

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิดของ โอ เร็ม
3. ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง
4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
5. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
6. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทุกคนในสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม นั่นคือจะส่งผลกระทบต่อชีวิตบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (McCann, 1995)

1. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีด้านร่างกาย

เนื่องจากเมื่อเชื้อไวรัสเอช ไอ วีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ที่รุนแรงตามมา ทำให้ผู้ติดเชื้อร้อยละ 90 ถึงแก่ชีวิตภายใน 2-5 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535, หน้า 10)

ในระยะแรกของการติดเชื้อเอดส์นั้นจะยังไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด จะมีเพียงอาการที่คล้ายไข้หวัด มีไข้ โดยอาการจะหายไปเองภายในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2535, หน้า 10) ต่อมาหากมิได้มีการดูแลตนเอง ก็จะทำให้มีการเจริญและขยายจำนวนของเชื้อโรคเอดส์ในร่างกายเพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายมาก โดยผู้ติดเชื้อจะมีอาการผิดปกติทางร่างกายนานกว่า 2 เดือน อาการผิดปกติที่พบ ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องเสียเรื้อรัง ซึ่งพบได้ร้อยละ 50-90 (Rakower & Galvin, 1989, p.26) น้ำหนักลด มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเอดส์มักจะมีปัญหาเรื่องการขาดสารอาหาร เนื่องจากมีเชื้อราขึ้นในช่องปาก (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2535) นอกจากนี้การขาดสารอาหารยังเป็นผลมาจากการถ่ายเหลวส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย (Rakower & Galvin, 1989) ยิ่งระยะเวลาวันขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ก็ลดลง (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการดูแลตนเองลดลง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์

2. ผลกระทบของการติดเชื้อเอดส์ด้านจิตใจ

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีปฏิกิริยารุนแรงมาก เพราะการติดเชื้อโรคเอดส์นั้นอาจถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรกเป็นระยะที่มีการปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ (initial crisis) ที่พบได้บ่อยคือปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538, หน้า 13) ซึ่งจะพบได้ในผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการ จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหา ขาดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง (Lang, 1993) ระยะต่อมาเป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (transitional state) ผู้ติดเชื้ออาจมีความรู้สึกหลายอย่างปนกัน ได้แก่ โกรธ รู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง สงสารตัวเอง ในบางขณะอาจมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงแทรกขึ้นมาเป็นบางครั้ง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538) ผู้ติดเชื้อเพศหญิงจะมีความรู้สึกละเอียด เป็นตราบาป เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลและมารดา ประกอบกับมีความรู้สึกสับสน โดยกลัวว่าจะแพร่เชื้อให้สมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้ติดเชื้อเพศชายจะรู้สึกผิด วิตกกังวลเป็นห่วงสมาชิกในครอบครัวว่าจะขาดที่พึ่งกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลัวถูกทอดทิ้ง (Durham & Cohen, 1991) นอก

จากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนและบทบาทหน้าที่ ที่ต้องกลายเป็นผู้ป่วย (Gee, 1988) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาด้านจิตใจ จะทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงและทุกข์ทรมานจิตใจมากขึ้น (McCain & Cella, 1995) จากผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจิตใจ ผู้ติดเชื้อจะรู้สึกซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต (Belcher, Dettmore, & Holzemer, 1989) ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง (Lang, 1993) ผู้ติดเชื้อบางรายจะลงโทษตัวเองและยุติปัญหาโดยการฆ่าตัวตาย ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้สามารถปรับตัวจนยอมรับความจริงได้ ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (acceptance) โดยผู้ติดเชื้อจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตในแง่ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538)

3. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีด้านสังคม

การติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีผลกระทบทางด้านสังคมภายในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากความกลัว ความไม่รู้จักจริงเกี่ยวกับโรคเอชไอวี ทำให้เกิดการตื่นกลัว รังเกียจผู้ติดเชื้อ และมีการไล่ออกจากงาน (Durham & Cohen, 1991) ในขณะเดียวกันก็มีผลกระทบภายในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อ และยังมีความรู้สึกว่ามี "ตราประทับ" เกิดขึ้นในครอบครัว (Gee, 1988) ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและนำไปสู่ปัญหาวิกฤตการณ์ที่จะทำให้ครอบครัวแตกร้าง รวมไปถึงการปฏิเสธที่จะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากความกลัวและการไม่ยอมรับของชุมชน (ปาริชาติ จันทร์จรัส, 2537) ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดบุคคลผู้คอยดูแลรักใคร่ห่วงใย รวมทั้งขาดความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น ๆ ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา รวมทั้งรู้สึกหมดความหวังในชีวิต

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อประเทศชาติที่จะกลายเป็นปัญหาต่อสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ จะมีเด็กกำพร้าเพิ่มขึ้นเนื่องจากบิดา มารดา เสียชีวิตจากโรคเอชไอวี

4. ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีด้านเศรษฐกิจ

การติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อย ๆ ทำให้ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ และสิ้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากยาที่ใช้ควบคุมอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีราคาแพง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก

นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวีก็อาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน คือช่วงอายุ 20-49 ปี (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532, หน้า 3) ซึ่งเป็นช่วงอายุสำคัญของกำลังแรงงานของประเทศ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียแรงงานจากทรัพยากรบุคคล และสูญเสียผลผลิตจากการที่ผู้ใช้แรงงานป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2537)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าภายหลังการติดเชื้อเอชไอวีจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง ท้องเสีย เป็นต้น ยิ่งระยะเวลาวันขึ้น จะส่งผลให้มีการดูแลตนเองลดลง ทางด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจนรู้สึกหมดหวังในชีวิต ส่งผลให้ไม่สนใจดูแลตัวเอง ทางด้านสังคม เนื่องจากโรคเอชไอวีเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เพราะมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ ทำให้กลัวการติดต่อของเชื้อโรคเอชไอวีจนเกินเหตุ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดแรงสนับสนุนจากสังคม แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ดูแลตนเองหรือมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่ปรากฏอาการจะเข้าสู่ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวีเร็วขึ้น ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวีจะเข้าสู่ระยะเอชไอวีเต็มขั้นเร็วขึ้น ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคช้าลง และอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าความหวัง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิดของ โอ เร็ม

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอชไอวี เนื่องจากเป็นระยะที่เริ่มจะปรากฏอาการผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังพอมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ทั้งที่บ้านและสถานที่อื่น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไม่ควรสูบบุหรี่ (ประพันธ์ ภานุภาค, 2536)

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสำคัญต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนประเภทถั่ว เนื้อสัตว์ ปลา และนม เนื่องจากอาหารกลุ่มนี้มีโปรตีนสูงและประกอบด้วยธาตุเหล็กและแคลเซียม คาร์โบไฮเดรตซึ่งเป็นสารอาหารกลุ่มที่ให้พลังงานประเภทข้าวทุกชนิด รวมทั้งไขมันประเภทไขมันสัตว์และน้ำมันพืช วิตามินประเภทผักและผลไม้ทุกชนิด รวมทั้งวิตามินเสริม (Keithley & Kohn, 1990) มีรายงานการศึกษาพบว่า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานวิตามินรวมทุกวัน จะมีโอกาสเป็นผู้ป่วยเอชไอวีในระยะเวลา 6 ปี น้อยกว่าร้อยละ 30 และในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับเบต้าแคโรทีน 180 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาว (CD 4) เพิ่มขึ้น ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังตั้งครรรภ์และมีภาวะพร่องวิตามินเอ จะมีโอกาสแพร่เชื้อโรคเอชไอวีไปสู่บุตรในครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีระดับวิตามินเออยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึงร้อยละ 25 (Gray, 1996) ในผู้ติดเชื้อที่น้ำหนักลดควรเพิ่มปริมาณแคลอรีโดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน

และคาร์โบไฮเดรต รวมทั้งอาหารเสริมบำรุงร่างกายและอาหารเสริมระหว่างมือ (Keithley & Kohn, 1990) ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 6 มื้อ ควรออกกำลังกายสักเล็กน้อยก่อนรับประทานอาหารครึ่งชั่วโมง หรือร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลใกล้ชิดเพื่อกระตุ้นให้มีการเจริญอาหาร (Lang, 1993) รวมทั้งซึ่งน้ำหนักอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการ (Ungvarski, 1992) ไม่ควรรับประทานอาหารประเภทหมักดองและสุก ๆ ดิบ ๆ นอกจากนี้ควรงดดื่มเหล้าและสิ่งเสพติดทุกชนิด เพราะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอ โดยดื่มประมาณวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร หรือไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Lang, 1993)

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร โดยการรับประทานอาหารที่สะอาด ล้างมือให้สะอาดและสม่ำเสมอ (ศูนย์ประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์, 2538) ในกรณีที่ต้องเสียควรงดอาหารที่ระคายเคืองทางเดินอาหาร และดื่มน้ำเกลือแร่ เพื่อชดเชยการสูญเสียน้ำ (Ungvarski, 1992) ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ท้องเสียเรื้อรัง ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

การมีกิจกรรม ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดบาดแผล (สำหรับงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสุขภาพอนามัยที่ดี ควรเลือกออกกำลังกายตามความชอบและที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอจะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและความแข็งแรงของร่างกาย เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นต้น (Lang, 1993) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นการออกกำลังกายที่ให้ประโยชน์สูงสุดแก่บุคคล โดยเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความเร็วพอประมาณ ในจังหวะที่สม่ำเสมอ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนในปริมาณที่มากขึ้น

(เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2538) ในผู้ติดเชื้อเอดส์ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกนานครั้งละ 20-40 นาที สัปดาห์ละประมาณ 3 ครั้ง (Lang, 1993)

การพักผ่อน เป็นการที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การนอนหลับ การทำงานอดิเรก หรือตามวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2538) การพักผ่อนโดยการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรนอนพักในเวลากลางวัน และนอนหลับอย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืนวันละ 6-8 ชั่วโมง การพักผ่อนจะช่วยให้มีพลังสำรองที่จะต่อสู้กับโรคได้ดียิ่งขึ้น (อรรณญา เชาวลิต, สิริพร ธนศิลป์, และ อังศุมา อภิชาติ, 2537)

1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรรู้จักแบ่งเวลาให้กับตนเองในการที่จะอยู่ตามลำพังและพบปะกับบุคคลอื่น ควรหาเวลาว่างเพื่อความเป็นส่วนตัว เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ การทำงานอดิเรกตามความชอบของตน (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) และในขณะเดียวกันก็ควรมีการพบปะกับบุคคลอื่น โดยพยายามทำความดีและช่วยเหลือผู้อื่น และเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ในกลุ่มคนที่ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การพัฒนาเอกชนที่รณรงค์ในเรื่องนี้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2538) เพื่อเป็นการสร้างมิตร และความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ให้เกิดแก่บุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ รวมทั้งช่วยส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ในทางที่ดี

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยการรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อาบน้ำ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง รวมทั้งรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่ม โดยการซักเสื้อผ้าที่ใช้แล้วให้สะอาดก่อนนำมาใช้ใหม่ นอกจากนี้ควรรักษาอนามัยของสิ่งแวดล้อม โดยการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ห้องครัว ห้องน้ำ รวมทั้งควรทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ถ้วยชาม แก้วน้ำ ให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2536)

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ความสามารถของตน

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่

ของร่างกาย โดยการรักษาสภาพอนามัยของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ รับประทานอาหารที่มีคุณค่า งดดื่มเหล้าและสิ่งเสพติดทุกชนิด รวมทั้งพักผ่อนให้เพียงพอ

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะเวลาพัฒนาการ

เป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการพัฒนาการหรือบรรเทาเบาบางความเครียดที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากภายหลังติดเชื้อเอชไอวีจะมีความไม่สุขสบายทางร่างกายเนื่องจากสภาวะของโรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ในจิตใจหมดความสุข อารมณ์แปรปรวนง่าย ฯลฯ ประกอบกับเมื่อสภาวะของโรครุนแรงขึ้น ยิ่งวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มขึ้น (ปิยะรัตน์ นิลอัยยิกา, 2537) ซึ่งจากสภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยความเครียดจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย มีรายงานการศึกษาพบว่า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเครียดสูง จะส่งผลให้เซลล์คุ้มกันตามธรรมชาติ (natural killer cells) ลดลง (Gray, 1996) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องมีการดูแลตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

2.2 ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความจริง เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

2.3 มีทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การทำสมาธิ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การทำงานอดิเรก ทำงานบ้าน (วิชาญ วิทยาศัย และประครอง วิทยาศัย, 2535) การลดความเครียดอาจจะมีผลทำให้การดำเนินของโรคช้าลง (Temoshock et al., 1988 cited in Lovejoy & Session, 1989)

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องไป ดังนั้นการรับการรักษา รักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรขอคำแนะนำ ความช่วยเหลือ และติดตามผลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์อย่าง

สม่ำเสมอ และควรติดตามผลการรักษากับบุคลากรเดิมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ไม่ควรเปลี่ยนบุคลากร เนื่องจากจะทำให้การรักษา และการติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสไม่ต่อเนื่องกัน (ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์, 2538) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรมีการแสวงหาความรู้เรื่อง โรคเอดส์และวิธีการดูแลตนเองจากบุคคลอื่น โดยวิธีต่าง ๆ

3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรสนใจถึงการดำเนินในแต่ละระยะของโรค อาการแสดงของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งผลกระทบของโรคที่จะมีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อช่วยวางแผนการดูแลตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ติดเชื้อเอดส์จำเป็นต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง โดยสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 การป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร โดยการรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย และล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง

3.3.2 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรค เป็นต้น (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2536)

3.3.3 การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ ท้องเสีย ไอเรื้อรัง เป็นต้น ในกรณีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ควรรีบปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์โดยเร็วถึงแม้ว่าอาการผิดปกตินั้นจะปรากฏเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพื่อป้องกันโรคลุกลามเป็นเหตุให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอลง รวมทั้งควรมีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความผิดปกติ เช่น ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงโดยวิธีต่าง ๆ รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2536)

3.4 รับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรสนใจที่จะคอยดูแล บำรุง และแก้ไขความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ เช่น อาการไข้ อาการท้องร่วง อาการเจ็บในปากและลำคอ เป็นต้น รวมทั้งควรมีความรู้และติดตามผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตน ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอดส์ควรปรับอัตมโนทัศน์ภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่น ภาพลักษณ์ของร่างกายที่เปลี่ยนไปกลายเป็นชุ่มผอม อ่อนเพลีย เป็นต้น ควรยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งต่อบุคคลอื่น มีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและต่อส่วนรวม (Mack, 1988) ตลอดจนมีการปรับตัวและปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมภายหลังติดเชื้อเอดส์โดย

3.5.1 การป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นและหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่ม ซึ่งการหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่ม ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์มาก เนื่องจากจะช่วยยืดระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายที่ยังแข็งแรงต่อไปได้อีก ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอดส์ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำกาม น้ำลาย น้ำตา อุจจาระ ปัสสาวะ หรือเสมหะของผู้ติดเชื้อเอดส์ผู้อื่น และควรงดการมีเพศสัมพันธ์ หรือควรมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (safe sex) โดยมีเพศสัมพันธ์เฉพาะบุคคลที่รู้จักและไว้ใจ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมสำล่อนทางเพศ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีไข้ ควรชำระร่างกายให้สะอาดทันทีภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

3.5.2 ระวังการแพร่เชื้อทางเลือด โดยระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออก เช่น หกล้ม มีบาดแผล ในกรณีที่มีบาดแผลบนร่างกาย ควรระวังไม่ให้เลือดเปื้อนเปื้อนเลอะเทอะ ทำความสะอาดบาดแผลได้ตามปกติ ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ควรใช้ใบมีดโกนร่วมกับบุคคลอื่น เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของเลือดสู่บุคคลอื่นได้ รวมทั้งไม่ควรบริจาคเลือด อวัยวะ และเนื้อเยื่อ (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

3.5.3 การระมัดระวังในเรื่องความสะอาดทั่วไป ได้แก่ การรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่มในกรณีที่เป็นเลือด น้ำเหลือง หรืออาเจียน ควรแช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว

1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน นานประมาณ 30 นาที หรือต้มนาน 20 นาที ส่วนการกำจัดสิ่งขยับถ่าย เช่น อูจจาระ ปัสสาวะ ควรชำระล้างให้สะอาดไม่ให้เป็นที่เปื้อนหรือสกปรก รวมทั้งการทำลายของเสีย เช่น น้ำลาย เสมหะ และเลือด ควรทำลายโดยการเผา (ประพันธ์ ภานุภาค, 2536)

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขภายหลังการติดเชื้อ โดยปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีพัฒนาการได้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วยการดูแลตนเองตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะเวลาพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

โอเร็ม ได้ให้แนวคิดของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์และตั้งใจเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก โดยการกระทำของบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งมีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยที่การดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้ (Orem, 1995)

1. อายุ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ในวัยทารกและวัยเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตมากขึ้น จะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หุญเจริญกุล, 2537) โดยการดูแลตนเองจะค่อย ๆ พัฒนาสูงขึ้นตามวัย (Orem, 1991; 161) และเมื่อเข้าสู่วัยชราที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ก็อาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 1980; 153) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรัง (ชวลี โฆษิตทากิวัธน์, 2534) และในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (บุษบา ตันติศักดิ์, 2535) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ยังมีบางรายงาน

การศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้อมจิตต์ สุกุลพันธ์, 2535) และในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (Hanucharurnkul, 1988)

2. เพศ โอเร็มไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเพศ เพียงแต่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบในครอบครัว (Orem, 1980; 154) เป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างทางสรีระซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง มีรายงานการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) และในผู้สูงอายุ (สุวิมล นาวัดกุล, 2534) โดยเพศชายจะมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (อรพิน อินทรนุกุลกิจ, 2536) นอกจากนี้ยังมีบางรายงานการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สนธยา พิชัยกุล, 2533) และผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา (นิตยา ตากวิริยะนนท์, 2534)

3. ระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองจะขึ้นอยู่กับพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล เช่น ในเด็กเล็ก ๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งจะอยู่ในระยะเริ่มต้นพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ในวัยผู้ใหญ่จะมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ใหญ่จะมีการประเมินถึงสิ่งเร้าต่าง ๆ มีการเลือกแนวทางและหาเป้าหมายในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจ แล้วจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเวลาต่อมา (Orem, 1991; 161)

4. ภาวะสุขภาพ ระยะของโรคเป็นตัวชี้บ่งถึงภาวะสุขภาพและร่วมกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมกขึ้นจะทำให้มีอุปสรรคหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ (Orem, 1991; 117) มีรายงานการศึกษาพบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยระยะของโรคมกขึ้น ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองน้อยลง (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535) แต่ก็มีรายงานการศึกษาที่พบว่า ระยะของโรคนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) และผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (บุษบา ตันติศักดิ์, 2535)

ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่ว่าอาการของโรคจะมีความรุนแรงในระดับใด ผู้ป่วยก็ต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยอยู่เป็นประจำ และต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

5. สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของบุคคล โดยจะมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล วิธีการดูแลตนเองที่บุคคลเรียนรู้และถ่ายทอดกันมาจนเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีอาจเป็นการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ แต่การดูแลที่ได้รับการถ่ายทอดสืบทอดกันมาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนี้การศึกษายังจัดว่าเป็นปัจจัยทางสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีอีกประการหนึ่งด้วย (Orem, 1995; 285) การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี ส่งผลให้สามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ มีรายงานการศึกษานพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร (แพรวระพี เรืองเดช, 2534) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) ผู้ป่วยเบาหวาน (น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535) และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (Hanucharurnkul, 1988) นอกจากนี้มีบางรายงานการศึกษานพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคหอบหืด (สมใจ ยัมวิไล, 2531) ผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (บุษบา ตันติศักดิ์, 2535) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยทุกระดับการศึกษาได้รับคำแนะนำแนวทางการดูแลตนเองที่คล้ายคลึงกัน พฤติกรรมดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจึงไม่แตกต่างกัน

6. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัย และการรักษา (Orem, 1995; 285) เป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

7. ปัจจัยทางระบบครอบครัว ได้แก่ สถานภาพและความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1995; 285) ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล,

2537) สำหรับสถานภาพสมรสที่เป็นปัจจัยหนึ่งทางระบบครอบครัวนั้น มีรายงานการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า หม้าย หรือแยกกันอยู่ ดังเช่นจากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง (สุภาภรณ์ ดั่งวง, 2531) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกันเรื้อรัง (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา (Hanucharurnkul, 1988) นอกจากนี้ยังมีบางรายงานการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (ลัดดาวลัย สิงห์คำฟู, 2532) และผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (บุษบา ตันตศิกดิ์, 2535) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากเกินไป ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ แบบแผนการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร ก็เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เช่น ในคนที่สูบบุหรี่ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลนั้นคือ ร่างกายและปอดปราศจากควันและสารพิษ บุคคลต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยการหยุดสูบบุหรี่ เพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเองนั้น แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยก็อาจจะไม่ทำให้บุคคลนั้นตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ (Orem, 1995; 204)

9. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบบุคคล (Orem, 1991; 235) สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

10. แหล่งประโยชน์ที่เพียงพอและเหมาะสม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 1980; 108) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมก็จัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคล (Hanucharurnkul, 1988) ที่มีส่วนส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง (สุภาภรณ์ ดั่งวง, 2531) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกันเรื้อรัง (อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ

สาเหตุ (จิรภา ทงษ์ตระกูล, 2532) ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร (แพรวระพี เรืองเดช, 2534) และผู้ป่วยเบาหวาน (น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535)

11. ประสบการณ์ในชีวิต ประสบการณ์ในชีวิตบางอย่างของบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วย อาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความหวัง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเองดังกล่าวมาแล้วนี้ ถึงแม้ว่าจะมีบางปัจจัยที่มีผลการ ศึกษาไม่สอดคล้องกัน แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการศึกษาการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่ ผู้วิจัยเชื่อว่าอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ แรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนเป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดและเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัว ที่ดี (Cohen & Wills, 1985)

นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองแล้ว ปัจจัยพื้นฐานอีกประการหนึ่งคือ ประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งประสบการณ์ในชีวิตบางอย่างของบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วย อาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความหวัง ซึ่งก็มีผลต่อการ ดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลสูญเสียความหวัง ก็ อาจมีผลต่อการดูแลตนเอง ความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเช่นเดียวกัน

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีผู้กล่าวไว้มากมาย โดยที่ยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่ชัด ส่วนมากมักจะเป็นการกล่าวถึงที่มาของแรงสนับสนุนว่า เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยโครงสร้างของสัมพันธภาพนั้นอาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยอาจเป็นสัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรส บิดา-มารดากับบุตร และญาติสนิท หรืออาจเป็นบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น เพื่อน ผู้ร่วมงาน (Weiss, 1969; Kaplan, Cassel, & Gore, 1977; Pilisuk, 1982;

Thoits, 1982) บุคคลจะมีสัมพันธภาพกันในลักษณะของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม (จรรยาวัตร คมพัยค์, 2531) บุคคลที่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในสังคม จะมีการสนับสนุนหรือช่วยเหลือกันในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเปรียบเสมือนกับเป็นองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้กล่าวไว้สอดคล้องกันว่าอาจเป็นรูปแบบการสนับสนุนทางด้านสติปัญญา เช่น ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรักความผูกพัน รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและทรัพย์สิน (Kaplan et al., 1977; Thoits, 1982; Jacobson, 1986) ในส่วนของไวส์ (Weiss, 1969) ได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย และเป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ไวส์ยังรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยบุคคลจะมีการพึ่งพา ช่วยเหลือกันในหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้ความรักใคร่ผูกพัน หรือในรูปแบบของการให้ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และทรัพย์สิน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนที่บุคคลจะได้รับทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ ผูกพัน การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ส่วนด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นแรงสนับสนุนที่บุคคลจะให้แก่บุคคลอื่น ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยไวส์ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น มีผู้ประเมินแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละบุคคล โดยอาจจะมีการประเมินแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว ได้แก่ แบบประเมินของแคปแลน และนอร์เบค (Kaplan, 1977; Norbeck, 1981 cited in

Heitzmann & Kaplan, 1988) หรือมีการประเมินทั้งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจของบุคคล ได้แก่ แบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (Personal Resource Questionnaire Part 1; PRQ 1) ของแบรนด์และไวเนิร์ต ส่วนที่ 1 (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987) นอกจากนั้นมีการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางด้านความช่วยเหลือในรูปแบบของสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร ของเซฟเฟอร์ คอยเนและลาซารัส และแบบประเมินของวิลคอกซ์ (Chaefer, Coyne, & lazarus, 1981; Wilcox, 1981 cited in Heitzmann & Kaplan, 1988) แต่ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับ แต่เพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความเพียงพอของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะประเมินได้โดยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้นมีผู้ประเมินไว้เช่นกัน เช่น แบบประเมินของกอร์ (Gore, 1978 cited in Bruhn & Philip, 1983) และแบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire Part2; PRQ 2) ของแบรนด์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนด์และไวเนิร์ต เนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้ถึงความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินในเชิงคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแตกต่างจากแบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 ของแบรนด์และไวเนิร์ต ซึ่งเป็นการประเมินเชิงปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคม และนอกจากนี้แบบประเมินการรับรู้ถึงความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแบบประเมินที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ที่ได้รวบรวมประเด็นหลักของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างครบถ้วน โดยบุคคลจะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในแบบประเมินดังกล่าวนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกที่เป็นตราบาป และความไม่สนใจตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Ribble, 1989) แรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากประการหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุขในสังคมได้ต่อไป (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2538) ถ้าบุคคลรอบข้างให้การสนับสนุนในทางที่ถูกต้องและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดูแลตนเองที่ดี จะทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Fongsiri, 1994) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายโดยทำให้ทีเซลล์ (T-cell) มีจำนวนมากขึ้น (Lovejoy & Session, 1989) ดังเช่นจากการศึกษาของนุสรณ์ เรมอญ์ นิโคลาส ลูเชอร์ และเวสสเตอร์ (Nunes, Raymond, Nicholas, Leuher, & Webster, 1995) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้นแล้ว ยังมีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมความเสี่ยงที่ต่ำลง (Leserman, Perkin, & Evan, 1992) และมีความวิตกกังวลและความหดหู่ลดลง (DiPasqual, 1990)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ โอเร็มที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลประการหนึ่ง การมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในสองแนวทาง แนวทางหนึ่งเป็นการสนับสนุนโดยตรง คือการสนับสนุนหรือช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และบริการต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในอีกแนวทางหนึ่งคือ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนโดยอาจเป็นความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น เช่น บุคคลในสังคม เป็นต้น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจ ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี (Mullenkemp & Sayles, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

จากการค้นคว้าเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ดังเช่น การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Hanucharurnkul, 1988; สุภาภรณ์ ต้วงแพง, 2531; อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531; จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532; แพรวระพี เรืองเดช, 2534; น้อมจิตต์ สุกุลพันธ์, 2535) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่ ๓ วัดพระบาทนันทน์ จังหวัดลพบุรี

ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมสูง เนื่องจากเป็นเรื่องของความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล มีผู้ให้ความหมายของความหวังในแนวทางที่สอดคล้องกัน โดยความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคล (Herth, 1990) เปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดัน แรงขับ (Dufault & Martocchio, 1985) หรือแรงจูงใจ (Lange, 1978) รวมทั้งเป็นการคาดหมาย (Stottland, 1986 cited in Raleigh, 1992) โดยเป็นการคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของตน คุณลักษณะสำคัญของความหวังอยู่ที่ความหวังเป็นความรู้สึกและความคิด เป็นการคาดหมายล่วงหน้าถึงเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายในอนาคตนั้นเป็นเป้าหมายในทางบวกโดยมีพื้นฐานจากอดีตและปัจจุบัน โดยที่เป้าหมายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคล (Stephenson, 1991) แต่ในอีกแนวคิดหนึ่ง ความหวังก็อาจเป็นความรู้สึกที่ไม่แน่นอนในการที่จะบรรลุถึงผลสำเร็จตามที่ได้คาดหวังไว้ แต่โดยจุดรวมของความหวังแล้ว จะอยู่ที่การคาดหมายที่จะถึงเป้าหมายในทางบวก ที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านสถานการณ์ในปัจจุบันได้ (Dufault & Martocchio, 1985) ความหวังไม่ใช่การกระทำ แต่เมื่อบุคคลมีความหวังจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการกระทำ (Stephenson, 1991) ความหวังของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเปลี่ยนแปลงตามช่วงอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น ภาวะสูญเสีย ภายหลังเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นต้น

(Nowotny, 1989; Herth, 1990; 1992)

โดยสรุปแล้วความหวังเป็นทั้งความรู้สึกและความคิดของบุคคล ในการคาดหมายถึงเป้าหมายทางบวกในอนาคต ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดความหวังของเฮิร์ท ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นความรู้สึก (feeling) ที่เป็นพลังภายในบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ปัจจุบันและสนับสนุนให้บุคคลคาดถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของความหวังแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก และความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น

ในส่วนของ โครงสร้างของความหวังนั้น แลงค์ (Lange, 1978) แบ่งโครงสร้างของความหวังออกเป็นมิติต่าง ๆ คือ มิติด้านอารมณ์ (affective component) ประกอบด้วย ความศรัทธา ความเชื่อมั่น ความไว้วางใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีความหวัง มิติด้านสติปัญญา (cognitive component) ประกอบด้วย การพิจารณา ไตร่ตรอง อย่างมีเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับ 2 มิติของตุฟอลท์และมาท็อกซีโอซึ่งแบ่งความหวังออกเป็นมิติต่าง ๆ รวม 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ (affective dimension) มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) มิติด้านเวลา (temporal dimension) มิติของบริบท (contextual dimension)

มิติของความหวังมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ มีประเด็นหลักที่สำคัญคือ ความรู้สึกและอารมณ์ องค์ประกอบของมิตินี้ ได้แก่

- 1.1 ความรู้สึกดึงดูด สนใจต่อเป้าหมายที่ต้องการ
- 1.2 ความรู้สึกให้ความสำคัญต่อเป้าหมาย
- 1.3 ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะถึงเป้าหมายที่ต้องการ
- 1.4 ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมาย
- 1.5 ความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นขณะที่มีความหวัง

โดยบุคคลจะแสดงออกแตกต่างกันได้หลายทาง ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ถ้อยคำ เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีความต้องการ ความปรารถนา ความผูกพันที่จะบรรลุเป้าหมาย

หมายที่บุคคลนั้นต้องการ โดยในความหวังนั้นจะประกอบด้วยมิติของอารมณ์แทรกซึมอยู่ด้วย มิตินี้จะรวมทั้งความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ทั้งความสุขสบาย และความเจ็บปวด

2. มิติด้านสติปัญญา มีประเด็นหลักที่สำคัญคือ เป็นความคิด จินตนาการ ความสงสัย ความจำ การเรียนรู้ การแปลความ การตัดสินใจ องค์ประกอบของมิตินี้ ได้แก่

2.1 ความชัดเจนในเป้าหมายของความหวัง เช่น เป้าหมายที่ดี

2.2 การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความจริงและความหวัง

2.3 จำแนกปัจจัยภายในและภายนอกตนเองที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่ทั้งส่งเสริมและต่อต้านความหวัง

2.4 การยอมรับว่าความต้องการในอนาคต อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้

2.5 ประสบการณ์ในอดีต เป็นสิ่งสนับสนุนว่าบุคคลจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายที่ต้องการมากกว่าเป้าหมายที่ไม่ต้องการ

ในมิตินี้ความหวังจะต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของสถานการณ์รอบตัว ซึ่งความหวังอาจมีการเปลี่ยนแปลง ปรับใหม่ และมีความหวังใหม่เกิดขึ้นก็ได้ โดยที่บุคคลนั้นยังอาจเหลือความหวังเก่า ๆ ไว้บ้าง เพื่อนำมาผสมผสานกับความหวังใหม่ที่จะเกิดขึ้น

3. มิติด้านพฤติกรรม มีประเด็นหลักที่สำคัญคือ การแสดงออกของบุคคลจะมีความสัมพันธ์กับความหวัง คือ บุคคลจะกระทำการเพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จของเป้าหมาย ซึ่งอาจแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความเชื่อทางศาสนา

ทางด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามกำหนดเวลา การออกกำลังกายเพื่อนำไปสู่เป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ เป็นต้น

ทางด้านจิตใจ เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา เป็นต้น

ทางด้านสังคม เป็นการกระทำที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น

ทางด้านความเชื่อทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ภาวนา ความเชื่อในพระเจ้า เป็นต้น

4. มิติด้านความผูกพัน มิตินี้รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ความผูกพัน ความคุ้นเคย ความใกล้ชิด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้

ยังรวมถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งมีชีวิตชนิดอื่น เช่น พืชและสัตว์ เป็นต้น

ตัวอย่างของความหวัง ในมิตินี้เป็นความรู้สึกที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม กระทำสิ่งที่ดีสำหรับบุคคลอื่น การสนับสนุนให้ความหวังของบุคคลอื่นเป็นความจริง รวมถึงการที่บุคคลแสวงหาหรือได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ได้แก่ การได้รับการรักษา ได้รับข้อมูลข่าวสาร การดูแลทะนุถนอมสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ รวมถึงความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

5. มิติด้านเวลา มีประเด็นหลักที่สำคัญคือเป็นความหวังตามระยะเวลาในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ความหวังในอดีต อดีตมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลาย ๆ ทาง ในบางโอกาสเมื่อบุคคลพบประสบการณ์ที่เป็นความหวังในอดีต บุคคลก็ปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต หากความหวังในอดีตไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่เป็นที่ต้องการ เช่น ความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ เป็นต้น ความหวังจากสถานการณ์เหล่านั้นก็ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต

ความหวังในปัจจุบัน บุคคลหวังว่าสิ่งที่ดีในปัจจุบันจะเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต และจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่อยู่แล้วในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ด้อยกว่านี้ในอนาคต บุคคลหวังว่าในอนาคตจะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น บุคคลมักจะใช้ปัจจุบันเป็นจุดที่อ้างอิงถึงความจริงในอนาคต

ความหวังในอนาคต บุคคลจะมีความหวังในอนาคตที่แตกต่างกันไป บางคนมีกำหนดเวลา บางคนไม่มีกำหนดเวลา บางคนอาจกำหนดเวลาในช่วงสั้น เช่น ผู้ป่วยมีความหวังในอนาคตว่าการผ่าตัดคงจะประสบผลสำเร็จ เป็นต้น บางคนอาจกำหนดเวลาในช่วงยาว เช่น ผู้ป่วยมีความหวังว่าเขาจะสามารถเดินได้อีกครั้งหนึ่งเมื่ออาการของเขาดีพอ เป็นต้น

6. มิติของบริบท มีประเด็นหลักที่สำคัญคือ สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์แวดล้อมมีอิทธิพลและเป็นส่วนหนึ่งของความหวังของเรา สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ ได้แก่ การสูญเสีย (loss) ในสิ่งต่อไปนี้

- 6.1 สูญเสียการทำหน้าที่ทางกายภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และเสียชีวิต
- 6.2 สูญเสียหน้าที่และความมีอิสระ
- 6.3 สูญเสียความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การกระทำใด ๆ ที่สร้างสรรค์
- 6.4 สูญเสียความสามารถที่จะทำให้สิ่งที่คาดหวังไว้เสร็จสมบูรณ์

- 6.5 สูญเสียสัมพันธภาพที่ดี
- 6.6 สูญเสียความลับทางการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 6.7 สูญเสียสถานภาพครอบครัว
- 6.8 สูญเสียความเป็นผู้มีคุณค่า

ในเวลาต่อมา เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้รวมมิติทั้ง 6 มิติของดูฟอล์กซ์และมาท็อก-ซีโอเข้าด้วยกัน เนื่องจากเป็นมิติที่หลากหลายซับซ้อน โดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรวมมิติด้านสติปัญญาและกาลเวลาเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ในเวลาอันใกล้และในอนาคต เป้าหมายในอนาคตอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ แต่บุคคลก็คาดหวังว่าจะบรรลุเป้าหมายและสามารถควบคุมสถานการณ์ในอนาคตได้ ความหวังในด้านนี้ทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตนในภายภาคหน้า แต่ถ้าบุคคลมองเห็นอนาคตของตนเองไม่มั่นคงถาวร ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะทำให้เกิดความหวัง

2. ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก (inner positive readiness and expectancy) เป็นการรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและพยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในทางบวก รวมทั้งเป็นความรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตน ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนมีค่ามากขึ้น ความหวังในด้านนี้จะรวมถึงการฟื้นฟูความทรงจำทางบวกในอดีตได้ด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and others) เป็นการรวมมิติด้านความผูกพันและบริบทเข้าด้วยกัน ความหวังในด้านนี้แบ่งเป็น

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตน ซึ่งหมายถึงคุณสมบัติ (attributes) หรือความสามารถ (competence) ของบุคคล ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจ (determination) เป็นการยืนยันแน่วแน่ในสิ่งที่คาดหวัง เช่น บุคคลจะคาดหวังว่า "ไม่มีสิ่งใดที่ทำให้ฉันและทั้งจากสิ่งที่ต้องการ" "ความตั้งใจอันแน่วแน่ทำให้ฉันรู้สึกเข้มแข็ง"

3.1.2 ความกล้าหาญ (courage) มักจะเกิดขึ้นหลังจาก "ความตั้งใจ" บุคคลจะคาดหวังว่า "ความกล้าหาญจะช่วยฉันในการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวด" ความกล้าหาญ

ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณจะประสบผลสำเร็จ ผลที่ตามมาคือช่วยปรับระดับประคองความหวังของตน

3.1.3 ความสงบ เยือกเย็น (serenity) เป็นความรู้สึกสงบ ร่าเริงภายในจิตใจ ซึ่งความรู้สึกนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความหวัง

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว เป็นต้น บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ตน ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึก รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังหมายถึงความศรัทธาต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น จิตวิญญาณ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (spirit) เป็นต้น เนื่องจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือคำอธิบายที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณจะผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยดี บุคคลจะแสดงออกโดยการสวดมนต์ ร่วมพิธีทางศาสนา โดยบุคคลหวังว่า "ความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะทำให้ฉันพ้นจากความทุกข์ทรมาน"

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดแนวคิดความหวังของเฮิร์ท เนื่องจากความหวังในแต่ละด้านของเฮิร์ทมีความใกล้เคียงกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะคาดหวังว่าตนเองจะมีสุขภาพปกติไปได้อีกนานพอสมควร (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) ซึ่งใกล้เคียงกับความหวังในด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต เมื่อทุเลาจากอาการของโรคแล้ว บุคคลสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หวังที่จะสามารถกลับสู่ภาวะปกติ (Kermode, 1995) ซึ่งใกล้เคียงกับความหวังในด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องการที่จะมีความผูกพันกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อบุคคลที่อยู่โดยรอบ (Belcher et al., 1989) ซึ่งใกล้เคียงกับความหวังในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

ในการประเมินความหวังของบุคคลนั้น แบบประเมินความหวังที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จะมีทั้งแบบประเมินความหวังโดยการสังเกตพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าบุคคลมีหรือไม่มี ความหวัง เช่น ความเร็ว-ช้าของการรับรู้ (ตื่นตัว-เฉื่อยชา) ความสุขสบายทางจิตใจ (ความผาสุก-ความสูญเสีย) การเข้าสังคม (มีส่วนร่วมในสังคม-แยกตัวออกจากสังคม) (Lange, 1978 cited in Miller, 1991) ส่วนแบบประเมินที่เป็นที่นิยมสำหรับวิจัยทางการแพทย์นั้นเป็นลักษณะในรูปแบบของการทำเครื่องหมายในแบบทดสอบคือ แบบประเมินที่ใช้กันอยู่ทั่วไป เช่น Miller Hope

Scale (1985) Nowotny Hope Scale (1989) Herth Hope Index (1992) เป็นต้น ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีแนวคิดที่ใช้ในการประเมินความหวังคล้ายคลึงกันมาก โดยประเมินถึงผลที่คาดหวังว่าจะให้เกิดขึ้นในอนาคต ความเป็นไปได้ของเป้าหมายที่คาดหวัง ความหวังที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งที่ตนศรัทธา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความหวังคือ ดัชนีบ่งชี้ความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) เนื่องจากแต่ละมิติซึ่งเป็นโครงสร้างของความหวังมีความใกล้เคียงกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดตั้งที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น นอกจากนี้ยังประกอบด้วยมิติที่กล่าวถึงความยึดมั่นศรัทธาภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่บำบัดภายในวัด โดยดัชนีบ่งชี้ความหวังนี้ เฮิร์ทได้ยืมมาจากมาตรวัดความหวัง (Herth Hope Scale) เพื่ออธิบายลักษณะเฉพาะของความหวังแต่ละด้านออกมาอย่างชัดเจน และลดจำนวนข้อคำถามลง

เนื่องจากโรคเอชไอวีเป็นโรคที่ไม่มีหนทางในการรักษาให้หายขาดได้ และผู้ติดเชื้อมักจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอชไอวี จะนึกถึง "ความตาย" ที่ใกล้เข้ามา จึงต้องประสบกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ โดยปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยคือ ความโศกเศร้าทุกข์ระทม ช็อค โกรธ วิตกกังวล (Lippman et al., 1993) ขาดการวางแผน การคาดการณ์และการตั้งความหวังในอนาคต ซึ่งควรจะมีในวิถีชีวิตของบุคคลทั่วไป (Belcher et al., 1989) นอกจากนี้ยังซึมเศร้าและอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) ดังนั้นความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีความต้องการเช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็ง คือ ต้องการความผูกพันกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญต่อบุคคลที่อยู่โดยรอบ ต้องการความหวังที่จะช่วยให้ตนเองดำรงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย (Belcher et al., 1989) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีระยะปรับตัวและยอมรับความจริง ซึ่งจะเกิดภายหลังจากระยะที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจเกิดขึ้น และได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้ปรับตัวยอมรับความจริง ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยจะเริ่มตั้งเป้าหมายในชีวิตยอมรับว่าตนติดเชื้อ และมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน แต่ก็ยังสามารถตั้งความหวังได้ว่าตนอาจจะมีสุขภาพปรกติไปได้อีกนานพอสมควร (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) เมื่อทุเลาจากอาการของโรคแล้ว ตนสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หวังที่จะสามารถกลับ

มาสู่ภาวะปกติได้ (Kermode, 1995)

ในผู้ติดเชื้อเอดส์ การพยาบาลที่สำคัญคือ การช่วยเหลือให้ได้รับข่าวสาร ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อนำไปเป็นวิถีทางในการดูแลตนเอง และสิ่งที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งคือ ใ้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ (Kermode, 1995) เนื่องจากความหวังจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดีขึ้น การดำเนินไปสู่ระยะที่รุนแรงจะช้าลง และความหวังยังทำให้บุคคลอดทนต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น (Simonton et al., 1987 อ้างใน อรรถญา เชาวลิต และคณะ, 2537) การช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอดส์คงไว้ซึ่งความหวังคือ การให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเอง กระตุ้นให้มีการวางแผนการณในอนาคต มีการเข้าร่วมกลุ่มในรูปของชมรมองค์การ มีการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ โดยใช้วิธีการทางศาสนา เช่น การฝึกสมาธิ เป็นต้น (Mack, 1988) ในปัจจุบันนี้มีการนำวิธีการและหลักการทางศาสนามาเป็นแนวทางในการบำบัดให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความหวัง ดังเช่นจากรายงานวิจัยเรื่องการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรมะ ศึกษาเฉพาะกรณีวัดตอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยจิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2538) โดยศึกษาผลการปฏิบัติธรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการอบรมสมาธินาน 7 วัน จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่าผลด้านจิตใจจะเกิดเร็วที่สุด โดยผู้เข้ารับการอบรมมีสุขภาพจิตดีขึ้น มีความหวัง ในชีวิตมากขึ้น มีการคาดหวังในชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านชีวิตครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ด้านอาชีพการงาน

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าวิธีการทางศาสนาเช่น การฝึกสมาธิ จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เกิดความหวังอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นภายในจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกสมาธิเป็นการฝึกอบรมใจให้เกิดปัญญา โดยเปรียบเทียบเหมือนพลัง ซึ่งเมื่อรวมเป็นสมาธิที่แน่วแน่ จะก่อให้เกิดกำลังใจ (อมรา มลิลลา, 2531) โดยพลังของใจดังกล่าวนี้เป็นส่วนสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงให้บุคคลมีศรัทธาในสิ่งที่กระทำ มีความเชื่อมั่นพากเพียร พยายามทำในสิ่งที่ตั้งใจ สิ่งคาดหวังไว้ (อมรา มลิลลา, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย พบว่าบุคคลที่มีความยึดมั่นในศาสนาอย่างเหนียวแน่นจะมีความสัมพันธ์กับความหวังที่สูง ทั้งนี้เนื่องจากศาสนาจะช่วยขัดเกลาจิตใจ ทำให้มีจิตใจหนักแน่น สงบเยือกเย็น คิด-พูด-กระทำในสิ่งที่ดี มีการเรียนรู้และยึดมั่นในความจริงอัน

เป็นสัจธรรม สามารถทำให้สงบมั่นคง ปล่อยวาง เป็นสุขตามสมควร เกิดปัญญาที่จะหาทางออกให้แก่ปัญหาของชีวิตที่กำลังประสบอยู่ และมีชีวิตอยู่อย่าง ไม่สิ้นหวัง (พร รัตนสุวรรณ, 2524) อังใน ละเอียต ภักดีจิตต์, 2535) ดังนั้นจะเห็นว่าผลของวิธีปฏิบัติทางศาสนาจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความหวังอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากแนวคิดความหวังของเฮิร์ทนั้น บุคคลที่มีความหวังจะรู้สึกมั่นใจและพยายามกระทำเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายในทางบวกที่ตนเองคาดหวังไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกี (Gee, 1982) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อบรรลุตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ได้แก่ พยายามปฏิบัติตน พักผ่อน และออกกำลังกายตามคำแนะนำ รวมทั้งเริ่มวางแผนในการดูแลตนเอง และเมื่อบุคคลหมดหวังจะพบว่าไม่มีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง (Miller, 1985; 1991)

จากการค้นคว้าเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (ละเอียต ภักดีจิตต์, 2538; Herth, 1989; 1990) และความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัว (สายสม ภาณุมาศมณฑล, 2534; กาญจนา ศิริวรราชัย, 2536; Raleigh, 1980; Rideout, 1986) แต่ยังไม่มียานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความหวัง

จากแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น บุคคลในสังคม โดยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ จากความรักใคร่ ผูกพัน ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย การมีส่วนร่วมในสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และความรู้สึกมีคุณค่าจากการได้รับการยอมรับ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับคำแนะนำ ทรัพย์สิน หรือบริการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์หรือได้รับการ

สนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ถือได้ว่าเป็นรากฐานของความหวัง ทำให้บุคคลเกิดความหวัง (Scanlon, 1989; Gaskin & Forte, 1995) สอดคล้องกับแนวคิดของอีริกสัน (Erikson, 1982 cited in Farran, Salloway, & Clark, 1990) ที่กล่าวว่า ความหวังเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากการมีปฏิสัมพันธ์ โดยรากฐานของความหวังมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ของมารดาและบุตร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน (Herth, 1989; Raleigh, 1992) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะทำให้เกิดการสนับสนุนทางอารมณ์และส่งเสริมให้เกิดความหวัง

มีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความหวังในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยมัลติเปิล สเคอโรซิส (Foote et al., 1991) และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Piazza et al., 1991) โดยในการศึกษาทั้งสองนี้ประเมินความหวังโดยมาตรวัดความหวังของมิลเลอร์ (Miller Hope Scale) ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของเนื้อหาในแบบประเมินมากนัก โดยที่มิลเลอร์ได้แบ่งองค์ประกอบของความหวังเป็นหลายองค์ประกอบ เช่นความผูกพันกัน การรับรู้ถึงความเป็นไปได้ การทำนายเหตุการณ์ในอนาคต การมองโลกในแง่ดี เป็นต้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยประเมินโดย แบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนอร์ท ซึ่งประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดของไวส์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความหวังที่มากขึ้น สำหรับในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษา จากพื้นฐานแนวคิดที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลต่อความหวังของบุคคลดังที่กล่าวแล้วในตอนต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่ วัดพระบาทน้ำพุร่วมด้วย เนื่องจากความหวังและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

จากการที่ปัญหาโรคเอดส์ในปัจจุบัน กลายเป็นปัญหาที่กำลังวิกฤตมาก ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ประสบปัญหาประการสำคัญคือคนในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังกลัวและรังเกียจผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากถูกทอดทิ้งจนต้องเสียชีวิตไปอย่างทุกข์ทรมาน พระอโศกต ดิกขปัญโญ และองค์กรพุทธศาสนิกสัมพันธ์เพื่อสังคม ได้ตระหนักถึงปัญหาอันวิกฤตนี้ จึงเริ่มดำเนินงานโครงการธรรมรักษณีเวศน์ และโครงการรักษณีมนุญย์ในเวลาต่อมา โดยโครงการธรรมรักษณีเวศน์เป็นโครงการต้นแบบบ้านพักสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยวิถีทางพุทธแห่งแรกในประเทศไทยที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีการใช้หลักความเมตตาและมนุษยธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกันเป็นปรัชญาพื้นฐานของโครงการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ในเวลาต่อมาพบว่า มีผู้ติดเชื้อระยะไม่ปรากฏอาการและผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์มารับการบำบัดร่วมด้วย โดยทางโครงการไม่สามารถปฏิเสธการรับผู้ติดเชื้อได้ ต่อมาจึงได้ให้การบำบัดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระยะของโรค โดยจะรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ไว้บำบัดภายในโครงการ

วัตถุประสงค์ทั่วไปของโครงการธรรมรักษณีเวศน์

1. เพื่อฟื้นฟูบทบาทของพระพุทธานุชา ในการแก้ไขปัญหาวิกฤตในสังคม
2. เพื่อให้พุทธศาสนิกชนได้ร่วมกันแสดงความเมตตาและมนุษยธรรมต่อผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน
3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ของสังคมที่มีคุณธรรม ประยุกต์หลักคำสอนของพุทธศาสนาสู่การปฏิบัติให้เป็นแบบอย่างในสังคมไทย
4. เพื่อสร้างจิตสำนึกในสังคมโดยรวม ให้เกิดเจตคติที่ดีงามต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ และตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน

วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการธรรมรักษณีเวศน์

1. จัดบ้านพักและให้การดูแลขั้นพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองและพึ่งตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
3. เป็นสถานที่ฝึกอบรม และให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ต่อสังคม รวมทั้งการเผยแพร่

ประชาสัมพันธ์

4. ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน มีความเสียสละของคนในชุมชนต่อการมีส่วนร่วมบุคลากรที่รับผิดชอบงานของ โครงการ

ปัจจุบัน โครงการธรรมรักษานิเวศน์ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในงานฝ่ายต่างๆ ประกอบด้วย พระอลงกต ดิถีปัญโญและพระสงฆ์รูปอื่น ๆ ภายในวัด พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล อาสาสมัคร ผู้ป่วยอาสา เป็นต้น ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเงื่อนไขการรับผู้ติดเชื้อเอดส์ไว้บำบัดในโครงการ ดังนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสเอช ไอ วี และสามารถพักฟื้นอยู่นอกสถานพยาบาลได้
2. เป็นผู้ที่มิเอกสารสำคัญดังนี้ บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน และใบส่งตัวจากแพทย์ผู้รักษา
3. เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ และต้องไม่เป็นอัมพาต
4. เป็นผู้ที่มีญาติหรือผู้รับรองในการเข้ารับการบำบัด

ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด จะได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองภายหลังการติดเชื้อ หลังจากนั้นจะจัดให้ผู้ติดเชื้อเข้าพักตามความเหมาะสม ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะจัดให้อยู่ในบ้านพัก โดยผู้ติดเชื้อจะอยู่รวมกันหลังละ 2 คน แยกเป็นสัดส่วนทั้งชายและหญิง และแยกเป็นสัดส่วนทั้งผู้ติดเชื้อที่เป็นและไม่เป็นวันโรค ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเป็นสามี ภรรยา และบุตร จะจัดให้อยู่รวมกันหลังละ 1 ครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้ได้มีโอกาสอยู่เป็นครอบครัวอย่างอบอุ่น
2. ผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ที่มีอาการหนักและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น จัดให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (วิทยาลัย 1) ที่มีจำนวน 40 เตียง โดยต้องมีญาติดูแลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เมื่ออาการทุเลาลงแล้ว จะได้รับการรักษาในหออภิบาล (วิทยาลัย 2) จนมีอาการดีขึ้นจึงย้ายเข้าบ้านพัก

การดูแลผู้ติดเชื้อประกอบด้วย พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครของโครงการธรรมรักษานิเวศน์ โดยร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ดังนี้ การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1. การให้การพยาบาลตามลักษณะอาการและประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ติดเชื้อจะได้รับการตรวจสุขภาพ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกาย และให้การดูแลรักษาตามอาการ โดยพยาบาลประจำโครงการทุกวันเสาร์ ในผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น มีไข้ มีฝ้าในปาก ผิวหนังเป็นแผล จะได้รับการรักษาทางยาตามอาการ ในรายที่มีอาการมาก เช่น ท้องเสีย อ่อนเพลีย จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดภายในคลินิก ส่วนผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาล (วิทยาลัยฯ 1) ผู้ติดเชื้อแต่ละคนจะได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น ผู้ติดเชื้อที่มีสุขภาพปกติที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักจะรับประทานอาหารธรรมดา ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีอาการหนักและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการดูแลในหออภิบาล (บ้านวิทยาลัยฯ) จะได้รับประทานอาหารอ่อน

2. การดูแลให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกเหนือจากการรักษาและดูแลตามอาการอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำโครงการและอาสาสมัครแล้ว ผู้ป่วยเอดส์ในหออภิบาลจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกวันอาทิตย์

3. การดูแลให้ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งตัวไปรักษายัง โรงพยาบาลอื่น ผู้ติดเชื้อจะได้รับการส่งตัวตามความสมัครใจไปรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลบาราศันราดูลู ทุกวันพุธ การดูแลผู้ติดเชื้อทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย

การให้ครอบครัวและญาติพี่น้อง ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทั้งผู้ป่วยเอดส์ในหออภิบาลและผู้ติดเชื้อในบ้านพัก โดยครอบครัวและญาติจะได้รับการสอนวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อที่ถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อไม่มีครอบครัวหรือญาติคอยดูแลใกล้ชิด จะมีอาสาสมัครและผู้ป่วยอาสา ให้การดูแลผู้ติดเชื้ออย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเกิดกำลังใจ มีความภูมิใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลผู้ติดเชื้อทางด้านสังคม ประกอบด้วย

การดูแลช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของผู้ติดเชื้อ เช่น การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในบ้านพัก การดูแลซึ่งกันและกันในยามเจ็บป่วย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้แก่ การพัฒนาวัด เก็บขยะ รดน้ำต้นไม้ ทำสวนหย่อม ฝึกงานอาชีพ

การดูแลผู้ติดเชื้อทางด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

การสอนและปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์บูชาพระรัตนตรัย การ

ทำวัตรเช้า-เย็น และวิปัสณากรรมฐาน เพื่อให้มีจิตใจหนักแน่น สงบ เยือกเย็น ในส่วนของผู้
ป่วยเอดส์จะมีพระสงฆ์เป็นผู้คอยให้สติโดยใช้หลักทางศาสนา เพื่อเป็นเครื่องมือยึดเหนี่ยวทาง
จิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกว่าเขาได้จากไปอย่างอบอุ่นท่ามกลางการรายล้อมของบุคคลอัน
เป็นที่รักและห่วงใย

ผู้ติดเชื้อทุกคนที่มีสุขภาพเป็นปกติจะร่วมทำกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

เวลา 06.00 น. สวดมนต์ นั่งสมาธิ โดยมีพระเป็นผู้นำ

เวลา 06.30 น. พัฒนาวัด เก็บขยะ รดน้ำต้นไม้

เวลา 08.00 น. รับประทานอาหารเข้าร่วมกันที่โรงครัว

เวลา 09.00 น. เลือกทำงานประจำวัน หรืองานอาชีพตามความถนัดของแต่ละคน
งานประจำวัน ได้แก่ ล้างห้องน้ำ ขับรถ ทำสวน ซักผ้า เบิก-จ่ายพัสดุ ช่วยงานโรงครัว ทำความ
สะอาดสถานที่ต่าง ๆ ในเขตวัด งานซ่อมบำรุง

งานอาชีพ ได้แก่ ฝึกงานไม้ ปลูกพลาสเตอร์ ประดิษฐ์ดอกไม้ ทำสติ๊กเกอร์

เวลา 12.00 น. รับประทานอาหารเที่ยงร่วมกัน

เวลา 13.00 น. เลือกทำงานประจำวันหรืองานอาชีพตามความถนัดของแต่ละคน (ต่อ)

เวลา 16.30 น. พัฒนาวัด เก็บขยะ ทำสวนหย่อม

เวลา 17.00 น. ร่วมกิจกรรมนันทนาการ (ออกกำลังกายแบบแอโรบิค) นาน
30 นาที หลังจากนั้นเล่นกีฬาตามความถนัด เช่น ตะกร้อ ฟุตบอล
บิงปอง แบดมินตัน

เวลา 18.00 น. รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน

เวลา 19.30 น. เดินจงกรม สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฝึกโยคะและอบรมรวม

เวลา 20.00 น. นอน

ผู้ติดเชื้อทุกคนต้องปฏิบัติตามตารางกิจกรรม ยกเว้นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี โดยปฏิบัติทุกวัน
ยกเว้นวันอาทิตย์ เพื่อให้ทุกคนมีเวลาเป็นส่วนตัว สามารถออกนอกเขตวัดได้ ตั้งแต่ 8.00-
16.30 น. ซึ่งหลักการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ดังกล่าวนี้ นอกจากจะเป็นหลักการของโครงการ
ธรรมรักษานิเวศน์แล้ว ยังเป็นหลักการการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ของโครงการ
การรักษามนุษย์อีกด้วย

โครงการรักษามนุษย์ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานครและโครงการธรรมรักษานิเวศน์ มีหลักการของโครงการ เน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ให้เกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ โดยโภชนาการบำบัด ซึ่งแนวทางดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของไทย

การดำเนินงานของ โครงการรักษามนุษย์มีวัตถุประสงค์คือ

1. หารูปแบบและแนวทางในการจัดตั้งชุมชนบำบัด เพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวม คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. นำรูปแบบที่ได้ไปใช้ เป็นต้นแบบในการขยายผลการปฏิบัติ ให้กับหน่วยงานชุมชน
3. เป็นการสนับสนุนนโยบายของรัฐที่ให้จัดตั้งชุมชนบำบัดของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยโครงการมีเป้าหมายในการจัดตั้งชุมชนบำบัดที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวมที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 2 ปี (พ.ศ.2539-2540) โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้สมัครใจ สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของโครงการในเรื่องการปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด และสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่โครงการกำหนดอย่างสม่ำเสมอ โดยที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ของ โครงการธรรมรักษานิเวศน์ และโครงการรักษามนุษย์ จะได้รับการบำบัดทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเช่นเดียวกันทุกประการ รวมทั้งมีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน

จะเห็นว่าแนวทางการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งสอง โครงการ อันประกอบด้วย การปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์บูชาพระรัตนตรัย การทำวัตร การทำสมาธิ เพื่อขัดเกลาจิตใจ ทำให้มีจิตใจหนักแน่น สงบ เยือกเย็น คิด-พูด-กระทำในสิ่งที่ดี ผู้ติดเชื้อเอดส์จะได้รับการเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม กล่าวคือมนุษย์ทุกคนจะต้องประสบกับ เกิด แก่ เจ็บ ตาย หมุนเวียนเป็นวัฏจักร เมื่อบุคคลเข้าใจ ยอมรับ และยึดมั่นในสัจธรรมเช่นนี้ก็จะสามารถทำใจให้สงบมั่นคงและเป็นสุขตามสมควรแม้จะมีความทุกข์จากความเจ็บป่วย มีจิตปล่อยวาง เกิดปัญญาที่จะหาทางออกให้แก่ปัญหาของชีวิตที่กำลังประสบอยู่ มีชีวิตอยู่อย่างไม่สิ้นหวัง มีศรัทธาและแรงดลใจที่จะแสดงออกในเรื่องที่เป็นการคาดหมายถึงอนาคตของตน (พร รัตนสุวรรณ, 2524 อ้างใน ละเอียต ภัคคีจิตต์, 2536)

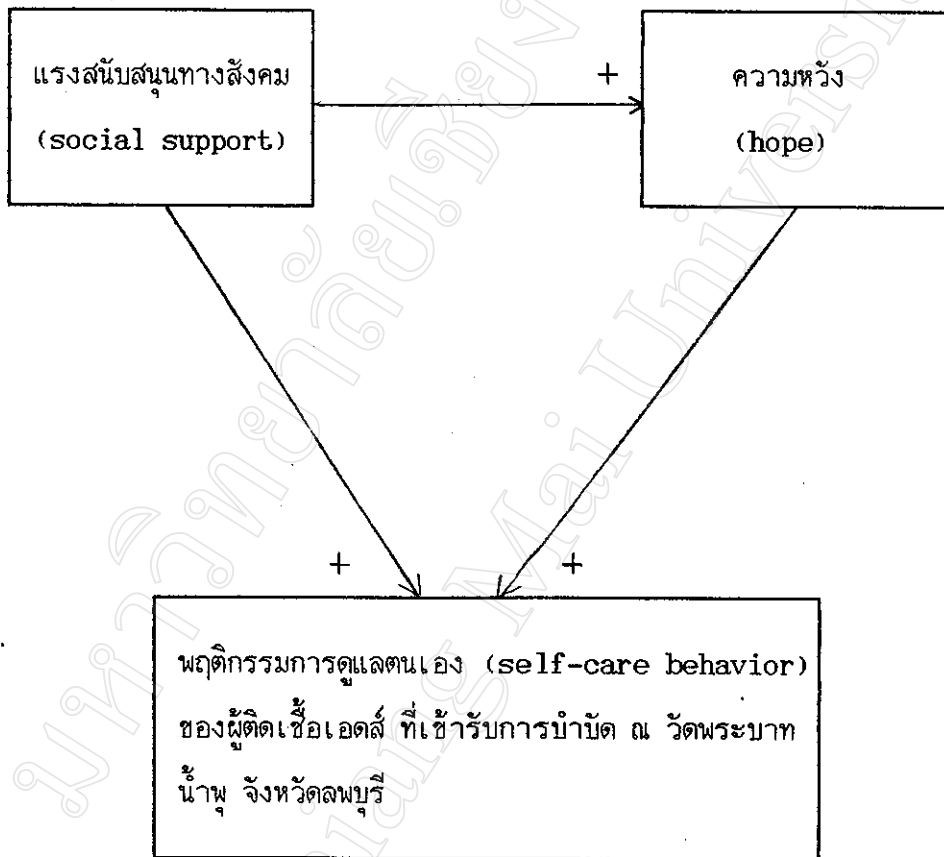
ส่วนแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ทางด้านจิตใจและด้านสังคม อันประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ในยามเจ็บป่วย หรือการร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ใกล้ชิด และรักใคร่ผูกพันกัน มีโอกาสพูดคุยให้ความช่วยเหลือในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เรียนรู้การเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น สามารถเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งเปรียบเสมือนว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการ

กล่าวโดยสรุป โรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ทางด้านร่างกายคือจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการดูแลตนเองลดลงจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย ส่วนผลทางด้านจิตใจจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์หมดความหวัง นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มักขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โครงการธรรมรักษันิเวศน์และโครงการรักษ่มนุษย์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีหลักการบำบัดทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเปรียบเสมือนแหล่งของความหวังและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความหวัง และเมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามสิ่งที่หวังไว้ รวมทั้งเริ่มวางแผนในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีส่วนช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัดในโครงการนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม นั้น บุคคลจะมีการดูแลตนเอง โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยพื้นฐานสองประการที่มีส่วนสำคัญคือแหล่งประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ในชีวิต การได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่วิกฤตมาก จากการศึกษาที่ยังไม่มีทางรักษาโรคให้หายและต้องเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต จากสภาวะดังกล่าวนี้อาจจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความหวังจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากความหวังมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลวางแผนในการดูแลตนเอง รวมทั้งรู้สึกมีกำลังใจและพยายามกระทำเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายในทางบวก นอกจากนั้น การเป็นที่รังเกียจและได้รับการปฏิเสธจากครอบครัวและบุคคลในสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องแยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาด้านจิตใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และช่วยให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์และโครงการรักษัมนุญย์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จะได้รับการบำบัดดูแลโดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนแนวทางบำบัดอีกประการหนึ่งคือการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาซึ่งเปรียบเสมือนเป็นแหล่งของความหวัง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่อาจจะมีส่วนส่งเสริมให้เกิดความหวังและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งยังมีความหวังในชีวิตที่อาจจะมีส่วนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วยเช่นเดียวกัน



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี