographic Questionnaire)

2. แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค โดยแบ่งตามการจำแนกอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อตามลักษณะคลินิกที่พบบ่อยๆ โดยดัดแปลงแบบประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์ ของ พิภูส นันทชัยพันธ์ (2539) ในการศึกษาการร้องไต่ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.83 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ 0.84

3. แบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Related Hardiness Scale : HRHS) สร้างโดย พอลล็อก และ คัฟฟี่ (Pollock & Duffy , 1990) แปลเป็นไทยโดย ศรัณญา เบญจกุล (2538) ในการศึกษาพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ 0.81

4. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตีตราจากสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 4 ท่าน ด้านสังคมศาสตร์ 3 ท่าน และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.85 และนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.92 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ 0.90 และนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าแบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายการรับรู้ที่เป็นตราบาปได้ร้อยละ 56.4

5. แบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการดำรงบทบาทใหม่ ความสามารถในการแสดงบทบาทได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ไม่เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ และประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาท ตามแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy , 1984) และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 8 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางสังคมศาสตร์ 1 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.92 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.78 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ 0.74 และนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าแบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 52.2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 367 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 77.4 และเพศหญิงร้อยละ 22.6 มีอายุระหว่าง 19 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 33.56 ปี ช่วงอายุ ที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 30 - 34 ปี มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40.3 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 44.1 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนร้อยละ 30.8 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระยะการดำเนินโรค พบว่าอยู่ในกลุ่มเอ คือยัง

ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) ถึงร้อยละ 40.9 และส่วนใหญ่ยังไม่เคยนอนโรงพยาบาลเลย ร้อยละ 48.5 และสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการเที่ยวโสเภณีมากที่สุดร้อยละ 68.7 และเมื่อทราบว่าการติดเชื้อจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับครอบครัวและญาติทราบ ถึงร้อยละ 85.8 และส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายถึงร้อยละ 61.3

คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($M = 0.72$, $SD = 0.40$) บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 3.80$, $SD = 0.56$) และการรับรู้ที่เป็นตรรกะในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($M = 1.64$, $SD = 0.42$) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากครอบครัว จากชุมชน และจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน และทุกคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนการรับรู้ที่เป็นตรรกะจากชุมชนมีคะแนนมาเป็นอันดับสูงสุด รองลงมาคือการรับรู้ที่เป็นตรรกะจากครอบครัว และการรับรู้ที่เป็นตรรกะจากทีมสุขภาพตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ตามรายด้าน คือ ด้านการปรับรับบทบาทใหม่ การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง การขัดแย้งในบทบาท และความล้มเหลวในบทบาท ทั้ง 4 ด้าน และทุกคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงกับการขัดแย้งของบทบาทมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวที่จะไม่เกิดความล้มเหลวทางบทบาทหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

และเมื่อพิจารณาการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ตามบทบาททุติยภูมิของรอย (Roy ,1984) คือการปรับตัวทางด้านบทบาทผู้ป่วย บทบาทคู่สมรส บทบาทการทำงาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน และทุกคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางด้านบทบาทผู้ป่วยมีคะแนนสูงสุด

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลโดยตรงโดยอ้อมและโดยรวม ของตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ข้อค้นพบที่น่าสนใจของการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่มากที่สุดคือ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ($\beta = 0.35$ $p < .05$) รองลงมาคือ การรับรู้ที่เป็นตรรกะ ($\beta = - 0.18$ $p < .05$) และเพศ ($\beta = 0.18$ $p < .05$) อันดับสามคือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ($\beta = 0.15$ $p < .05$) และสุดท้ายคือ ระดับการศึกษา ($\beta = 0.11$ $p < .05$)

เมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลโดยอ้อมพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการแออาการแสดงของโรคมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = -0.17$ $p < .05$) โดยผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป และ ฐานะทางเศรษฐกิจ ($\beta = 0.06$ $p < .05$) มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่โดยผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาป

หากพิจารณาถึงอิทธิพลโดยรวมพบว่า บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่สูงสุด ($\beta = 0.36$ $p < .05$) รองลงมาคือ ระดับความรุนแรงของอาการแออาการแสดงของโรค ($\beta = -0.25$ $p < .05$) เพศ ($\beta = 0.22$ $p < .05$) ฐานะทางเศรษฐกิจ ($\beta = 0.21$ $p < .05$) การรับรู้ที่เป็นตราบาป ($\beta = -0.18$ $p < .05$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.16$ $p < .05$) และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ($\beta = 0.09$ $p < .05$)

ปัจจัยตัวแปรทั้งหมดที่ร่วมศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38

ผลการวิจัยสนับสนุนความตรงของข้อความสัมพันธ์กันในเชิงทฤษฎี (Theoretical Proposition) ของแบบจำลองที่สร้างขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์กล่าวว่า สิ่งเร้า (Stimuli) หรือปัจจัยการปรับตัว มีอิทธิพลทั้งในแง่การส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าสิ่งเร้าตัวเดียวกันมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมและโดยรวมต่อประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งชี้ให้เห็นแนวคิดที่จะนำไปสู่การสร้างวิธีการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อพัฒนาทฤษฎีระดับปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัย ดังนี้ คือ

การปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรค

เอดส์มากที่สุด นั่นคือ บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งยังสูงประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ยิ่งมาก และพบว่าปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้มีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง คือ ปัจจัยทางเพศ โดยเพศหญิงมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เดียวกันยังพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคเป็นอุปสรรคในการมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งและการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ จากข้อค้นพบดังกล่าว พยาบาลในฐานะของผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรให้ความสนใจในการประเมินบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป รวมทั้งการจัดระบบบริการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดการดำเนินโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

นอกจากนี้การจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยพัฒนาบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ถือว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการพัฒนาบุคคลิกภาพนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีปัจจัยมากมายที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยธรรมชาติแล้วบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งจะมีการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตตั้งแต่เกิด โดยการเรียนรู้และเลียนแบบจากผู้เป็นมารดาที่เลี้ยง จากครอบครัว จากประสบการณ์การเรียนรู้ตามกระบวนการศึกษาที่ถูกต้อง หรือจากประสบการณ์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมหรือการทำงาน บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง เป็นกลุ่มบุคคลิกภาพที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการต่อต้านความเครียดเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่คุกคาม บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งประกอบด้วยคุณลักษณะทางจิตวิทยา 3 ลักษณะ ได้แก่ ความมุ่งมั่นความมีอำนาจควบคุม และความท้าทาย (Kobasa, Maddi 1982 : 169) และตามที่ คริสและ ดักลาส (Druss and Druglas, 1988) กล่าวว่า บุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นพัฒนามาจากประสบการณ์ 2 ประการ **ประการแรก** บุคคลนั้นมีแม่แบบที่ดีที่แสดงถึงการเป็นบุคคลที่มีลักษณะควบคุมตนเองได้ มีความมุ่งมั่นที่กระทำในสิ่งที่ตั้งใจเป้าหมายไว้ และรู้จักมองเหตุการณ์ที่คุกคามให้เป็นสิ่งท้าทาย ในจุดนี้การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น อาจนำผู้ป่วยโรคเดียวกัน (Peer Group) ที่มีคุณลักษณะดังกล่าวมาเป็นแม่แบบ ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดเป็นกำลังใจ และมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้และเอาชนะเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งจะกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อควบคุมสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง พัฒนามา

จากประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ผ่านมาในการเอาชนะเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด ในจุดนี้การจัดระบบบริการพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ในข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโรคเอดส์ รวมทั้งการปฏิบัติตนในการมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ เพื่อให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ ที่จะนำไปสู่การมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งต่อไป

ในการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้นำมาพิจารณา เช่น ปัจจัยระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคที่พบว่าเป็นตัวลบลบบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ดังนั้นการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็งที่จะให้กับผู้ป่วยนั้นควรกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะสุขภาพที่แข็งแรง คืออยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ความมุ่งมั่น และทำท่ายที่จะดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอระยะเวลาการเจ็บป่วยออกไปให้ยาวนานที่สุด นอกจากนี้การจัดระบบบริการพยาบาลที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ ลดและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโรค เช่น อาการไข้เรื้อรัง ท้องเสีย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการ การพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ชลอการดำเนินโรค และลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และพัฒนาเป็นบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในขณะเดียวกันยังพบว่าเพศหญิงมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมากกว่าชายนั้น ในการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น ควรให้ความสนใจในปัจจัยทางเพศที่จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยเพศชายมีบุคลิกภาพเข้มแข็งเท่าเทียมกับผู้ป่วยเพศหญิง ในขณะเดียวกันควรนำจุดเด่นของเพศหญิงที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้น มาเป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยชายเกิดความมุ่งมั่นพร้อมที่จะดูแลสุขภาพและควบคุมสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุด

เนื่องจากเอดส์ไม่ใช่โรคที่มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัสเอชไอวีเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ที่ถือว่าเป็นแหล่งเพาะเชื้อที่ดีที่ทำให้มีการระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวยที่นำไปสู่การแตกสลายของสถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันการเมือง ศาสนา สถาบันการศึกษา การอพยพเข้าเมือง โสเภณี สิ่งแวดล้อมที่อ่อนแอ รวมทั้งวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ ทำให้สังคมมีความบกพร่อง ภูมิคุ้มกันไม่ดี พยาบาลในฐานะเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยการให้การศึกษาและนำเสนอข้อมูลตลอดจนการใช้สื่อที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับผู้ป่วยรวมทั้งประชาชน นิสิต นักศึกษาทั่วไปเพื่อเฝ้าระวังให้สังคมที่กำลังป่วยให้หาย

ตระหนักจากโรคเอดส์ และให้ประชาชนทั้งมวลเกิดการรวมตัวในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางสังคมเพื่อการต้านภัยเอดส์ และเกิดจิตสำนึกความรักความเมตตาต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

และจากข้อค้นพบที่ว่าระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีอิทธิพลต่อการมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง ดังนั้นการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งนั้นสามารถนำผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงหรือต่ำหรือแม้แต่ชาวเขา รวมทั้งผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีหรือจนมารวมกลุ่มเพื่อพัฒนาให้เขาเหล่านั้นมีบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งในเวลาเดียวกันได้

นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ที่เป็นตรรกะที่ผู้ป่วยรับรู้นั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ยังคงมีปฏิภณารังเกียจ และแบ่งแยกผู้ป่วยอยู่ และผลจากปฏิภณารังเกียจของสังคมนี้ทำให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง พยาบาลในฐานะเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ที่ต้องให้การดูแลและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเป็นกลุ่มบุคคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นโดย

1) รณรงค์ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้กับประชาชนทั่วไป พยาบาล และ นักศึกษาพยาบาล ให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งครอบครัวของผู้ติดเชื้อ ให้เกิดความรู้สึกสงสาร เมตตา เอื้ออาทร ไม่เลือกปฏิบัติ หรือแสดงความรังเกียจ รู้จักเคารพสิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้อื่น

2) สร้างความรู้ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อให้กับครอบครัว และชุมชนในเรื่องการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้มีส่วนร่วมรับภาระในการให้ความรัก ความอบอุ่น ตลอดจนให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวตนเองและในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

3) เป็นผู้ประสานงานแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง จาก การรังเกียจของสังคม เช่น ประสานงานกับกรมประชาสงเคราะห์ บ้านพักใจ บ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าพักอาศัย และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามสิทธิที่ควรพึงมีและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

จากข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ที่ดีด้วย ในการวางแผนการพยาบาลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย แต่เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ มักอยู่ในฐานะเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ อยู่ในวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาใช้ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการศึกษาพยาบาล

จากข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ปัจจัยระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้นั้น จึงจำเป็นต้องให้นักศึกษาได้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจมนุษย์ ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และเงื่อนไขทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในความเป็นองค์รวมของบุคคลที่ผสมผสานกันระหว่างกายจิตสังคม เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลตลอดจนคำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ตลอดจนครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะป็นั้น เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยยังคงได้รับการรังเกียจจาก ครอบครัว ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ วิชาชีพพยาบาลถือเป็น วิชาชีพที่ต้องให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนตามความคาดหวังของสังคม การจัดหลักสูตรการศึกษาจะต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม การจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องปลูกฝัง ความเมตตา กรุณา ความรู้สึกร่วมที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ เข้าใจในคุณค่าชีวิตของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีเช่นผู้ป่วยอื่นๆ ในสังคม ในขณะที่สถานศึกษาจำเป็นต้องมีนโยบายเพื่อพัฒนาอาจารย์ ให้มีความรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โรคเอดส์ เพื่อนำความรู้ที่ได้นั้น ไปถ่ายทอดให้นักศึกษาและสามารถเป็นแม่แบบที่ดีให้กับนักศึกษาต่อไป โดยเฉพาะกับทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้ป่วยโรคเอดส์

การวิจัยทางการแพทย์

ผลการวิจัยในครั้งนี้ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากแบบวัดบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นแบบวัดที่สร้างโดยชาวต่างประเทศและนำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้กับคนไทย ในบางข้อคำถามค่อนข้างตอบยาก อาจไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติกันบ่อยๆในสังคมของคนไทย ตัวอย่างเช่น ข้อคำถามที่ 24 “ ปัจจุบันคนสนใจและคลั่งไคล้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพซึ่งอีกหน่อยก็จะเลิกรากันไปเอง ” ผู้ป่วยอ่านแล้วส่วนใหญ่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ทันที ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าคนสนใจคลั่งไคล้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอะไร ซึ่งต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม หรือข้อ 25. “ ถึงฉันจะใช้ความพยายามอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสังคมแต่ก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ” ผู้ป่วยบางรายนึกไม่ออกว่าได้ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้สังคมอย่างไร ซึ่งต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม เช่นเดียวกับข้อ 26. “ สังคมเราไม่ได้ให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ” ซึ่งค่อนข้างเข้าใจยาก ดังนั้นจึงควรได้รับการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

2. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราภาพ และแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยเพิ่งสร้างขึ้นเป็นครั้งแรก แม้จะได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้หาค่าความเชื่อมั่นได้ในระดับที่น่าพอใจก็ตาม แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าทั้งสองแบบวัดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ในระดับร้อยละ 56.4 และ 52.2 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแบบวัดที่สร้างขึ้นนั้นยังไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนในสิ่งที่ต้องการวัดได้สมบูรณ์ ยังต้องการการปรับปรุงเพื่อให้มีความถูกต้องเหมาะสมที่สุด เพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งต่อไป

3. แบบจำลองที่สร้างขึ้นในครั้งนี้เป็นการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลปาราณราศูรเพียงแห่งเดียว ซึ่งถือว่าเป็นการทดสอบในสถานการณ์ของผู้ป่วยในสังคมวัฒนธรรมของคนในเมืองหลวงเป็นส่วนใหญ่ที่มาทำการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะให้คำตอบในระดับหนึ่งถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ดังนั้นควรมีการนำแบบจำลองเชิงสาเหตุของการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะกับรูปแบบจำลองเต็มรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในสถาบันอื่น หรือสถานที่ต่างกันไป เช่น ในชุมชน เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องของทฤษฎีที่สร้างขึ้นและเป็นการสนับสนุนการใช้ทฤษฎีให้กว้างขวาง และเพื่อการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ต่อไป

4. **ควรมีการศึกษาวิจัย** โดยการออกแบบวิจัยแบบศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Longitudinal Study) โดยทำการศึกษาปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสิ่งนำเข้าก่อน (Input) จากนั้นอีก 2 สัปดาห์ จึงทำการประเมินตัวแปรที่เป็นส่วนของการคิดรู้ (Cognator Process) และอีก 2 สัปดาห์ต่อมาจึงประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (Output) คือ ผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อให้การศึกษานั้นเป็นไปตามลำดับของเหตุที่ต้องมาก่อนผล

5. นำปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เข้ามาศึกษาในแบบจำลอง เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ปัจจัยในด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เป็นต้นนอกจากนี้อาจนำ ลักษณะของชุมชนที่มีส่วนให้ผู้ป่วยปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี หรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ ภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้แบบจำลองนั้นมีประสิทธิภาพในการอธิบายความแปรปรวนได้สูงสุด และเพื่อเป็นการยืนยันสนับสนุนความตรงของทฤษฎีให้กว้างขวางชัดเจน และครอบคลุมกรอบทฤษฎีทั้งหมด

4. **ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง** โดยการให้กิจกรรมพยาบาล (Nursing Intervention) ในการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เช่น การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) มาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ ให้กลายเป็นโอกาส (Opportunity) ในการทำให้เกิดเป็นกำลังใจและมุ่งมั่นต่อสู้กับโรคที่เผชิญอยู่ ตลอดจนการจัดเป็นโปรแกรมให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมองเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น หากผลพิสูจน์ออกมาถูกต้องจะเป็นแนวทางในการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลในระดับปฏิบัติการต่อไป (Practice Theory)

5. จากการศึกษาที่พบว่าสตรีมีแนวโน้มจะติดเชื้อมากขึ้น โดยฝ่ายชายเป็นผู้นำเชื้อมาให้ภรรยา และสตรีขาดอำนาจต่อรองตลอดจนไม่กล้าพูดคุยหรือสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาเพศสัมพันธ์ และมีผลทำให้ประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ลดลง ในประเด็นนี้อาจนำแนวคิดการทำวิจัยแบบลัทธิสตรีนิยม (Feminist Ideology Research) ซึ่งเป็นสาขาปรัชญาเชิงวิพากษ์ (Critical Paradigm) ที่สนับสนุนให้บุคคลมีความเท่าเทียมกัน (Equity) ในอำนาจและสิทธิส่วนบุคคล (Autonomy) โดยการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (Empowerment) ซึ่งวิธีการศึกษาในปรัชญาเชิงวิพากษ์นี้ ไม่ยึดติดกับข้อตกลงเบื้องต้นมากนัก แต่เน้นที่กระบวนการและผลลัพธ์ โดยทดลองปฏิบัติและปรับปรุงวางแผนไปในขณะเดียวกัน โดยอาศัยหลักการ

สะท้อนคิดของผู้ป่วย (Reflective) ซึ่งถือว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ทันกับเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสังคม



เอกสารอ้างอิง

- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (2538) การคาดประมาณจำนวนประชากร ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย . ข่าวสารโรคเอดส์ , 8 (3) , 1
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (2538) การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย . ข่าวสารโรคเอดส์ , 8 (3) , 1
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2540) สรุปจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ ถึงวันที่ 31 มกราคม 2540 , 1 - 7.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2537) . สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ . ข่าวสารโรคเอดส์ , 6 (1) , 38-47.
- กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2538) สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย . ข่าวสารโรคเอดส์ , 8 (4) , 1 - 8 .
- เกศินี จุฑาวิจิตร (2535) . การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทแพทยศาสตรมหาบัณฑิต , ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จารุวรรณ กฤติประชา (2538) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมป้องกันตนเอง . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดวงกมล วัตราคุลย์ (2537) การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย
- ชญาณิศ ลือวานิช (2540) บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ชาย โพธิ์สีดา และ คณะ (2537) หนูผิดใหม่ที่ยายตัว : บริบททางสังคมวัฒนธรรมของหญิง
บริการทางเพศ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชาดา อรุณรัตน์ (2533). ความขัดแย้งระหว่างบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลกับบทบาทการป้องกันตนเองและพฤติกรรมของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ชาย . : กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์แสง
แดด
- ทิตตยา หอมทรัพย์ (2538) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความ
พร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทวีชัย วรพงษ์ (2538) การประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง . เอกสารประกอบการสอน ภาควิชา
ชีวสถิติ , คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิภา ชูโต และคณะ (2538) รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินหนังสือเรียนและหนังสืออ่านประ
กอบการเรียนรู้เชิงถ่ายทอดค่านิยมเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย . คณะอนุกรรมการการศึกษาอาชีพ
และวัฒนธรรม คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ , สำนักนายกรัฐมนตรี
นางลักษณ์ วิรัชชัย (2538) ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น : (LISREL) : สถิติวิเคราะห์สำหรับ
การวิจัยทางสังคมศาสตร์ และ พฤติกรรมศาสตร์ , พระนคร : พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญทิศา โพธิ์เจริญ (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม
กับความหวังในชีวิตผู้ป่วย ที่มารับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ในโรงพยาบาลสังกัด กทม.
วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เบญจวรรณ สายพันธ์ (2540) ยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่ม Protease inhibitors คู่มือประกอบการ
ประชุมฟื้นฟูวิชาการ 4 โรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ ระหว่างวันที่ 18 - 20
กุมภาพันธ์ 2540 พระนคร : โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์
- ประพันธ์ ภาณุภาค (2538) โรคเอดส์และตัวท่อน . พิมพ์ครั้งที่ 2 พระนคร : โครงการโรค
เอดส์สภากาชาดไทยและคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
- ปิยะรัตน์ นิลอัยกา (2537) ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ . เชียงใหม่ : คณะ
พยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 210 - 242

- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ และสมชาติ สว่างเนตร (2535) การวิเคราะห์แนวโน้มโดยดิสเรล สถิติสำหรับนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์สังคมและพฤติกรรม พระนคร : โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา (2537) HIV infection in pregnancy . เอกสารการสอนวิชาการศึกษาด้านพฤติกรรมและสังคมการระบาดของโรคเอดส์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์ และ คณะ (2539) วิถีชีวิตคนเมือง . ในเวทีกรุงเทพสู่เอดส์ ครั้งที่ 1 กรุงเทพรู้ทันเอดส์ 4 (35) , 4-6
- พิบูล นันทชัยพันธ์ (2539) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2539) โรคติดเชื้อระบบเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว : ประสบการณ์และกลวิธีการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ โดยเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ , คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ.โรงแรมเอสดี อเวนิว 13 - 14 มิถุนายน 2539, กรุงเทพ
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ . ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ (2534) แบบแผนจิตสังคมของชาวไทยติดเชื้อเอดส์ : กรณีศึกษา . โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ กระทรวงสาธารณสุข ประครอง วิทยาสัย (2537) . ทำไมมันจึงเลิกคิดฆ่าตัวตายเมื่อติดเชื้อเอดส์ . ข่าวสารโรคเอดส์ 7(3) , 5-6.
- เปี่ยมปิติ ช่างสาร (2534) . การติดตามผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2534) รูปแบบการประชาสัมพันธ์เอดส์ด้วยวิชาการจิตวิทยาสังคม
ข่าวสารโรคเอดส์ 4 (21) , 1 - 7.
- ลดาวัลย์ สนวนาม (2536) พฤติกรรมทางเพศของชายไทยในยุคโรคเอดส์ระบาด . การประชุมวิชา
การประชากรศาสตร์แห่งชาติ พุศจิกายน 2536 กรุงเทพฯ .
- ละออ หุตางกูร (2534) การปรับตัวของมนุษย์ หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล จีวจิตสังคม
พิมพ์ครั้งที่ 1 พระนคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา
- วัลยา คุโรปกรณ์พงษ์ (2536) ความตรงในการวัดสำหรับเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์
เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ , 85 - 153
- วันทนี วาสิกะสิน (2526) ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์ กรุงเทพฯ
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วาทีณี บุญชะลิกษ์ และ พิลลิป เกสต์ (2537) เอดส์กับเด็ก : การคาดประมาณสำหรับปี พศ.
2543 . นครปฐม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทย์ เทียงบุญธรรม (2525) พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บำรุงสาสน์
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิ (2538) การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความหวังได้อย่างไร วารสารพยาบาล 13
(2) , 20 - 26
- ศรีธญา เบญจกุล (2538) บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2535) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการพยาบาล . พระนคร :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมมาตร พรหมภักดี และคณะ (2538) การปรับตัวของผู้ป่วยชายต่อการเกิดโรคเอดส์จากการ
มีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ วารสารวิทยาการระบาด . 3 (2) , 73 - 83 .
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย : แนวคิดและการนำไปใช้ ภาควิชาการ
พยาบาลศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์ (2535) โรคเอดส์ทางคลินิก ใน เอดส์การดูแล
รักษา มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร บรรณาธิการ พระนคร : บริษัท ดีไซน์จำกัด
- สุนีย์ มัลลิกะมาลย์และคณะ (2525) มาตราการทางกฎหมายและอื่นๆในการแก้ปัญหาโสเภณีใน
ประเทศไทย สถาบันวิจัยแห่งชาติ

- สุธีรา สุนทรฤณ (2536) การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว วารสารสาธารณสุข, 12 (10 - 12) , 125 - 131
- สุธีรา สุนทรฤณ และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2536) การเผชิญอันตรายของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อ HIV . วารสารสาธารณสุข , 12 (10 - 12) , 164 - 172 .
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2537). ปฏิกิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาหมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย . เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนา เรื่อง ความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเอดส์. วันที่ 10-12 ตุลาคม 2537 ณ หอประชุมณัฐ ภูมิประวัติ สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี พงศ์พิศ (2538) บันทึกเพื่อนชีวิตใหม่ เชียงใหม่ : สันติภาพเริ่มต้น
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539) อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการแสดง : การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร วิทยานิพนธ์หลักสูตรคุณวุฒิบัณฑิตของสาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร , มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ (2528) เอดส์ . กรุงเทพมหานคร : บริษัทเมคาร์ทจำกัด
- อรอนงค์ อินทรวิจิตร (2533) โรคเอดส์เป็นโรคสาหัสจริงหรือกำลังใจและความเข้าใจในการรักษาโรคเอดส์ . พระนคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ออนไลน์
- อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม (2536) พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นชายในชุมชนแออัด . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 18 - 19 พฤศจิกายน 2536 กรุงเทพฯ : เซนจูรี
- Andrews & Roy (1991) The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement Norwalk : Appleton & Lange
- Barnes, P.F.; Blough , A.B. ; Davidson , P.T. and Snider , D.E. (1991) Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection . The New England Journal of Medicine , 324 (23) , 1641 - 1650 .
- Becker, G and Arnold. (1986) Stigma as a social and cultural Construct . Dilmma of Difference. A Multidisciplinary view of Stigma . plenum press , New York , 39-58.
- Bigbee, J.L. (1985) Hardiness : A New Perspective in Health Promotion . Nurse Practioner 10 (11) , 51-54
- Burnard (1993) . The psychological needs of people with HIV and AIDS : A view from nurse educators and counsellors . Journal of Advance Nursing , 18 (Feb) , 1779-1786.

- Burgess, A et al (1993) The reliability and validity of two HIV Specific Health Related Quality of Life Measures : A Preliminary analysis. AIDS .7 (7) , 1001 - 1008 .
- Bunting , Sheila M (1996) Source of Stigma Associated with Woman with HIV . Advance Nurs Sci , 19 (2) , 64 - 73.
- Byers (1993) Hardiness and Social Support in Human Immunodeficiency Virus Applied Nursing Research. 6 (3) , 132 - 136.
- Castro , et al (1992) Revised Classification System for HIV infection MMWR. 12 (41) , 1-19.
- Carver , C.S. & Scheier , M.F (1988) Perspective on Personality Boston : Allyn & Bacon.
- Carson & Green (1992) Spiritual Well being : A Predictor of Hardiness in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Journal of Professional Nursing. 8 (4) , 209 - 220 .
- Chung , J.Y. and Macgraw , M.M (1992) A Group Approach to Psychosocial issues faced by HIV - Positive Woman Hospital and Community Psychiatry. 9 , 891-894.
- Christal & Jackson (1989) Psychosocial adaptation and economic circumstance of persons with AIDS and ARC Fam Community Health. 12 (2) , 77 - 88.
- Cleary , P.D. et al (1993) Health related quality of life in person with Acquired Immuno Deficiency Syndrome Medical Care , 31 (7) , 569- 580.
- Cohen, S and Willis, T.A (1985) Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis Psychosocial Bulletin , 98 (Feb) , 310 - 357
- Darbyshire, J.H. (1991) HIV infection and tuberculosis Quarterly Journal of Medicine. 80 (July) , 563 - 564.
- Davis (1989) Double Stigma Nursing Times , 85 (45) , 70-71.
- DiPasquale, J.A. (1990) The psychological effects of support groups on individuals infected by the AIDS virus Cancer Nursing , 13 (5) , 278-285.
- Dion , K.L. ; Dion , K.K . & Wang - Ping Pak A. (1992) Personality - based - hardiness as a buffer for discrimination related stress in members of Toronto Chinese Community . Canadian Journal of Bwhavioral Science , 24 (4) , 517 - 536

- Erickson, Tomlin and Swain (1994) Modeling and Role Modeling in Nursing Theorists and Their work, 3rd ed . Chicago : CV. Mosby.
- Faugier, Jean (1993). HIV and AIDS . Mental Health Nursing , London : Chapman & Hall, 145.
- Fauci, A.S. & Lane,H.C. (1991) The acquired immunodeficiency syndrome AIDS In Jean D. Wilson and others (Eds) . Harrison's Principle of Internal Medicine , NewYork : Mc Graw- Hill inc , 1402 - 1410.
- Funk , Steven C . (1992) Hardiness : A Review of Theory and Research . Health Psychology 11 (5) , 335 - 345
- Fawcett and Downs 'F (1992) Conceptual Model Theories and Research The Relationship of theories and Research Philadelphia : F.A. Davis Company , 106-111
- Firm, Stephen and Norman Psychological and emotional impact of HIV diagnosis Nursing Times 91 (8) , 37-39.
- Flaskerud J.H. (1992) Psychological Aspects HIV / AIDS : A guide to nursing care . Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Flaskerud J.H. (1987) AIDS : Psychological Aspect Journal of Psychological Nursing . 25 (12) , 9-16.
- Funk, Steven C (1992) Hardiness: A Review Theory and Research Health Psychology 11 (5) , 335 - 345
- Garrison, K.C. & Magon (1972) Education Psychology. Ohio : Charles E . Merrill publishing company .
- Ganellen,R.J. and Blaney P.H. (1984) Hardiness and Social Support as Moderators of the effects of Life Stress. Journal of personality and social psychology 47 (1) , 156-163.
- Gasgin, Susan and Brown, Kathleen (1992) Psychosocial Responses Among Individuals with Human Immunodeficiency Virus Infection Applied Nursing Research. 5 (3) , 111-121.
- Getty, Grace and Stern Phillis . (1990) Gay man's perceptions and response to AIDS Journal of Advanced Nursing ,15 , 895 - 905.
- Gordon, J and Shontz , F.C. (1990) Living with the AIDS Virus . Journal of Counselling & Development , 68 (Jan/Feb) , 287 - 292.

- Grady,C (1989) Acquired Immunodeficiency syndrome. Cancer Nursing, 12() : 1- 9 .
- Goffman (1963). Stigma Newjersy : Prentice Hall Englewoodcliff.
- Goosen , G.M. and Helen , A.B. (1982) Adaptation : A Feedback Process in Cohen and Leonard (ed) Coping with Stress A Nursing Perspective London : An Aspen publication .
- Hans Selye (1993) History of the stress concept in Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspect. 2nd ed. Edited by Goldberger & Breznitz New York : The Free Press : A Division of Macmillan, Inc.
- Hanucharurnkul, S (1988). Social Support, Self care and Quality of life in cancer patients Receiving Radio therapy in Thailand , A Dissertation of Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Nursing) in the Graduate School of Wayne State University.
- Hannah & Morrissey (1987) Correlation of psychological hardiness in canadian adolescent The Journal of social psychology. 1271 (4) , 339 - 334.
- Herek, Gregory M. and Glunt, Erick K (1988) An Epidemic of Stigma : Public Reaction to AIDS American Psychologist . 43 (11) , 886 - 891.
- Herth (1990) Relationship of Hope , Coping Styles , Concurrent Losses , and setting to Grief Resolution in the Elderly Widow Research in Nursing & Health ,13 , 109 - 117 .
- Herek and Capitanio (1993). Public reactions to AIDS in the United States : A Second decade of Stigma . American Journal of pulbic Health . 83 (4) , 574-577.
- Hjille , L.A. & Ziegler , D.J. (1992) Personality theories : Basic assumption research , and application 2nd New York : Mc Graw - Hill
- Hubbard, Muhlenkamp and Brown (1984) The Relationship between Social Support and Self Care Practice . Nursing Research., 33 (Sep - Oct) , 266-269.
- Jalowice, A and Powers, MJ (1981) Stress and Coping in Hypertensive and Emrergency Room Patients . Nursing Research . 30 (1) , 10-15.
- Jenning, B.M. & Staggers, N. (1994) Critical analysis of Hardiness . Nursing Research., 43 (5) , 274 -281.

- Joereskorg , K.G. and D , Soerbom (1989). Lisrel 7 : A Guide to the program and application 2nd ed . chicago : Illinois
- Joereskorg , K.G. and D. Soerbom (1993) Lisrel 8 : Structural equation Modeling with the Simplis command Language Chicago , Illinois : Scientific Software International inc .
- Kelly, Jeffery A. and Lawrence, Janet S. (1987) Stigmatization of AIDS patients by physicians . American Journal of public Health , 77 (7) 789-791.
- Kerniewiez, Denise M (1990) Coping with AIDS and HIV . Journal of psychological Nursing , 28 (3) , 14.
- Kobasa, S.C. Maddi, S.R. (1982) Personal and exercise as buffer in the stress illness relationship Journal of Behavioral Medicine, 5 (4) , 391 - 404.
- Krone , H.W. and Laux . (1982) Achievement Stress and Anxiety . Washington : Hemisphere Publishing Corporation.
- Kobasa , S.C . ; Maddi , S and Kahn , D . (1982) Hardiness health : A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology , . 42 (January) , 168 - 177.
- Lambert C.E. and Lambert V.A. (1987) Hardiness: Its Development and Relevance IMAGE : Journal of Nursing Scholarship. 18 (2) :92-5.
- Laryea and Gien (1993) 'The impact of HIV-positive Diagnosis on the Individual, part I' Clinical Nursing Research , 2 (3) . , 245-266.
- Lasher and Ragsdale (1989) The significant other's Role in improving Quality of life in persons with AIDS Dementia complex . Journal of Neuroscience Nursing , 21 (4) , 250-255.
- Lazarus & Folkman (1984) Stress Appraisal and Coping . New York : Springer Publishing Company.
- Lazarus , R.S. (1991) Cognition and Emotion in Emotion and Adaption. New York : Oxford University Press.
- Lawrence, Husfeldt of AIDS : Fear of Disease and Predjudice Toward Gay Men Journal of Homosexuality 19 (3) , 85 - 101.
- Levinson, S.F. and O' conell, p.k. (1991) Rehabilitation Dimensions of AIDS : A Review Achieves physical of Medical Rehabilitation. 72 (August) , 690 - 696.

- Lindgren, H.C. & Harvey J.H. (1981) An Introduction to Social Psychology. London : The CV. Mosby Company.
- Lindsey , E. and Hills , M . (1992) An Analysis of the concept of Hardiness The Canadian Journal of Nursing Research , 24 (1) , 39 - 50 .
- Longo and Spross. (1990) Identifying Major Concerns of person with Acquired immune deficiency syndrome : A Replication Clinical Nurse Specialist , 4 (1) , 21-26.
- Lubek, D.P. & Fires, J.P. (1992) Change in quality of life among persons with HIV infection Quality of Life Research , 1 (1992) , 359 - 366.
- Macks J. (1988) Psychosocial Response of people with HIV Nursing Care of person with AIDS / ARC. Marryland : An Aspen Publication.
- Mischal, W. and Mischal , H.N. (1980) Essential of Psychology. second edition. New york : Rabdom House.
- Mishel , M.H. (1988) Uncertainty in illness. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship , 20 (4) : 225 - 232
- Maj M. (1991) Psychological priblem of families and health worker dealing with people infected with HIV. Acta Psycho , 83 (3) , 161 - 8.
- Mercer & Ferketich (1988). Stress and Social Support as predictors of Anxiety and Depression During Pregnancy Advanced in Nursing Science. 10 (Jan) : 26-39.
- Nuwayhid, K.A. (1991) Role Transition, Distance and Conflict The Roy Adaptation Model . California : Appleton & Lange .
- Nicholas, P.K. and Webster, A. (1993) Hardiness and social support in Human Immuno-deficiency virus . Applied Nursing Research. 1 (3) , 132-136.
- Nicholas , P.K. (1993) Hardiness self care practice and perceived health in older adult Journal of Advanced Nursing , 18 (Nov) , 1085 - 1094.
- Pakenham , Dadds , Terry (1996) Adaptive demands along the disease continuum Social Science Medicine , 42 (Jan) , 245 - 246.
- Pollock ,S.E. (1993) Adaption to chronic illness : A Program to Research for Testing Nursing Theory . Nursing Science Inquiry. 6 (2) , 86 - 92.
- Porter, K. et al (1993) Factors associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS Bristish American Journal , 307 (July) , 20-23.

- Rickus, M.A. (1987) Sexual dysfunction in female patient . ANNA Journal ,14 (1) , 184 -187
- Roy, S.C. and Robert , S.L. (1981) Theory construction in Nursing : An Adaptation Model London : Prentice Hall International Inc.
- Roy, C (1984) Introduction to Nursing : An Adaption Model (2nd ed). Englewood Cliff, N.J. : Prentice - Hall.
- Roth , D.L ; et al (1989) Life events fitness , hardiness and health : A simultaneous analysis of proposed stress resistance effect Journal of Personality and Social Psychology , 57 , 136 - 142.
- Sadovski, Richard (1991) Psychological Issues in Symptomatic HIV infection . AFP , 44 (6) , 2065 - 2072.
- Saris , W.E and L.H. Stronkhorst (1984). Causal Modeling in Non - Experimental Research : An Introduction to the LISREL Approach . Amsterdam : Sociometric Research Foundation .
- Saunders, J.M. (1994) Self caring in a Family Unit of an HIV- Positive Individual Clinical Nursing Research , 3 (4) , 334 - 352.
- Schweiger, J.L. (1980) The Nurse as manager , Newyork : Delmar publisher Inc.
- Schmied , L.A & Lawler , K.A. (1986) Hardiness , Type A Behavior , and the stress - illness relationship in working woman . Journal of Personality and social psychology . 51 , 1218 - 1223.
- Siegel and Krauss (1991). Living with HIV infection : Adaptive tasks of seropositive Gay Men Journal of Health and Social Behavior 32 (March) , 17-32.
- Siminoff et al (1991). Stigma, AIDS and quality of Nursing care : State of Science. Journal of Advanced Nursing . 6 (3) , 262-269.
- Steven, Patricia E. (1996) Struggle with Symptoms . Journal of Holistic Nursing , 14 (2) , 142 - 160
- Stephen , K , & Lillian , M (1990) Extenuating circumstances in perception of suicide : Disease Diagnostic AIDS , Cancer , Pain level and life expectancy Omega - Journal - of - Death and Dying , 22 , 187 - 197 .

- Sutteporn Jaikaew (1997) Effects of family support programme on adaptation to AIDS of HIV Seropositive persons A Thesis Doctoral of Public Health Faculty of Graduate Studies , Mahidol University.
- Turner, et al (1989) Stigma AIDS Sexual Behavior and Intravenous Drug use. New York Academy Press, D.C.,p 390.
- Ungvarki, P (1988) Coping with infection that AIDS patients develop . RN , (November) , 53 - 58.
- Volberding, P.A. (1992) Clinical Spectrum of HIV Disease . AIDS : Etiology , Diagnosis treatment and prevention. , third edition . Philadelphia : J.B. Lippincort Company.
- Yahiro M.R. and et al (1996) Physical and social correlates of perceived psychological support among hospitalized AIDS patient Journal Advanced Nursing , 24 ,167- 173
- Younger,J.B. (1995) The alienation of the sufferer . Adv Nurs Sci ,17 (4) , 53-72.
- Walkley , Taylor and Green (1990) Journal of Sci Med , 30 (5) , 549 - 552.
- Waring and Reddon (1983) . The Measurement of Intimacy in Marriage : The Waring Intimacy Questionaire. Journal of Clinical psychology , 39 (Jan) , 53-57.
- Whittaker, A.M. (1992) Living with HIV : Resistance by positive people Medical Anthrology Quarterly , 6 (4) , 385 - 390.
- Zimbardo, G (1979) Psychology and Life. 10th ed. Scott: Fores Man and Company.
- Zich, J and Temoshok, L (1987) Perceptions of social support in men with AIDS and ARC : Relationships with distress and Hardiness . Journal Application of Social Psychology , 17 , 193 - 215.

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป

1. รองศาสตราจารย์ ดร. เบญจา ยอดดำเนิน แอ้ตติก
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์วิทย์ บุญมงคล
คณะสังคมและมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุ่งกรณ์กาญจน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูส นันทชัยพันธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. อาจารย์ ดร. สุทธิพร ใจแก้ว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
7. อาจารย์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ดรฤณี รุจกรณ์กาญจน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กองกาญจน์ สังกาศน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สีนุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูธ นันทชัยพันธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูพาพิน ศิระโพธิ์งาม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อาจารย์ ดร. สุทธิพร ใจแก้ว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
9. อาจารย์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ค.

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย

“สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน ดดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ เป็น นักศึกษาพยาบาลปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล กำลังศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ใน ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการ พยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบ แบบสอบถาม ซึ่งทั้งหมดมี 4 ชุด จะใช้เวลาประมาณ 45 นาที การวิจัยในครั้งนี้ให้ประโยชน์โดยตรง ในการช่วยประเมินตรวจสอบสาเหตุที่มีต่อความสามารถในการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่มีชื่อของท่าน ปรากฏ ซึ่งท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ การปฏิเสธของท่าน จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น และถ้าหากมีข้อสงสัยใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ดิฉัน ยินดีจะตอบคำถามเพื่อให้ความกระจ่างแก่ท่านทุกประการ และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ”

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ผู้ปวยลำดับที่.....

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย (x) ในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับ
ความจริง

1. เพศ (M) ชาย

(F) หญิง

2. อายุ ปี

3. สำเร็จการศึกษาระดับชั้น

(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(2) ประถมศึกษาปีที่ (ระบุ).....

(3) มัธยมศึกษาปีที่ (ระบุ).....

(4) ประกาศนียบัตร.....

(5) อนุปริญญา

(6) ปริญญาตรี

(7) ปริญญาโท

(8) ปริญญาเอก

(9) อื่นๆระบุ.....

4. อาชีพของท่าน

(1) ไม่ได้ทำงานแล้ว

(2) รับจ้าง ระบุ.....

(3) ทำสวน / ทำไร่

(4) ค้าขาย ระบุ.....

(5) ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

■ (6) อื่นๆระบุ.....

5. อาชีพของผู้สมรส

- (1) ไม่ได้ทำงานแล้ว
- (2) รับจ้าง ระบุ.....
- (3) ทำสวน / ทำไร่
- (4) ค้าขาย ระบุ.....
- (5) ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
- (6) อื่นๆระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน

- (1) ไม่มีรายได้
- (2) น้อยกว่า 2,000 บาท
- (3) 2,001 - 4,000 บาท
- (4) 4,001 - 6,000 บาท
- (5) 6,001 - 8,000 บาท
- (6) 8,001 - 10,000 บาท
- (7) มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป
- (7) อื่นๆ.....

22. ระยะของการดำเนินโรค (สำหรับผู้วิจัย)

- (1) กลุ่ม เอ
- (2) กลุ่ม บี
- (3) กลุ่ม ซี

23. สถานภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ผู้วิจัยประเมิน) -----

- (1) แข็งแรงดี
- (2) อ่อนเพลียเล็กน้อย
- (3) อ่อนเพลียปานกลาง
- (4) อ่อนเพลียมาก

ภาคผนวก ง.

แบบประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์

ขอให้ท่านสำรวจตนเองว่าท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ถ้ามี อาการดังกล่าวนี้มีความรุนแรง
 มากน้อยแค่ไหนตามความรู้สึกของท่านเอง ให้ท่านเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ คือ

ไม่มีอาการ หมายถึง ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วยหรือผิดปกติเลย จะได้คะแนนเท่ากับ
 0 (ศูนย์)

มีอาการเพียงเล็กน้อย หมายถึง รู้สึกว่ามีอาการหรือมีความผิดปกติเล็กน้อย แต่ไม่รบกวน
 ต่อความสุขสบายทั่วไป อาจหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องรักษาจะได้คะแนนเท่ากับ 1

มีอาการปานกลาง หมายถึง รู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นรบกวน
 ต่อความสุขสบายและความเป็นอยู่โดยทั่วไป ในระดับที่พอทนได้ แต่ยังต้องการการรักษา
 แลเพื่อบรรเทาอาการ จะได้คะแนนเท่ากับ 2

มีอาการมาก หมายถึง อาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกตินี้มีความรุนแรงมากจน
 รู้สึกว่าทนไม่ได้ หรือรู้สึกว่ารบกวนต่อความสุขสบาย และความ เป็นอยู่มากที่สุด และต้องการ
 การดูแลรักษาเป็นพิเศษ จะได้คะแนนเท่ากับ 3

อาการเจ็บป่วย	ไม่มี	ความรุนแรง			
		เล็กน้อย ปานกลาง มาก			
1. เมื่ออาหาร / ทานอาหารไม่ได้					34
2. ผอมลง หรือ รู้สึกว่าน้ำหนักลดลง					35
3. มีฝ้าขาวในปาก ลิ้น					36
4. เจ็บปาก ลิ้น และในคอ					37
5. ท้องเดิน					38
6. ปวดศรีษะ					39
7. ปวดตา / ตาพร่ามัว					40
8. คัดอะไรไม่ออก / รู้สึกว่าความขำไม่ค่อยดี					41
9. นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท / ตื่นง่ายและหลับยาก					42
10. พุดไม่ชัด / พุดซ้ำ / พุดลำบาก					43
11. เดินเซ / ทรงตัวลำบาก					44
12. แขนขาอ่อนแรง					45
13. มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า					46
14. ปวดตามข้อ					47
15. ไอ					48
16. มีไข้					49
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
24. อื่นๆ ระบุ					57

หมายเหตุ ข้อ 2 3 11 15-18 และ 20-23 อาจใช้การสังเกตของผู้วิจัยร่วมกับ
การประเมินของผู้ติดเชื้อมอง

ภาคผนวก จ.

แบบสอบถามบุคคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นกับแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย			
	1 มาก	2 ปานกลาง	3 น้อย	4 น้อย	5 ปานกลาง	6 มาก	
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่เร้าความสนใจ							58
2. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ ถ้าฉันดูแลตัวเอง							59
3. การสนใจดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก							60
4. ฉันจะฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยได้เร็วแค่ไหนขึ้นอยู่กับโชคชะตา							61
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
33. เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันใช้ความพยายามทุกอย่างเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง							90
34. ฉันมีส่วนในการควบคุมสุขภาพของฉันได้เพียงเล็กน้อย							91

ภาคผนวก ฉ.

เครื่องมือประเมิน การรับรู้ที่เป็นตราใบ ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

และผู้ป่วยโรคเอดส์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้ววงรอบตัวเลขที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า ตรงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้ จะไม่มีถูกหรือผิด ซึ่งในแต่ละข้อมีตัวเลขกำกับแสดงความไม่เป็นอย่างยิ่งจนถึง เป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้ว่าข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้ว่าข้อความนั้นมีความเป็นจริงมากกว่าส่วนที่ไม่เป็นจริง

เป็นจริงน้อยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้ว่าข้อความนั้นมีส่วนที่ไม่เป็นจริงมากกว่าส่วนที่เป็นจริง

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้ว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงเลย

*** เจ้าหน้าที่ หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลที่นอกเหนือจากแพทย์ พยาบาล และ ผู้ช่วยพยาบาล

**เครื่องมือประเมิน การรับรู้ที่เป็นตราบาป ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี
และผู้ป่วยโรคเอดส์**

ข้อคำถาม	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง น้อยมาก	ไม่เป็น จริง เลย	รหัส
1.คู่สมรสแสดงท่าทีรังเกียจที่ฉันมีอาการของโรคเอดส์	4	3	2	1	92
2.เพื่อนบ้าน ไม่ยอมพูดคุยกับฉัน	4	3	2	1	93
3.ญาติพี่น้องบางคนไม่ต้องการให้ฉันร่วมวงอาหาร ดื่มน้ำ หรือร่วมกิจกรรมอื่นๆกับเขา	4	3	2	1	94
4. คู่สมรสพยายามหลีกเลี่ยง ที่จะอยู่ใกล้ชีวิต และจะต้องตัวฉัน	4	3	2	1	95
5.คู่สมรสดูแลเอาใจใส่ฉันอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย	1	2	3	4	96
6. ฉันถูกญาติพี่น้องประณามว่า นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่วงศ์ตระกูล	4	3	2	1	97
.....			...		
.....					
.....		...	...		
.....					
28. พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นหลีกเลี่ยงที่จะจะต้องตัวฉัน	4	3	2	1	119
29.แพทย์หลีกเลี่ยงที่จะจะต้องตัวฉัน	4	3	2	1	120

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้ววงรอบตัวเลขที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า ตรงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก ซึ่งในแต่ละข้อมีตัวเลขกำกับแสดงความเป็นจริงเลย จนถึงความเป็นจริงมากที่สุด ไว้แล้ว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกที่ข้อความนั้นไม่เป็นจริงเลย
เป็นจริงน้อยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกที่ข้อความนั้นมีส่วนที่ไม่เป็นจริงมากกว่าส่วนที่เป็นจริง
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกที่ข้อความนั้นมีส่วนเป็นจริงมากกว่าส่วนที่ไม่เป็นจริง
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

**เครื่องมือวัดผลลัพธ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่
ใน ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรค AIDS**

ข้อคำถาม	ไม่ เป็น จริงเลย	เป็นจริง น้อยมาก	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง มากที่สุด	รหัส
1.ฉันไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล ได้	4	3	2	1	121
2.ฉันไม่แน่ใจว่าควรจะทำต่อไปดี หรือควร หยุดงานเพื่อพักผ่อนเมื่อรู้สึกไม่สบาย	4	3	2	1	122
3.การติดเชื้อทำให้ฉันลังเลใจที่จะมีบุตรกับคู่ สมรส	4	3	2	1	123
4.ฉันจำเป็นต้องรับประทานยาทั้งๆที่ไม่อยากทำ	4	3	2	1	124
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
31.ฉันกลัวไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส	4	3	2	1	151
32.ทุกครั้งที่ มีเพศสัมพันธ์ฉันไม่ใส่ถุงยาง อนามัย	4	3	2	1	152
33.ฉันปล่อยให้สุขภาพของฉันเป็นไปตาม ยถากรรม เพราะรู้ว่าอย่างไรก็รักษาไม่ได้	4	3	2	1	153

ภาคผนวก ฉ.

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราใบ

ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ Principal Component Analysis และหมุนแกนแบบ Varimax เพื่อให้ได้ความแปรปรวนสูงสุด แล้วพิจารณาจำนวน องค์ประกอบ (Factor) จากค่า ไอเกน (Eigen Value) ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1.00 และพิจารณาจำนวนข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า 0.30 ผลปรากฏว่า คำถามทั้ง 29 ข้อ แบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ ตามตารางที่ 18 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ 56.4 เปอร์เซ็นต์ รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การสกัดองค์ประกอบ โดยวิธี Principal Component Analysis

Factor	Eigen Value	Percentage of Variance	Cumulative Percent
1	7.8	27.2	27.2
2	2.5	8.7	35.9
3	2.0	7.0	42.9
4	1.5	5.2	48.1
5	1.3	4.7	52.8
6	1.0	3.7	56.4

องค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.2 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ เรียงตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ คำถามข้อที่ 14 , 3 , 8 , 12, 11 , และ 16

องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เรียงตามลำดับน้ำหนักองค์ประกอบ คือ ข้อคำถามข้อที่ 27 , 22 , 21 , 17 และ 6

องค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.0 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เรียงตามลำดับน้ำหนักองค์ประกอบ คือ ข้อคำถามข้อที่ 4 , 15 , 1 , 10 และ 9

องค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เรียงตามลำดับน้ำหนักองค์ประกอบ คือ ข้อคำถามข้อที่ 25 , 23 , 7 , 20 , 13 และ 2

องค์ประกอบที่ 5 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คือข้อ 28 , 29 , 26 และ 19

องค์ประกอบที่ 6 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือข้อ 18 และ 5

ตารางที่ 19 คำนำน้หนักองค์ประกอบ (Factor Loading) และค่าความร่วมกัน (Communality) ของข้อคำถามแต่ละข้อในแต่ละองค์ประกอบ

ข้อคำถามที่	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าความร่วมกัน
องค์ประกอบที่ 1. ญาติพี่น้องรังเกียจ		
14. ญาติพี่น้องบางคนมองฉันอย่างน่าขยะแขยง	0.76	0.68
3. ญาติพี่น้องบางคนไม่ต้องการให้ฉันร่วมวงอาหาร ค่ำน้ำ หรือร่วมกิจกรรมอื่นๆกับเขา	0.71	0.57
8. ฉันถูกญาติพี่น้องบางคน แสลงทำที่หมางเมินไม่พูดคุยด้วย	0.69	0.61
12. ฉันถูกญาติพี่น้องบางคนดูหมิ่นเหยียดหยามด้วยสายตาและคำพูด	0.68	0.65
11. ฉันถูกกีดกัน ไม่ให้อยู่ใกล้ชิด หรืออุ้มลูกหลาน	0.46	0.53
16. เพื่อนบ้านมาเย้ยเยียนให้กำลังใจฉันเสมอ	0.34	0.29

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าความ ร่วมกัน
องค์ประกอบที่ 2. คนรอบข้างรังเกียจเหยียดหยาม		
27. พยาบาลใช้วาจาคำพูดแหวดตาท่าที่ดูหมิ่นเหยียดหยามฉัน	0.71	0.66
22. แพทย์ใช้วาจาคำพูดแหวดตาท่าที่ดูหมิ่นเหยียดหยามฉัน	0.68	0.56
24. เพื่อนบ้านไล่ให้ฉันไปอยู่ที่อื่น	0.67	0.52
21. พ่อค้าแม่ค้าไม่ยอมขายสินค้าให้ฉัน	0.59	0.60
17. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลใช้วาจาคำพูดและแหวดตาท่าที่ดูหมิ่นเหยียด หยามฉัน	0.55	0.40
6. ฉันถูกพี่น้องประนามว่า นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่วงศ์ตระกูล	0.52	0.56
องค์ประกอบที่ 3. คู่สมรสรังเกียจ		
4. คู่สมรสพยายามหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชีวิตและจะต้องตัวฉัน	0.75	0.67
15. คู่สมรสทำตัวเหมือนไม่มีฉันอยู่ในบ้าน	0.72	0.58
1. คู่สมรสแสดงท่าทีรังเกียจที่ฉันมีอาการของโรคเอดส์	0.71	0.56
10. คู่สมรสทอดทิ้งฉันไปเมื่อทราบว่าฉันติดเชื้อ	0.66	0.57
9. ฉันต้องออกจากบ้าน หลังจากคู่สมรสและญาติพี่น้องทราบว่าฉันติดเชื้อ	0.47	0.53
องค์ประกอบที่ 4. เพื่อนฝูงรังเกียจ		
25. เพื่อนร่วมงานยังพูดคุยทำงานกับฉันเหมือนเดิมเมื่อทราบว่าฉันติดเชื้อ	0.78	0.66
23. ฉันยังคงร่วมงานของชุมชนได้ตามปกติ เช่นร่วมรับประทานอาหาร ดื่ม น้ำ และร่วมทำกิจกรรมอื่นๆ	0.77	0.66
7. ฉันต้องเลิกทำงานเมื่อมีผู้ทราบว่าฉันติดเชื้อ	0.55	0.45
20. เพื่อนบ้านซุบซิบนินทาฉัน	0.54	0.48
13. เพื่อนบ้านเดินหลบหนีฉัน เมื่อรู้ว่าฉันติดเชื้อหรือมีอาการของโรค โรคเอดส์	0.48	0.50
2. เพื่อนบ้านไม่ยอมพูดคุยกับฉัน	0.46	0.57
องค์ประกอบที่ 5. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพรังเกียจ		
28. พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นหลีกเลี่ยงที่จะจะต้องตัวฉัน	0.84	0.76
29. แพทย์หลีกเลี่ยงที่จะจะต้องตัวฉัน	0.78	0.68
26. ขณะที่ฉันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ฉันถูกเจ้าหน้าที่ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่เพราะความรังเกียจ	0.55	0.56
19. แพทย์พยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นปฏิบัติกับฉันแตกต่างจากผู้ป่วยอื่น	0.48	0.54

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อความ	น้ำหนัก องค์ประกอบ	ค่าความ ร่วมกัน
องค์ประกอบที่ 6. Unname		
18.คนขายของรังเกียจที่ฉันไปจับต้องเลือกซื้ออาหาร	0.58	0.47
5. คู่สมรสดูแลเอาใจใส่นั่นอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย	-0.38	0.47

ภาคผนวก จ.

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ แบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่

ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบ Principal Component Analysis และหมุนแกนแบบ Varimax เพื่อให้ได้ความแปรปรวนสูงสุด แล้วพิจารณาจำนวนข้อคำถาม ในแต่ละองค์ประกอบ (Factor) จากค่าไอเกน (Eigen Value) ที่มีค่ามากกว่า 1.00 และพิจารณาจำนวนข้อคำถาม ในแต่ละองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Analysis) มากกว่า 0.30 ผลปรากฏว่า ข้อคำถามทั้ง 33 ข้อ แบ่งได้เป็น 8 องค์ประกอบ ตามตารางที่ 21 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ 52.2 เปอร์เซ็นต์ รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

ตารางที่ 20. ผลการวิเคราะห์การสกัดองค์ประกอบ โดยวิธี Principal Component Analysis

Factor	Eigen Value	Percentage of Variance	Cummulative Percentage
1	4.6	14.1	14.1
2	3.1	9.3	23.4
3	2.54	7.7	31.1
4	1.56	4.7	35.8
5	1.52	4.6	40.4
6	1.39	4.2	48.7
7	1.35	4.1	48.7
8	1.16	3.5	52.2

องค์ประกอบที่ 1. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เรียงตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ ข้อคำถามข้อที่ 16 , 22 , 15 , 26 , 2 , 1 , 33 , 27 , 13 , 25 , 19 , 12 , 20 , 9 และ 11

องค์ประกอบที่ 2. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.3 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เรียงตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ ข้อคำถามที่ 31 , 14 , 8 และ

องค์ประกอบที่ 8. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เรียงตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือข้อคำถามที่ 23 , 10 , 30 , 17 และ 6

องค์ประกอบที่ 4. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือข้อ 28

องค์ประกอบที่ 5. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.6 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 21 และ 28

องค์ประกอบที่ 6. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือข้อ 29 และ 5

องค์ประกอบที่ 7. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อคือข้อ 3 และ 7

องค์ประกอบที่ 8. สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.5 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือข้อ 4 และ 24

ตารางที่ 21. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) และค่าความร่วมกัน (Communality) ของข้อคำถามแต่ละข้อในแต่ละองค์ประกอบ

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าความร่วมกัน
องค์ประกอบที่ 1. Effective Role Transition		
16.ฉันพยายามออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	0.64	0.47
22.ฉันตรวจสอบสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนักอยู่เสมอ	0.61	0.69
15.ภายหลังติดเชื้อฉันดูแลช่วยเหลือคู่สมรสได้น้อยลง	0.60	0.59
26.ฉันสังเกตความผิดปกติภายในช่องปากอยู่เสมอ	0.59	0.67
2. ฉันไม่แน่ใจว่าควรทำงานต่อไปดี หรือควรหยุดงาน เพื่อพักผ่อน เมื่อรู้สึกไม่สบาย	0.52	0.41
1. ฉันไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้	0.51	0.55
33. ฉันปล่อยให้สุขภาพของฉันเป็นไปตามยถากรรม เพราะรู้ว่าจะอย่างไรก็รักษาไม่ได้	0.50	0.52
27. ฉันมีสมาธิในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม	0.50	0.45

ข้อคำถาม (ต่อ)	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าความรวมกัน
19.เมื่อไม่สบายใจฉันหาวิธีการผ่อนคลายโดยการระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง	0.48	0.58
12. ภายหลังติดเชื้อมันรู้สึกว่าร่ายได้ไม่เพียงพอเลยจนครบถ้วนเพราะทำงานได้น้อยลง	0.44	0.61
20. ฉันพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกันอยู่เสมอ	0.42	0.54
9. ฉันพยายามรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้	0.40	0.52
11. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ ที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองตลอดเวลา	0.40	0.60
องค์ประกอบที่ 2. Interrole Conflict (Spouse Role)		
31. ฉันกลัวไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส	0.61	0.69
14. ฉันลังเลใจ ที่จะรับประทานอาหารร่วมกับคู่สมรส	0.59	0.45
8. ฉันมักมีอาการหงุดหงิด ขัดใจกับคู่สมรสบ่อยๆ เพราะปัญหาสุขภาพ	0.50	0.45
32. ทุกครั้งที่ผมมีเพศสัมพันธ์ฉันไม่ใส่ใจอย่างอารมณ์	0.44	0.61
องค์ประกอบที่ 3. Ineffective Role Transition (Sick & Work Role)		
23. หากฉันสังเกตว่ามีอาการผิดปกติที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้จะรีบมาพบแพทย์ทันที	0.58	0.59
10. ฉันไปตรวจสุขภาพร่างกายตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ	0.48	0.57
30. ฉันไม่สามารถทำงานในหน้าที่นี้เพราะฉันไม่ชอบ	0.46	0.61
17. ฉันดื่มเหล้าบ่อยๆ	0.43	0.53
6. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ไม่สามารถทำหน้าที่สามีหรือภรรยาที่ดีได้ เพราะต้องใช้เวลาคูดูแลสุขภาพตนเอง	-0.33	0.46
องค์ประกอบที่ 4. Unname		
28. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	-0.48	0.62

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าความ ร่วมกัน
องค์ประกอบที่ 5. Unname		
21. ฉันไม่ใช้กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน และของมีคมร่วมกับผู้อื่น	0.44	0.45
18. ฉันพยายามนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นประจำทุกวัน	0.42	0.56
องค์ประกอบที่ 6. Unname		
29. ฉันรู้สึกเลวเลวที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส	-0.52	0.73
5. ฉันมักทำตัวเฉยๆเมื่อมีการพูดถึงโรคเอดส์ ทั้งๆที่ใจจริงแล้วหวาดกลัว และวิตกกังวลมาก	0.49	0.55
องค์ประกอบที่ 7 Unname		
3. การติดเชื้อทำให้ฉันถึงเลวเลวที่จะมีบุตรกับคู่สมรส	0.50	0.51
7. ฉันไม่ชอบงานที่ทำอยู่แต่ก็สามารถทำได้ดี	0.37	0.44
องค์ประกอบที่ 8. Unname		
4. ฉันจำเป็นต้องรับประทานยาต่างๆที่ไม่อยากทำ	-0.55	0.65
24. ภายหลังติดเชื้อฉันให้ความรักความห่วงใยต่อคู่สมรสน้อยลง	-0.42	0.58



ชื่อ

นางสาว ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

วัน เดือน ปีเกิด

6 มกราคม 2496

สถานที่เกิด

จังหวัดอุทัยธานี

ประวัติการศึกษา

วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2517

ประกาศนียบัตร พยาบาลเวชปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2518

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2524

Diploma in Apply Nutrition . Indonesia University ,
1975

ศึกษาศาสตรบัณฑิต (บริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน พ.ศ. 2517 - 2522 พยาบาลประจำการหน่วยเวชศาสตร์
ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
พ.ศ. 2524 -ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แผนกการพยาบาล
เวชศาสตร์ทั่วไปและฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ