

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อผู้ดูแล
2. ความวิตกกังวลกับการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ
3. พฤติกรรมการปรับตัวกับการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแล

บุคคลติดเชื้อ เอชไอวีที่มีอาการ

การติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อผู้ดูแล

การติดเชื้อ เอช ไอ วี

การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ (AIDS) Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นการติดเชื้อที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) เชื้อไวรัสนี้จะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถป้องกันอันตรายจากโรคติดเชื้อ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) เป็นโรคมะเร็งบางชนิด หรือเกิดอาการทางจิตและประสาทได้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมักจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (Corless & Pittman- Lindeman, 1989; WHO, 1993) เชื้อไวรัสชนิดนี้จัดอยู่ในกลุ่มรีโทรไวรัส (retrovirus) ในตัวเชื้อจะมีเอนไซม์ (enzyme) สองชนิด คือ เอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเตส(enzyme reverse transcriptase) และ โปรตีเอส (protease) (Lovejoy, 1988; Volberding, 1989; WHO, 1993)

เชื้อเอชไอวีนั้น สามารถตรวจพบได้ในของเหลวจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะ นํ้านม น้ำคร่ำ เหงื่อ (Kelly, 1995) แต่พบว่าโอกาสที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อมีเฉพาะทางเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด น้ำอสุจิและน้ำในช่องคลอดเท่านั้น(WHO, 1993) ดังนั้นทางติดต่อของโรคเอดส์จึงประกอบด้วย การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดต่อทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ซึ่งเป็นการรับเชื้อเอชไอวีโดยตรงและเป็นวิธีการติดต่อโรคที่แน่นอนที่สุด (Grime & Grime, 1994) และการติดต่อจากมารดาสู่ทารก

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะใช้เวลาฟักตัวนานเท่าไรยังไม่มีคำตอบแน่นอน ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการของโรคอาจใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 5 ปีหรือนานกว่านั้นก็ได้ ผู้ที่ติดเชื้ออาจไม่พบอาการใด ๆ เลย บางรายจะมีเชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายได้ตลอดชีวิตโดยไม่มีอาการ(นพพร สิทธิสมบัติ, 2539; Pratt, 1995; Sehoub, 1994) การแบ่งอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นแบ่งออกเป็นสามกลุ่มดังนี้ (Polaski & Tatro, 1996)

กลุ่มอาการ A ระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยกลุ่มอาการดังนี้

1. ไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic HIV infection)
2. ต่อมมน้ำเหลืองโตทั่วตัวอย่างเรื้อรัง(persistent generalization lymphadenopathy)
3. มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลันหรือมีประวัติว่าเคยมีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน เช่น มีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้นต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น อาการจะหายไปภายใน 1-2 สัปดาห์

กลุ่มอาการ B คือ ระยะปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อมีอาการหรือโรคอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. bacterial endocarditis, meningitis, pneumonia or sepsis
2. ติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ที่เกิดอย่างเรื้อรัง > 1 เดือน และไม่ตอบสนองต่อการรักษา
3. ฟ่าขาวในช่องปากจากเชื้อแคนดิดา
4. อู่้งเชิงกรานอักเสบ

5. ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหรือถ่ายเหลวมากกว่า 1 เดือน

6. herpes zoster ที่เกิด > 1 dermatome

7. idiopathic thrombocytopenic purpura

กลุ่มอาการ C คือ กลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงของโรคที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ได้

แก่

1. pulmonary tuberculosis ที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

2. recurrent pneumonia

3. pneumocystis carinii pneumonia

4. herpes simplex infection

5. yeast infection

6. mycobacterium avium complex

7. non-Hodgkin's lymphoma

8. Kaposi's sarcoma, cervical cancer

จากการประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพประจำปี ครั้งที่ 11 พ.ศ. 2536 สรุปว่ายังไม่มียุทธศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจงและได้ผลในการรักษาภูมิคุ้มกันที่เสื่อมหรือบกพร่องให้กลับฟื้นคืนสภาพขึ้นใหม่ เป็นเพียงการรักษาตามอาการของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หลักการรักษาในปัจจุบัน คือ การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งที่เกิดขึ้น การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันที่เสียไป และการรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อผู้ดูแล

การติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวได้ไม่น้อยไปกว่าที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ติดเชื้อเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิดรับผิดชอบและดูแลผู้ติดเชื้อเพราะนอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายแล้ว ผู้ดูแลยังต้องช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อด้วย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื่อ

อุณหภูมิและพุนทรัพย์ โสภรัตน์, 2537; Tretber, Shaw & Malcom, 1989 cited in Lego, 1994) ผลกระทบต่อผู้ดูแลจึงแบ่งออกเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลจะใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ผู้ดูแลบางรายจะมีอาการหลงลืม รับประทานอาหารได้น้อยลง และรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ บางรายมีอาการปวดศีรษะ เป็นโรคงูสวัด (Lovejoy, 1988) นอกจากนี้ยังพบการแสดงออกทางร่างกายที่เกิดจากผลกระทบจิตใจของผู้ดูแล เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใจสั่น หายใจเร็วขึ้น หายใจไม่เต็มอิ่ม แน่นหน้าอก มีอาการท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง ปัสสาวะบ่อยขึ้น นอนไม่หลับ ไม่มีเวลาพักผ่อน เป็นต้น (Janosik & Davies, 1986)

2. ด้านจิตใจ การดูแลบุคคลที่เชื่อเอชไอวีที่มีอาการนั้น ด้านจิตใจของผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบสูงกว่าด้านอื่นๆ (Fortinash & Holoday-Worret, 1996; Lovejoy, 1988) ผลกระทบดังกล่าวประกอบด้วย ความวิตกกังวล ไม่กล้าให้การดูแล บางรายอาจจะวิตกกังวลถึงขั้นรุนแรง ความกลัว ได้แก่ กลัวการติดต่อของโรค กลัวการติดเชื้อ กลัวการถูกละทิ้งจากสังคม เกิดความโกรธ จากการที่ผู้ติดเชื้ออาจจะเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาต่อสังคม การไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงขึ้น การไม่ได้รับการดูแลที่ดีและมีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการจากทีมสุขภาพ การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โกรธจากการมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อทำให้เกิดภาวะวิกฤติต่างๆขึ้น ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อมากขึ้น จนไม่มีเวลาดูแลบุคคลอื่นๆในครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้บทบาทในการดูแลเพื่อช่วยพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งจากการศึกษาของไทรซ์ (Trice, 1988) ที่ทำการศึกษาในมารดาที่ดูแลบุตรที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรจะมีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ถูกแบ่งแยก ถูกไล่ออกจากงาน และพบว่าร้อยละ 80 มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงในระยะเวลาหลังจากให้การดูแลผู้ติดเชื้อ 3 สัปดาห์ ต้องใช้ยาหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของแมคเชน บัมบาโล และพัทคอร์เทอร์ (McShane, Bumbalo & Patsdaughter, 1994) ที่ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง มีผลกระทบไปถึงความมั่นคงของครอบครัว และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ซึ่งอาจจะเกิดจากการไม่ยอมรับ โกรธและผิดหวังของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ติดเชื้อ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจะมี

มากขึ้น ถ้าผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตร (Fleming, Carballo, FitzSimons, Bailey & Jonathan, 1988) จากการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต (2539) พบว่าผู้ดูแลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อตนเองได้ จากการศึกษาประสบการณ์ในการดูแล ไม่ทราบว่าควรจะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากใคร ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ กับความต้องการที่คาดหวัง ไม่สามารถหาคำตอบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ เกิดความวิตกกังวลและไม่สามารถตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ เพราะถ้ามีระดับความวิตกกังวลสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้ (Spear, 1996) ทำให้มีผลต่อความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและการตรวจสอบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพ และแสวงหาความรู้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความวิตกกังวลลดลง แต่ในผู้ดูแลที่มีการศึกษาค่ำจะมีปัญหาในการเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้ ผู้ดูแลบางราย มีอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองหมดคุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ อ่อนเพลีย (Lovejoy, 1988)

3. ด้านสังคม จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์นั้นเป็นโรคที่แตกต่างไปจากโรคอื่นๆ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย สังคมรังเกียจ มีลักษณะแพร่กระจายของโรคในกลุ่มที่มีปัญหาในสังคม เช่น กลุ่มผู้เสพยาเสพติด กลุ่มอาชีพขายบริการ หรืออยู่ในกลุ่มที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ เป็นต้น (Bor & Elford, 1994) ถูกปฏิเสธจากสังคมและถูกคามการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง ยาที่ใช้มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายแต่ละครั้งค่อนข้างสูง และผู้ติดเชื้อบางรายไม่สามารถจะทำงานได้เนื่องจากมีสุขภาพไม่ดี หรืออาจจะเกิดจากการรังเกียจของสังคม ทำให้ขาดรายได้ ประกอบกับเมื่อเจ็บป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและนอกจากนั้นขณะเจ็บป่วยก็ต้องการผู้ดูแล ทำให้การทำงานต่าง ๆ ของครอบครัวถูกระงับเพราะต้องใช้เวลามาดูแลผู้ป่วย ทำให้ปัญหาทางการเงินยิ่งรุนแรงขึ้นและถ้าผู้ติดเชื้อเป็นหัวหน้าครอบครัวปัญหาทางเศรษฐกิจก็ยิ่งรุนแรงทวีมากขึ้นตามลำดับ (Bernstein & Carmel, 1987) ทำให้รู้สึกเป็นภาระในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยและทำให้วิตกกังวลมากขึ้น (King, 1993) ผู้ดูแลยังถูกรังเกียจจากสังคม ถูกตราหน้า ถูกไล่ออกจากงาน ถูกล้อเลียน ถูกเหน็บแนม และถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่างๆของสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่ อับอาย ขายหน้า รู้สึกว่าตนเองน่าสงสาร น่ารังเกียจ ได้รับแต่สิ่งที่เลวร้าย (Flaskerud &

Unguarski, 1992) นอกจากนั้นจากการดูแลผู้คิดเชื่อยังมีผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล ในด้านคำตอบเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ความหวัง ความมีคุณค่า การให้ความหมายกับชีวิต การเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วยกับความรู้สึก เบื่อหน่ายเป็นภาระ (Arellano,1995)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบของการดูแลผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีนั้น ด้านจิตใจจะได้รับผลกระทบ มากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล มีผลให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางที่จะลดความวิตกกังวลนั้น ลง สิ่งที่จะช่วยทำให้ความวิตกกังวลลดลงคือ การปรับตัวยอมรับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เพื่อให้มีความ พร้อมและสามารถรับมือกับปัญหา (Reed,1994)

ความวิตกกังวลกับการดูแลบุคคลคิดเชื่อเอชไอวีที่มีอาการ

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่พบเป็นปกติในชีวิตของมนุษย์ พบได้ทุกช่วงอายุขัยของ ชีวิต เกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตประจำวัน (Blair & Ramones ,1996; Salzman & Labowitz, 1991) ความรุนแรงของความวิตกกังวลจะแตกต่างกัน ไปตามการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของ บุคคล ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลจะพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้นลง ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดความ ขัดแย้ง สับสน การทำงานต่าง ๆ หยุดชะงักลง (Green & McCreanr, 1989; Johnsons, 1993) ความวิตกกังวลเป็นข้อมูลที่บอกถึงอันตรายที่จะเข้ามาใกล้ มีผลกระทบต่อความหิว กระจาย หรือ ความต้องการทางเพศ ลูกกลามถึงความเป็นตัวตนเองของบุคคล นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อบุคคล ใกล้เคียงอีกด้วย (Wilson & Kneisl, 1988) มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้หลาย แนวทาง นักจิตวิทยา ฟรอยด์ (Freud, 1953-1974 cited in Shives, 1994; Gomez, Gomez & Otto, 1984) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกว่าตนเองกำลังจะได้รับอันตราย ซึ่งถูก กระตุ้นจากจิตไร้สำนึก ไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก ด้วยแรงกระตุ้นจากความต้องการของอิด(id) และซุเปอร์อีโก (superego) มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่แน่นอน ยุ่งยาก หวาดกลัว ทำให้เกิดการตอบสนองโดยการสู้หรือหนี ซึ่งทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจและเกิดการ สับสน ส่วนวิลสันและเนล (Wilson & Kneisl, 1988) อธิบายว่าเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

ไปในแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ชွ่่งยาก ประกอบกับความรู้สึกผิด กลัว สงสัย และเหมือนถูกครอบงำ ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำลาย(destructively) หรือพฤติกรรมสร้าง (contributively) ถ้าเกิดพฤติกรรมทำลายความวิตกกังวลจะทำให้เกิดปัญหากับบุคคล แต่ถ้าเกิดพฤติกรรมสร้างจะทำให้เกิดพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมสร้างมากขึ้นถ้าทราบแหล่งที่มาของความวิตกกังวล สำหรับแรมโบ (Rambo , 1984) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ และรู้สึกว่าตนเองอยู่ในอันตราย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กลัวและมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ สำหรับเดบาสิโอ (DeBasio , 1989) นั้นอธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นผลจากความเครียด เป็นความรู้สึกกลัว ถูกลงโทษ อาจจะมีรากฐานมาจากอดีตหรือสิ่งคุกคาม การรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง โดดเดี่ยว ขาดการช่วยเหลือและสนับสนุน ขาดความปลอดภัย นอกจากนั้นสปีลเบอร์เกอร์ (Spilberger & Gueervero, 1982) ได้อธิบายว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตึงเครียดไม่สบายใจ หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ซึ่งเกิดจากการถูกคุกคาม ขาดความมั่นคงไม่ปลอดภัย โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจจะมิจริงหรืออาจเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น ส่วนคาร์เตอร์ (Carter , 1981) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของอารมณ์ต่อสิ่งเร้าหรืออันตรายจากภายนอก ซึ่งไม่สามารถบอกตำแหน่งที่มาของสิ่งเร้า นั้นได้ ทำให้เกิดความกลัว หวาดหวั่นและชู่่งยาก โดยสรุปแล้วความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น เป็นทุกข์ขาดความมั่นคงปลอดภัยที่เกิดจากการถูกคุกคาม โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจจะมิจริงหรือเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger & Gueervero,1982; Spielberger & Krasner, 1988; Spielberger & Sydeman, 1994) ได้แยก ความวิตกกังวลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety or A- state) หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งหมายถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะหรือในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคล และ

จะแสดงพฤติกรรมที่สังเกตได้ ในช่วงเวลาที่อยู่สถานการณ์นั้น ๆ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลประจำตัว (trait anxiety or A-trait) หรือความวิตกกังวลแฝง ซึ่งหมายถึงความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะของบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และประเมินสิ่งเร้า เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ โดยปกติทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้และมีระดับแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

สปีลเบอร์เกอร์อธิบายถึงกลไกของการเกิดความวิตกกังวลดังนี้ว่า เมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคลจะผ่านกระบวนการทางปัญญารับรู้ ประเมินว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มาคุกคามหรือก่อให้เกิดผลในทางบวกหรือทางลบ และประเมินว่าศักยภาพส่วนตัวของตนเองมีเพียงพอที่จะเผชิญและรับมือกับปัญหานั้นๆ หรือไม่อย่างไร การประเมินจะประเมินจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและจากการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลจะเข้ามามีส่วนในกระบวนการประเมินนี้ บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูง มีแนวโน้มในการประเมินสิ่งเร้าที่มาคุกคามตนเองสูงและประเมินศักยภาพของตนเองต่ำในการเผชิญภาวะคุกคาม และมักมีการรับรู้ในคุณค่าของตนเองต่ำ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นั้นสูง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ จะประเมินศักยภาพของตนเองสูงและประเมินสถานการณ์ว่ามีภาวะคุกคามต่ำ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นั้นต่ำตามไปด้วย ผลจากการประเมินดังกล่าวทำให้เกิดกระบวนการการปรับตัว และเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่กระบวนการทางปัญญา เพื่อเรียนรู้ที่จะประเมินสิ่งเร้าที่จะเข้ามาใหม่ต่อไป

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการ (Melvin, 1978 อ้างใน กนกพร สุคำวัง ,2528) คือ

1. สัญลักษณ์ (symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (ideas) มโนทัศน์ (concepts) ค่านิยม (values) และระบบของความคิด (system of thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) คือ การประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง เกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลทำให้เกิดความวิตกกังวล

3. ความไม่แน่นอน (uncertainty) หมายถึง ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจรู้ได้ ไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการถูกคุกคามมีผลทำให้วิตกกังวลได้

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและแต่ละเหตุการณ์ที่มากระทบก่อให้เกิดผลดีและผลเสียกับบุคคลตามความรุนแรงของแต่ละระดับ ซึ่งแบ่งได้เป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้ (Carter, 1981; DeBasio, 1989; Lancaster, 1988; Rambo, 1984; Shives, 1994)

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild anxiety) หรือความวิตกกังวลเล็กน้อย ในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความตื่นตัว มีความระมัดระวังและรอบคอบมากขึ้น มีความว่องไว การเรียนรู้และการรับรู้ดีขึ้น จดจำได้มากขึ้น มีความรู้สึกกังวล กระวนกระวาย กระสับกระส่าย บุคคลจะอยู่คนเดียวมากขึ้น ความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ จะกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหา ความวิตกกังวลในระดับนี้ เป็นการเตรียมพร้อมจะเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลจะตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากขึ้น อาจถึงขั้นลุดลุดกลน ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง การรับรู้ลดลง เลือกลงใจ เฉพาะสถานการณ์บางส่วนที่จำกัดอยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่ตนเองกำลังสนใจ เมื่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น บุคคลจะมีลักษณะ เสียงสั่น พูดเร็ว พูดมากขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ หายใจเร็วขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อกำจัดพลังงานส่วนเกิน เช่น การลุกเดิน หรือทำงานที่ต้องใช้แรงซึ่งทำให้มีสมาธิดีขึ้น การพูดระบายความรู้สึก เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (severe anxiety) เป็นระยะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคบลงอย่างมาก ไม่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว จะรับรู้เฉพาะส่วนที่สนใจ มองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ได้ บุคคลในระดับนี้จะไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย พูดมาก พูดเร็วขึ้น หรืออาจจะไม่พูดเลย การได้ยินลดลง ปัสสาวะบ่อย ถ่ายเหลว หายใจเร็วและลึกขึ้น ตัวสั่น นอนไม่หลับ

มีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ เป็นต้น

4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรงสูงสุด (panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ทำให้การรับรู้ผิดไปจากความจริง สูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดเปลี่ยนแปลงไป อาจจะมีอาการหลงผิดก้าวร้าว ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรืออาจมีอาการซึมเศร้าเป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตได้ ซึ่งความวิตกกังวลในระดับนี้ ในคนปกติทั่วไปจะไม่ค่อยพบ

จะเห็นว่าระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำนั้น บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้ ส่วนความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงสุดนั้น บุคคลต้องการผู้ช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลนั้นลง

ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ดูแล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกาย การแสดงออกจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ 4 ด้านดังนี้ (Burry, 1994; Johnsons, 1993; Wilson & Kneisl, 1996)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยาเป็นผลจากการหลั่งของฮอว์โมนอิพิเนฟริน(epinephrine)และนอร์อิพิเนฟริน(norepinephrine)จากต่อมหมวกไตส่วนอดรีนัลเมดัลลา(adrenal medulla)และฮอว์โมนคอร์ติโซน(cortisone) จากต่อมหมวกไตส่วนอดรีนัลคอร์เทก ทำให้เพิ่มการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วและลึกขึ้น ปวดตามกล้ามเนื้อ ทำให้มีการดูดซึมและการขับโซเดียมและโปตัสเซียมมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมดุลอิเลคโตรลิตซ์ มีการสลายไกลโคเจนในตับ ทำให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายสูงกว่าระดับปกติ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ความสามารถทางเพศลดลง เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่าบุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายตกใจง่าย หงุดหงิด ก้าว กังวล กระวนกระวาย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือและขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออก จะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น ทบสิ่งของ พุดย่า ๆ พุดเร็ว เสียงดัง ภูมิ่อบอ่ย ๆ เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย แยกตัวหรือถอยหนีจากเหตุการณ์ เกือบกความรูสึกภายในกลายเป็นซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียการตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้งห้าลดลง เป็นต้น และความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อย ๆ

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลนั้น ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้างขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของบุคคล สำหรับสถานการณ์ของการดูแลบุคคลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการนั้น จากการศึกษาของลีโก (Lego, 1994) ซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเอดส์และวิธีการจัดการในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 11 ราย พบว่าที่มาของความวิตกกังวล ได้แก่ เครื่องมือในการรักษาไม่เพียงพอ เผชิญกับคำถามเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย ได้รับรู้ถึงความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เกิดความรูสึกผิดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ได้รับรู้ถึงอาการที่เสวลงของผู้ป่วย การขาดความเมตตาจากผู้ดูแลบางคน การที่ผู้ป่วยยังมีอายุน้อย ความสะเทือนใจเมื่อเห็นผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและความรูสึกผิดจากการหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ส่วนวิธีการจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลประกอบด้วย อุตสัวในการทำงานมากขึ้น ใช้หลักเหตุผล (righteousness) ในการดูแลผู้ป่วย และใช้เหตุผลและภูมิปัญญาในการแก้ไขปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบราวและโพเวล-โคป (Brown & Powel-Cope, 1991) ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 53 คน พบว่าผู้ดูแลจะรูสึกไม่แน่นอนอน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ผู้ศึกษา หมายถึง การที่ผู้ดูแลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตและผลที่จะเกิดขึ้น ขาดความภาคภูมิใจ ไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถคาดเดาถึงอาการ การกำเริบของโรคและเหตุการณ์ที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ เกิดจากศีลธรรมและวัฒนธรรมรอบข้างจากการที่บุคคลที่ติดเชื้ออาจเป็นคนที่มีความปัญหาทางสังคม และเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจาก ประการแรกการจัดการและถูกจัดการโดยความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (manage and being manage by the illness) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และรับรู้ถึงวิธีการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งอาการของผู้ป่วย

ที่เปลี่ยนแปลงไป ประการที่สองการดำรงชีวิตท่ามกลางความสูญเสียและความตายร่วมกับบุคคล ดิดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (living with loss and dying) ผู้ดูแลและไม่มั่นใจในความหวังที่จะเห็น ผู้ติดเชื้อมีชีวิตอยู่ จึงจะทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลและการเผชิญหน้ากับความตาย เป็นแรงผลักดันที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอน ประการที่สามการต่อรองเกี่ยวกับ สัมพันธภาพ (renegotiation the relationship) เป็นการทบทวนข้อตกลงและยอมรับซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับการรักษา ความหวังของผู้ป่วยและการขจัดความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ประการที่สี่การ ออกสู่สังคม (going public) เป็นการจัดการถึงสัมพันธภาพในสังคมโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อ การป้องกันตนเองของผู้ดูแลและประการสุดท้ายการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี (containing the spread of HIV) เป็นความกลัวในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการป้องกันตนเองของผู้ดูแล และคนอื่น ๆ ญาติไม่แน่ใจในวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ปฏิบัติอยู่

จากการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต (2539) เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วย และวิธีการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ขณะพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอน ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงสุด และใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา มากที่สุด และจากการศึกษาของแมคเชน บัมบาโลและพัทคอร์เทอร์ (McShane, Bumbalo & Patsdaugther, 1994) ได้ศึกษาถึงความกดดันทางจิตใจในครอบครัวของผู้ที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือ เอ็ดส์ โดยศึกษาใน 80 ครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูง และมีพฤติกรรมแบบย้ำคิดย้ำทำ สูงสุด รองลงมาได้แก่ ซึมเศร้า ตกใจง่าย หวาดระแวง รู้สึกไม่สบาย และวิตกกังวลในระดับรุนแรง ตามลำดับ และจากการศึกษาของ คาวเลสและโรดเจอร์ (Cowles & Rodgers, 1991) ได้ศึกษาถึง ประสบการณ์ความสนใจและความต้องการของบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยได้ศึกษาในผู้ดูแล จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นเพื่อนที่ใกล้ชิด แม่ พี่สาว น้องสาว ของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ โดยวิธี การสัมภาษณ์ พบว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกตื่นตระหนก สับสน การรับรู้ลดลง ไม่สามารถคาดเดาถึงอนาคต ต้องเผชิญหน้ากับความสูญเสียผู้ติดเชื้อ รู้สึก หมดหวัง เกิดความขัดแย้งเมื่อต้องเปิดเผยผลการวินิจฉัยโรคต่อบุคคลอื่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในชีวิต มีชีวิตที่ไม่แน่นอนและมีอนาคตที่ไม่แน่นอน

จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่มีสาเหตุมาจากการสูญเสียของบราวและโพเวล- โคลป์ (Brown & Powell- Cope, 1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกต่อการ

เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อในผู้ดูแล 53 ครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ รู้สึกสูญเสียการดำเนินชีวิต สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสูญเสียอนาคต ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ กลัว มีชีวิตอยู่อย่างไม่แน่นอน ส่วนความรู้สึกละเอียดเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกโศกเศร้า สูญเสีย อีค้อค ไม่อยากนั่งรอความตาย และจากการสังเกตของผู้ทำการศึกษา พบว่าผู้ดูแลรู้สึกอายขณะให้สัมภาษณ์และมีอาการพูดติดอ่าง แต่บางรายพูดระบายความรู้สึกโดยมีอาการโศกเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของเชคริน (Chekryn ,1989) ซึ่งได้ศึกษาในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 5 ราย โดยวิธีสัมภาษณ์ พบว่าครอบครัวรู้สึกโกรธ กลัว สิ้นหวัง ประสพกับความสูญเสีย และรวมไปถึงการไม่สามารถยอมรับว่าความตายใกล้เข้ามาถึงบุคคลในครอบครัว เกิดความกดดันทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้รู้สึกเจ็บปวดต่อความตายของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากการไม่ได้รับคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษา อนาคตของผู้ป่วยและการถูกปฏิเสธในการเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขาดความรู้ และเป็นภาระจากการที่ไม่มีความรู้และความสามารถในการดูแล ทำให้เกิดความกลัวจากการไม่เข้าใจในการดำเนินของโรค การติดต่อกับโรค ครอบครัวต้องการข้อมูลเพื่อจะช่วยเหลือความวิตกกังวล ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์และปรับตัวให้ถูกต้อง

บุคคลเมื่อมีความวิตกกังวลก็มักจะหาทางหลีกเลี่ยง ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สำหรับความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั้น บุคคลสามารถปรับตัวได้ค่อนข้างดีและประสบความสำเร็จลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ส่วนคนที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงสุดนั้น ต้องใช้พลังงานจำนวนมากเพื่อเผชิญหรือรับมือกับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้ (Narrow & Buschle, 1987; Stuart & Sundeen, 1987)

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เกี่ยวกับ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต การหายใจ การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ค่อนข้าง

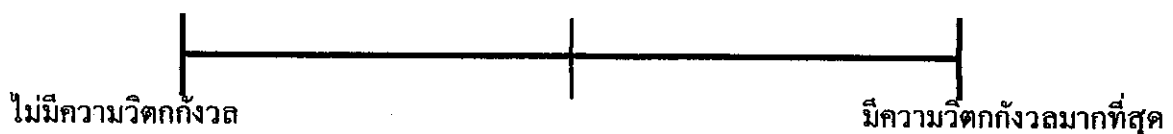
ลำบาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวล อาจจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่มีการแสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีลักษณะแตกต่างกัน

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) เป็นความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมแสดงออกของบุคคล เป็นปฏิกิริยาสะท้อนอารมณ์ภายในที่สามารถสังเกตได้ จากการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกาย เช่น อาการไม่สบายใจ ขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ มือสั่น พูดเร็ว เป็นต้น การวัดจะใช้เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมสร้างโดยแกร์แฮมและคอนลีย์ ซึ่งนำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยสัลยกรรม (Graham & Conley, 1971)

3. ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรับรู้ที่ตนเองรับรู้ได้ อาจเป็นการรายงานด้วยวาจา รายงานโดยการเขียนหรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม แบบประเมินความวิตกกังวลนี้สามารถสรุปได้สาม ลักษณะดังนี้

3.1 มาตรวัดความรู้สึกรับด้วยตนเอง (self - rating scale) ของซุง เป็นแบบประเมินความรู้สึกรับด้วยตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว

3.2 มาตรวัดความวิตกกังวลโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) ของกาเบอร์สัน เป็นแบบประเมินความรู้สึกรับด้วยตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาวประมาณ 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งแสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 มาตรวัดความวิตกกังวล

วิธีการประเมิน ผู้ถูกประเมินจะต้องทำเครื่องหมายลงบนมาตราวัดตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริงในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มี ความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่มีคะแนนน้อย (Gaberson, 1991; Giff, 1989)

3.3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความวิตกกังวล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ที่มีชื่อเรียกว่า State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งสปีลเบอร์เกอร์ได้สร้างขึ้นและนำมาใช้ในปี 1977 เรียกว่า STAI Form X ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (Form X-1) หรือแบบสเทท (state) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลประจำตัว (Form X-2) หรือแบบเทรท (trait) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มี 20 ข้อคำถาม และผู้สร้างเครื่องมือนี้ได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดมาเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี 1983 ได้ปรับเป็น STAI Form Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากแบบวัดใน Form X นั้นผู้สร้างได้พบว่ามีข้อบกพร่องอยู่สามประการคือ ประการแรกข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้า (depress) และความวิตกกังวลได้ ประการที่สองบางข้อคำถามนั้นในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจข้อคำถาม ประการที่สามข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบไม่สมดุลกัน แบบประเมิน STAI Form Y ประกอบด้วยสองส่วนเช่นเดียวกับ STAI Form X คือ STAI Form Y-1 และ STAI Form Y-2 ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวี ซึ่งต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่คุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และความวิตกกังวลประจำตัวมีผลถึงการประเมินสิ่งคุกคามดังกล่าว นอกจากนั้นแบบประเมินนี้ยังเป็นที่ยอมรับ โดยฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนทางด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา

พฤติกรรมกำปรับตัวกับการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

ธรรมชาติของการดำรงชีวิต มนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรน ต่อสู้เพื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ ล้วนเป็นสิ่กรบกวนทำให้เกิดการคับข้องใจ (frustration) ขัดแย้ง (conflict) วิตกกังวล (anxiety) เป็นผลให้บุคคลมีความตึงเครียดทางจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional stress) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่โดยธรรมชาติของมนุษย์นั้นจะพยายามที่จะรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลหรือสุขสบายที่สุด วิธีการที่ใช้เป็นทางออกเพื่อผ่อนคลายหรือลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาจเป็นในรูปพฤติกรรมหรือความคิด ซึ่งจัดว่าเป็นการปรับตัวทั้งสิ้น (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์, 2527) ถ้ามมนุษย์ปรับตัวให้ได้สำเร็จก็จะอยู่รอด ความกระทบกระเทือนต่อชีวิตหมดไป ถ้าการปรับตัวไม่ประสบผลสำเร็จ มนุษย์ก็จะเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะแสดงออกทางร่างกายหรือจิตใจ หรือทำให้เกิดปัญหาทางสังคม (อุบล นิวัติชัย, 2527) โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ แอทกินสัน (Atkinson & Murray, 1992) ได้กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการ ที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข คริสเตนเซนและคอคโครว์ (Christensen & Kockrow, 1995) ได้อธิบายว่า การปรับตัวเป็นความสามารถส่วนบุคคลในการปรับเปลี่ยน เพื่อรับกับสถานการณ์ของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนั้นอาจกระทบเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของแบบแผนการดำเนินชีวิต สาเหตุอาจจะเกิดจากความเจ็บป่วยหรือปัญหาในครอบครัว บุคคลจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมซึ่งอาจจะเป็นไปได้ในทางบวกหรือทางลบ ส่วนรัมโบ (Rambo, 1984) ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า เป็นการตอบสนองทางด้านบวกที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต นอกจากนั้น ลาซารัส (Lazarus, 1984) ได้อธิบายการปรับตัวของมนุษย์ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบของร่างกายส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิดเข้าใจ (cognitive aspect) จะทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งหมดว่ามีความหมายต่อบุคคลเพียงใด เพื่อการปรับเปลี่ยนและควบคุมตนเอง พฤติกรรมสุดท้ายสังเกตได้หรือวัดได้ คือ การปรับตัว สำหรับ พอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1995) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่ตอบสนองต่อภาวะ

เครียดต่างๆ ซึ่งความเครียดนี้เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอกบุคคล การปรับตัวเป็นการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ส่วนมอนเซน ฟลอยด์และบรูคแมน (Monsen, Floyd & Brookman, 1992) ได้อธิบายว่าการปรับตัวเป็นผลจากความพยายามของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้เกิดความสุขในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อการปรับตัวนั้นมีประสิทธิภาพ ส่วนละออ หุตางกูร (อ่างในศศิธร มณีแสง, 2538) กล่าวว่า การปรับตัวของบุคคล โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นสองประการคือ การปรับตัวทางด้านร่างกาย และการปรับตัวทางด้านจิตใจ ซึ่งการปรับตัวทางด้านร่างกายนั้นจะเป็นการปรับตัวต่อสิ่งเร้า โดยการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ส่วนประกอบและโครงสร้างเพื่อรักษาความสมดุลของชีวิต ส่วนการปรับตัวด้านจิตใจเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งเร้า โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความเชื่อ ความคิด เพื่อขจัดความตึงเครียดและให้มีคุณภาพหรือความสงบสุขของจิตใจ ส่วนรอย (Andrew & Roy, 1991) ได้อธิบายการปรับตัวไว้ว่า เป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับให้คงสภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยรอยเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย-จิต-สังคม และเป็นหน่วยเดียวที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ องค์ประกอบทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำงานผสมผสานเป็นหน่วยเดียวกันเพื่อคงภาวะปกติสุขหรือภาวะสุขภาพดี สาเหตุใดก็ตามที่มีผลต่อกายย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมด้วย ในทำนองเดียวกันสิ่งที่มีผลต่อจิต ย่อมมีผลกระทบต่อกายและสังคมด้วย ดังนั้นบุคคลจึงเป็นระบบที่ต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ถ้าบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวก็จะมีคามมั่นคงในชีวิตโดยมีพฤติกรรมแสดงออกให้เห็น คือ มีสุขภาพดี ยอมรับความเป็นจริง มีความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น ส่วนผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริง เสรีซึม เป็นต้น กล่าวโดยสรุปแล้ว การปรับตัวเป็นพฤติกรรมแสดงออกตามการรับรู้ของบุคคล มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงหรือปรับแก้องค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อตอบสนองและคงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กระบวนการตอบสนองจะเป็นไปตามการรับรู้หรือการประเมินของผู้ดูแลเอง

**พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการตามแนวคิดของรอย
(Roy 's Adaptation Model)**

การสร้างรูปแบบของทฤษฎีการปรับตัวของรายนั้น ได้พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีพื้นฐาน คือ ทฤษฎีระบบ ซึ่งมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์และกิจกรรมภายในระบบย่อย ซึ่งเชื่อว่ามี ความสัมพันธ์ต่อเนื่องและต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในการทำงานประสานสัมพันธ์ของระบบย่อยนั้น มีจุดประสงค์เพื่อ “ ปรับ ” ให้คงภาวะสมดุลหรือภาวะปกติในระบบใหญ่ และกระตุ้นให้มีการปรับขึ้นในระบบก็คือ สิ่งกระทบต่างๆ อันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของระบบต่อสิ่งแวดล้อม จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว รอยได้นำมาประยุกต์และวางรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต วิธีการช่วยเหลือจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ซึ่งระบบการปรับตัวของบุคคลดังกล่าว รอย (Andrew & Roy,1991) ได้ประยุกต์ทฤษฎีระบบมาอธิบายการปรับตัวของบุคคลว่าประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการควบคุม(control proces) สิ่งนำออก (output) และกระบวนการย้อนกลับ (feedback proces) โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

สิ่งนำเข้า

ระบบบุคคลซึ่งเป็นระบบเปิด สิ่งนำเข้าอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล หรือ สิ่งแวดล้อมภายในบุคคลก็ได้ สิ่งนำเข้านี้เปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองโดยการปรับตัว ผลของการปรับตัวอาจจะทำให้บุคคลอยู่ในระดับใดระดับหนึ่งของภาวะสุขภาพ ซึ่งมีตั้งแต่ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด จนกระทั่งภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมที่สุด และถึงแก่ความตาย นั่นคือการปรับตัวของบุคคลเป็นหน้าที่ระหว่าง “ สิ่งเร้า ” และ “ ระดับการปรับตัว ” ซึ่งรอย (Andrew & Roy,1991) ได้จัด “ สิ่งเร้า ” และ “ ระดับการปรับตัว ” เป็นสิ่งนำเข้ระบบบุคคล โดยได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ดังนี้

1. **สิ่งเร้า (stimuli)** หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้าภายในมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล ส่วนสิ่งเร้าภายนอกมาจากสิ่งแวดล้อมรอบบุคคล รอยได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็นสามชนิดด้วยกันคือ

1.1 **สิ่งเร้าตรง (focal stimuli)** หมายถึง สิ่งที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้านี้เปรียบเสมือนระดับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปรับตัว เช่น ความเจ็บป่วย ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น

1.2 **สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli)** สิ่งอื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลด้วยเช่นกัน โดยอาจจะมีผลในทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะมีผลในทิศทางตรงกันข้ามกับสิ่งเร้าตรง จึงช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรง ทำให้มีปัญหาการปรับตัวน้อย ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะมีผลในทิศทางเดียวกับสิ่งเร้าตรง จึงทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวเพิ่มขึ้น เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการดูแล เป็นต้น

1.3 **สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli)** หมายถึง สิ่งที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม อุปนิสัย และบุคลิกภาพ สิ่งเร้านี้ไม่สามารถบอกได้ชัดเจน ว่ามีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล (Andrew & Roy, 1991)

เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม ส่วนสิ่งเร้าร่วมอาจจะเป็นภูมิหลังและกลายเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมา ผลที่เกิดขึ้นโดยรวมของสิ่งเร้าทั้งสามชนิด ที่มีอยู่ในขณะนั้นจะก่อให้เกิดเป็นระดับการปรับตัว

2. **ระดับการปรับตัว (adaptation level)** หมายถึง ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวก หรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกนั้น ขึ้นอยู่กับผลกระทบของสิ่งเร้าทั้งสามชนิด ที่มีอยู่ในขณะนั้น (Andrew & Roy, 1991) ถ้าสิ่งเร้าอยู่ในขอบเขตบุคคลก็จะสามารถปรับตัวได้ ระดับการปรับตัวของบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขอบเขตการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่จะกว้างขึ้น ถ้ามีประสบการณ์การปรับตัวที่ผ่านมาเป็นไปในทางบวก

เมื่อเกิดสิ่งนำเข้าและระดับการปรับตัวขึ้นแล้วตามความคิดของรอย บุคคลจะมีกระบวนการตอบสนองหรือกระบวนการควบคุมสิ่งเร้า

กระบวนการควบคุม

เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล บุคคลจะปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางกายจิตและสังคม โดยใช้ กลไกการเผชิญความเครียด (coping mechanism) ที่ประกอบด้วยระบบย่อยการควบคุม (regulator mechanism) และระบบย่อยการรับรู้ (cognator mechanism) ในแนวคิดของรอยถือว่าระบบย่อยทั้งสองนี้ เป็นระบบย่อยของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน และมีการทำงานควบคู่กันเสมอ โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลาง เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้ ซึ่งการทำงานของสองระบบย่อยดังกล่าวมีดังนี้

1. ระบบย่อยการควบคุม (regulator mechanism) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาท สารเคมีและระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของกลไกนี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองอัตโนมัติ และเกิดขึ้นโดยบุคคลไม่รู้ตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิต เป็นต้น

2. ระบบย่อยการรับรู้ (cognator mechanism) เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองสิ่งเร้าซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมทางจิตสังคมที่บุคคลใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด โดยผ่านกระบวนการสื่ออย่างคือ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ มีการตัดสินใจที่จะมองหาวิธีแก้ปัญหา และใช้กระบวนการทางจิต เพื่อให้ตนเองรู้สึกคลายวิตกกังวล

การทำงานของทั้ง 2 ระบบย่อยนี้ จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่เป็นผลมาจากการทำงานของกลไกทั้งสองต่อสิ่งเร้าสี่ด้านดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการทำงานเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกาย(physiological integrity) พฤติกรรมปรับตัวด้านนี้จะสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ การได้รับออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน ระบบการป้องกัน สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การรับรู้ความรู้สึก การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self concept mode) การปรับตัวด้านนี้จะนำไปสู่ความมั่นคงทางด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเองและการรับรู้จากปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อตนเอง (Andrew & Roy,1991) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็นสองส่วนคือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อร่างกายเกี่ยวกับรูปร่าง การทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนย่อย ดังนี้ การรับความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย และภาพลักษณ์ (body image) เป็นความรู้สึกต่อขนาด รูปร่าง ท่าทางของตนเอง

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ปณิธานทุกอย่างที่ประกอบกันเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนย่อย ดังนี้ ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) บุคคลจะปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในตนเอง หรือความสม่ำเสมอในชีวิต ถ้าความรู้สึกนี้ถูกคุกคามจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่ใจ ปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน (self ideal or self expectation) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะเป็น ซึ่งจะเป็พื้นฐานการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ ถ้าบุคคลไม่สามารถประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังและไม่สามารถปรับตัวได้ จะมีความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต คีลธรรม - จรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (moral - ethical - spiritual self) บุคคลจะใช้คุณธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติ และพิจารณาตัดสินสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดีหรือเลว ถ้าบุคคลรู้สึกว่าจะเมิดกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานทางคุณธรรมและจรรยาที่บุคคลกำหนดไว้จะเกิดความรู้สึกผิดบาป (guilty) ตีเดียตนเอง ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ปณิธานแห่งตน และคีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน จะมีความเกี่ยวพันกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลพัฒนาอัตมโนทัศน์ในส่วนย่อยดังกล่าวดี จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสียอำนาจ มักจะส่งผลให้บุคคลรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) บุคคลแต่ละคนจะมีตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง และบุคคลจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่

สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ซึ่งรอย(Andrew & Roy,1991) ได้ระบุบทบาทของบุคคลไว้ดังนี้

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ บทบาทเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่ง ๆ ของชีวิต เช่น บทบาทของเด็กหญิงวัยก่อนเรียน อายุ 5 ปี หญิงวัยรุ่นอายุ 16 ปี ชายวัยชราอายุ 70 ปี เป็นต้น

3.2 บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการ และบทบาทปฐมภูมิ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู พยาบาล เป็นต้น ซึ่งในบทบาททุติยภูมินั้น บุคคลคนเดียวอาจมีหลายบทบาทได้

3.3 บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวนั้นได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การแสดงบทบาทที่ถือว่าเหมาะสมนั้นจะต้องประกอบด้วย พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาท (instrumental behavior) ซึ่งจะต้องเป็นไปตามคาดหวังและจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทที่ตนดำรงอยู่ (expressive behavior) ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีปัญหาการปรับตัวตามบทบาทก็จะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมอย่างไม่มีมีความสุข ปัญหาการปรับตัวตามบทบาทได้แก่ (Andrew & Roy, 1991)

1.) การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้หรือเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่น ต้องการเป็นผู้ดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวีเนื่องจากผู้คิดเชื่อเป็นบิดา แต่ไม่สามารถให้การดูแลที่ดีได้เนื่องจากขาดความรู้ เป็นต้น

2.) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามบทบาท ทั้งด้านพฤติกรรมแสดงออกและเจตคติ แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เช่น ไม่ต้องการเป็นผู้ดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวี แต่จำเป็นต้องให้การดูแล จากการกลัวคำครหาจากสังคม เป็นต้น

3.) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาทของตนเองได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อบทบาทนั้นไม่ตรงกัน เช่น คำรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่เดียวกันต้องคำรับบทบาทของ บิคา มารดาสามีหรือภรรยาด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งในบทบาทจากการไม่มีเวลาดูแลบุคคลอื่นต้องทุ่มเทเวลาดูแลผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

4.) ความล้มเหลวในบทบาท (role failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองหรือบทบาทใหม่ที่ได้รับ เช่น หลีกเลียงจากการดูแลผู้ติดเชื้อจากความกลัวการติดต่อกับโรค เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (interdependence mode) บุคคลจะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีทั้งพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ (contributive behavior) และพฤติกรรมการรับ (receptive behavior) ซึ่งเป็นการรับความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลรอบข้างด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ดังนั้นบุคคลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้มีความเหมาะสมระหว่างการพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาผู้อื่น และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเอง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลมีปัญหาในการปรับตัวอาจจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไป (dysfunction dependence) หรือมีพฤติกรรมการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (dysfunction independence) พฤติกรรมปรับตัวล้มเหลวในด้านนี้ ได้แก่ ความรู้สึกว่าเหว่ ความรู้สึกไม่คุ้นเคย การปฏิเสธ การก้าวร้าว เป็นต้น

การแสดงผลของการปรับตัวอาจเป็นการแสดงออกเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านพร้อมกันก็ได้ เนื่องจากการปรับตัวทั้งสี่ด้านดังกล่าว มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นั่นคือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบระบบ บุคคลจะมีการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้านก็ได้ และการปรับตัวแต่ละด้านอาจจะเป็นสิ่งเร้าของการปรับตัวด้านอื่น ๆ อีกด้วย

สิ่งนำออก

สิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวของบุคคล คือ ปฏิกริยาตอบสนองของระบบ (response) ซึ่งรอยถือว่าเป็นพฤติกรรม ซึ่งสามารถสังเกตได้ ตรวจสอบได้หรือบอกได้ พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการปรับตัว อาจจะเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ดี (adaptive behavior) หรือพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective behavior) พฤติกรรมปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล และสามารถบรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอดสามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์ และเอาชนะอุปสรรคต่างๆได้ แต่พฤติกรรมปรับตัวที่ไม่สามารถจะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Andrew & Roy, 1991) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมปรับตัวที่เกิดขึ้น ทั้งที่เหมาะสมและที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบ เพื่อการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมต่อไปอีก

จากทฤษฎีการปรับตัวของรอยดังกล่าว ซึ่งรอยแบ่งพฤติกรรมปรับตัวออกเป็นสี่ด้าน เพื่อใช้เป็นกรอบสำหรับการประเมินพฤติกรรมปรับตัว โดยอธิบายว่าการประเมินพฤติกรรมปรับตัวนั้นสามารถประเมินได้จากปฏิกริยาการโต้ตอบของบุคคล ที่อาจจะเกิดอยู่ภายในหรือปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ การประเมินพฤติกรรมปรับตัว อาจไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่อาจทราบจากการบอกเล่าหรือการรายงานด้วยตนเองของบุคคล ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวจึงสามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์หรือการรายงานด้วยตนเอง ซึ่งตามทฤษฎีของรอยได้เสนอแนะแนวทางการประเมินพฤติกรรมปรับตัวแต่ละด้านไว้ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านสรีรวิทยา เป็นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยของการควบคุม ได้แก่ การได้รับออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน ระบบการป้องกัน การรับความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ

2. การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านอत्मโนทัศน์ เป็นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกถึงความสุขสบายทางด้าน

ร่างกาย ภาพลักษณ์ที่บุคคลมีต่อตนเอง และการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ในด้านความสม่ำเสมอ อุดมคติ ศิลธรรม จรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน

3. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการประเมินพฤติกรรม การปรับตัวด้านสังคม ตามบทบาทปฐมภูมิ ทฤษฎี มิ ตติยภูมิและเจตคติต่อบทบาทที่ดำรงอยู่

4. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เป็นการประเมิน พฤติกรรมการปรับตัวด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในด้าน การให้และการรับ ด้วยความรัก ความเต็มใจ เคารพและมองเห็นคุณค่า กับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิต และสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบของการเกื้อหนุน

การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลคิดเชื่อเอชไอวีที่มีอาการ

ดังได้กล่าวแล้วว่า การคิดเชื่อเอชไอวีเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ทั้งของผู้ติดเชื้อและ ผู้ดูแล เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและหมายถึงการอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดปัญหาในการ ปรับตัวแก่ผู้ดูแลได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอย ปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแลได้แก่

1. ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยา เนื่องจากการคิดเชื่อเอชไอวีเป็น โรคที่ใหม่ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการแสวงหาความรู้ ตัดสินใจให้การดูแลและทุ่มเทเวลาในการ ดูแลผู้ติดเชื้อ ส่งผลให้การทำหน้าที่ในการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับส่วน ประกอบย่อยของการปรับตัวด้านสรีรวิทยาทุกส่วน ดังนี้

1.1 การได้รับออกซิเจน ผลจากความวิตกกังวล ประกอบกับการที่ต้องดูแล บุคคลคิดเชื่อเอชไอวีที่มีอาการ รวมทั้งสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องใช้ ระยะเวลาในการดูแลและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายได้รับการตอบสนองที่ไม่เพียงพอ เช่น รู้สึกเหนื่อยง่าย รู้สึกใจเต้นแรง อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจเร็วขึ้น ใจสั่น หัวใจ เต้นเร็ว ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง อาจจะสูงขึ้นหรือลดลง มีอาการแน่นหน้าอกหรือหน้ามืด เวียนศีรษะได้ (คาราวรรณ ตะปินตา, 2534; Burgess, 1990; Rambo, 1984; Silverman, 1993)

1.2 โภชนาการ จากระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีอาการปากแห้ง การหลั่งเอนไซม์ (enzyme) ในการย่อยอาหารและการทำงานของลำไส้ลดลง มีอาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียนได้ (Fontaine & Fletcher, 1994; Wrisht & Martin, 1993) และผลจากภาวะที่ต้องดูแลบุคคลติดเชื้อเชไอวีที่มีอาการ ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง รวมทั้งแบบแผนการรับประทานอาหารด้วย อาจจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหาร เวลาในการรับประทานอาหารและระยะเวลาในการรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้ดูแลรับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีอาการเบื่ออาหาร บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากการทำต้องสัมผัสกับสิ่งสกปรกต่างๆจากร่างกาย ผู้ติดเชื้อ ทำให้น้ำหนักลดลงจากเดิมได้

1.3 การขับถ่าย ในผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลนั้นพบว่า ปัสสาวะบ่อยขึ้น จำนวนปัสสาวะลดลง มีอาการท้องผูกหรือท้องเดิน (Shives, 1994) และจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนด้านโภชนาการ เช่น รับประทานอาหารน้อยลง มีอาการท้องอืด มีผลต่อการขับถ่าย ทำให้ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (อุพิน จันรักกะ, บัญจางค์ สุขเจริญ, และวนิดา ยินยง, 2539)

1.4 การทำกิจกรรมและการพักผ่อน ผลจากความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวล พักไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน ไม่สามารถทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายได้ (Beck, Rawlins & Williams, 1996) และผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการพักผ่อน จากการทำต้องดูแลผู้ติดเชื้อในช่วงกลางคืน ทำให้พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย มีอาการอ่อนเพลีย (ชนิดา มณีวรรณ, เมธิ์ สุคจินดา, สมทรง จุไรรัตน์, และวรรณ นิลนักรา, 2537; Oberst, Thomas, Gass & Ward, 1989)

1.5 ระบบการป้องกัน ผู้ดูแลที่มีความเครียดและวิตกกังวลสูงจะทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยบ่อยกว่าภาวะปกติ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชไอวีจากการดูแลผู้ติดเชื้อถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี (Hopping, 1980)

1.6 การรับความรู้สึก ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลสูงจะทำให้การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง (Wilson & Kneisl, 1996) กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนแรงลง การรับความรู้สึกถึงความร้อน เย็น และความเจ็บปวดต่างๆลดลง การรับรสเสียไปหรือไม่รับรู้ถึงรสชาติอาหาร

1.7 สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เกิดต่อเนื่องจากปัญหาด้านโภชนาการ จากการทำมีอาการปากแห้ง ทำให้ผู้ดูแลดื่มน้ำมากขึ้น และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย

จากความวิตกกังวล ทำให้มีการกั่งของน้ำในร่างกาย และมีจำนวนของโซเดียมและแคลเซียมเพิ่มมากขึ้น เกิดอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อต่างๆอ่อนแรงลง (Rambo, 1984)

1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท ผู้ดูแลจะมีอาการหลงลืมและมีอาการขาดตามส่วนต่างๆของร่างกาย (Helquist,1987) ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลจะทำให้สมาธิลดลง หลงลืมง่าย ความจำลดลง การรับรู้บกพร่อง นอนหลับง่าย การตัดสินใจผิดพลาด ร่างกายตั้งเครียด การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สัมพันธ์กัน

1.9 การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านสรีรวิทยาและการปรับตัวด้านจิตสังคมมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ ซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ได้แก่ มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล แอนติไคยูเรติก อีพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ร่างกายเพิ่มกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย มีกลูโคสเพิ่มขึ้นทั้งในเลือดและปัสสาวะ เกิดการกั่งของน้ำในร่างกาย หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง มีเหงื่อออกมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีผลต่อจิตใจของผู้ดูแลด้วย ทำให้หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย เป็นต้น (Cassmeyer, Mitchell & Betrus, 1995)

2. ปัญหาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย จากปัญหาการปรับตัวด้านสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น จะมีผลกระทบต่อกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เนื่องจากการดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพเลวลง เช่น ผอม ป่วยบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีเวลาในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมรวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ติดเชื้อมีต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงทำให้ผู้ดูแลบางรายเกิดความกลัว ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ติดเชื้อ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเหล่านี้ จะมีผลโดยตรงต่อภาพลักษณ์ของผู้ดูแลตามมาได้

2.2 ปัญหาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล

2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน ในการที่ต้องเป็นผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่ปลอดภัย อาจเกิดการติดเชื้อจากการดูแล รู้สึกชีวิตไม่มีความมั่นคง ไม่แน่ใจในอนาคต ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ เป็นต้น

2.2.2 อึดมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความหวังแห่งตน จากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสีย ทั้งในด้านความเป็นอิสระ อนาคตของตนเอง การดำเนินชีวิต รู้สึกหมกหมัว ท้อแท้ หมกกำลังใจ สูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถทำตามสิ่งที่ตนเองมุ่งหวัง ไม่สามารถวางแผนชีวิตล่วงหน้าได้(ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2537; ยูพิน จันรักคะและคณะ, 2539; Flakerud & Ungarski, 1992; Steele & Fitch, 1996)

2.2.3 อึดมโนทัศน์ด้านศีลธรรม-จรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน ผู้ดูแลมักคิดว่าการที่มีผู้ติดเชื้ออยู่ในบ้านถือเป็นโรคภัย (Cowles & Rodgers, 1991) เนื่องจากการติดเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ผิดศีลธรรม และต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อ จนกว่าผู้ติดเชื้อจะเสียชีวิต นอกจากนั้นการติดเชื้อเอชไอวีเป็นที่รังเกียจของสังคม เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขัดแย้งในการที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ มีผลให้ผู้ดูแลต้องใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

3. ปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

3.1 ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการต้องเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ผู้ดูแลต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะให้ความช่วยเหลือ ต้องแสวงหาความรู้ นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติหรือเจตคติที่มีต่อบทบาท ซึ่งถ้าผู้ดูแลขาดสิ่งเหล่านี้จะทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Macklin, 1988)

3.2 แสดงบทบาทได้ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะกลัวการติดต่อจากโรค แต่จำเป็นต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการกลัวคำครหา หรือเพื่อการยอมรับของสังคม

3.3 ขัดแย้งในบทบาท เนื่องจากผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทอื่นในครอบครัวด้วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา และผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อ ไม่มีเวลาในการดูแลสมาชิกอื่น ทำให้เกิดความขัดแย้ง ทะเลาะกับบุคคลอื่นในครอบครัว

3.4 ความล้มเหลวในบทบาท จากความวิตกกังวล กลัว จนทำให้หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ติดเชื้อ (Breatt & Polifomi, 1992; Sim & Moss, 1995)

4. ปัญหาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

4.1 การพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและแยกตนเองจากสังคม และแยกคิดต่อกับบุคคลอื่น ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น หลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลอื่น (Garrett, 1988)

4.2 พึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีบุคคลอื่นดูแลแทน และรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่กล้าขอความช่วยเหลือแม้แต่ในเรื่องที่จำเป็น (Christ, Wiener & Moynihan , 1986; ยูพิน จันรักตะและคณะ, 2539)

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรรมการปรับตัว

ในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

การปรับตัวของผู้ดูแลนั้น ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของบุคคลและสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญ สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น แอทกินและอะเมนตา (Atkin & Amenta, 1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวของผู้ป่วยที่ป่วยในระยะสุดท้ายพบว่า ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเครียดและวิตกกังวลสูง ป่วยบ่อย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และไม่สามารถระบายอารมณ์ที่อัดอั้นได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการติดเชื้อเอชไอวียังถือว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพทั้งกายและใจ เกิดภาวะเครียดและต้องพยายามปรับตัว จากการศึกษาของ จูโรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) ซึ่งศึกษาถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรส พบว่าคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีอาการผิดปกติทางกายซึ่งถือเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจเต้นแรง อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิมและเบื่ออาหาร ส่วนปัญหาทางด้านบทบาทหน้าที่นั้น ผู้ดูแลบางคนไม่เคยประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองก็ต้องเริ่มหาอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัว เนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้ หรือบางรายต้องเปลี่ยนอาชีพเพราะงานที่ทำอยู่มีรายได้น้อย และการที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้บทบาทในสังคมลดน้อยลง รู้สึกไม่มีอิสระ ไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ เกิดปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์ตามมาโดยพบว่าผู้ดูแลบางรายมีอาการซึมเศร้า รู้สึกชีวิตไร้ค่า ไม่มีใครเข้าใจตนและ

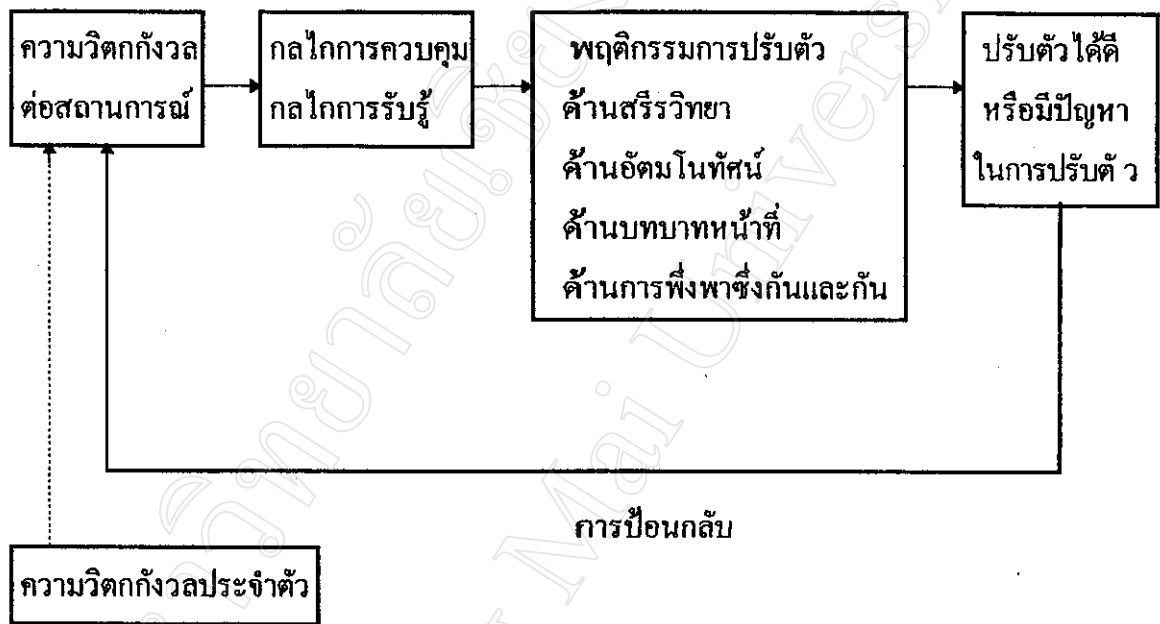
รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว (Eckburg, Griffin & Foxall, 1986) แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการปรับตัวทั้งสี่ด้านของรอย โดยเฉพาะความเครียดและการปรับตัวด้านบทบาทของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถแบ่งเวลาให้เหมาะสมได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องการการดูแล ผู้ให้การดูแลก็ต้องการความช่วยเหลือด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะด้านการปรับตัว เนื่องจากเป็นภาระกิจที่หนักต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเหนื่อยล้า เกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ มีความวิตกกังวลและความเครียดสูงกว่าในคนปกติ ซึ่งสาเหตุของความเครียดมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ มีบทบาทเกินความสามารถ ไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว ความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก สำหรับแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรง (primary stressor) คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากการที่มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทางลบได้แก่ รู้สึกโกรธง่าย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคมและเหงา ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ มีความขัดแย้งกับบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านกับบทบาทของผู้ทำงานอาชีพ ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่วนความรู้สึกในทางบวก เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ รู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น เป็นต้น (รญา ภูโพนุลย์, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ในทำนองเดียวกัน จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จากภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 104 ราย พบว่า ในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสูงผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งบัทเชอร์(Butcher,1994) กล่าวว่าสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป

การที่บุคคลในครอบครัวติดเชื่อเอชไอวี ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก และเมื่อผู้ติดเชื่อมีการติดเชื่อฉวย โอกาสหรือมีการเจ็บป่วยมากขึ้น ย่อมต้องการผู้ให้การดูแลในขณะที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในชีวิต ในขณะเดียวกันก็จะเกิดผลต่อจิตใจของผู้ดูแลด้วย จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้นพบว่าผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องพยายามปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวสี่ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และ

ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน พฤติกรรมการปรับตัวถือเป็นการปรับตัวของบุคคลตอบสนองต่อความวิตกกังวลดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นการปรับตัวที่ดีหรือการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนเมษายน 2540 ประเทศไทยมีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการเป็นจำนวนถึง 900,000 ราย ผู้ติดเชื้อเหล่านี้เริ่มแสดงอาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้สถานพยาบาลต่างๆต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ประกอบกับการไม่สามารถที่จะรองรับจำนวนผู้ติดเชื้อเหล่านี้ได้ทั้งหมด จึงต้องให้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่รุนแรงพักอยู่กับครอบครัว จึงเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องหาผู้ที่ช่วยเหลือและดูแลผู้ติดเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความวิตกกังวลและการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ในชุมชนของอำเภอคอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อจะเป็นข้อมูลให้บุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถวางแผนและช่วยเหลือญาติในการลดความวิตกกังวลและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยและลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

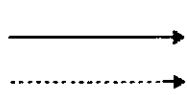
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมการปรับตัว เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยึดกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1

แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องความวิตกกังวลและพฤติกรรม
การปรับตัว ของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ



หมายถึง สิ่งเร้าตรง
หมายถึง สิ่งเร้าร่วม