

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ที่เป็นสมาชิกในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 60 ราย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัว

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 60 ราย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความรับผิดชอบในด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว แหล่งให้ความช่วยเหลือ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและระยะเวลาในการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 5

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุและสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน) n = 60	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	33.3
หญิง	40	66.7
อายุ ($\bar{X} = 42$, S.D = 13.98, ค่าพิสัย = 18-75 ปี)		
ต่ำกว่า 20	2	3.3
20-39	26	43.4
40-59	25	41.6
60 ขึ้นไป	7	11.7
สถานภาพสมรส		
โสด	12	20.0
หม้าย	8	13.3
หย่า	2	3.3
คู่และอยู่ด้วยกัน	38	63.4

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีช่วงอายุ 20 - 39 ปีมากที่สุด เป็นจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เป็นจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.6 กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันมากที่สุดเป็นจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.4

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 60	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	60	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	23	38.3
ประถมศึกษา	29	48.3
มัธยมศึกษา	7	11.7
อาชีวศึกษา	1	1.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	11	18.3
รับจ้าง	21	35.0
รับราชการ	1	1.7
นักศึกษา	2	3.3
ค้าขาย	6	10.0
เกษตรกรรวม	19	31.7

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด เป็นจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาไม่ได้เรียนเป็นจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 และกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง เป็นจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมามีอาชีพเกษตรกรรวม เป็นจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.7

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และความรับผิดชอบในด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน n=60	(ร้อยละ)
รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน (\bar{X} = 2723, S.D = 2388.91, ค่าพิสัย = 0-10,000 บาท)		
ไม่มีรายได้	9	15.0
500 - 2,000	20	33.3
2,001 - 4,000	23	38.3
4,001 - 6,000	4	6.7
6,001 -8,000	4	5.0
>8,000	1	1.7
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	25	41.7
ไม่เพียงพอ	35	58.3
ความรับผิดชอบในด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว		
ไม่ต้องช่วยเหลือ	13	21.7
ต้องช่วยเหลือ	47	78.3

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001-4,000 บาท เป็นจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมามีรายได้ 500 - 2,000 บาท เป็นจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.3 และต้องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.3

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพในครอบครัว แหล่งให้ความช่วยเหลือ และโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 60	ร้อยละ
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้า	18	30.0
ภรรยา	18	30.0
บุตร	14	23.3
ญาติ	7	11.7
ผู้อาศัย	3	5.0
แหล่งให้ความช่วยเหลือ		
โรงพยาบาลดอกคำใต้	60	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	60	100

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่และมีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าและภรรยามากที่สุดอย่างละ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 อย่างละเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรงพยาบาลดอกคำใต้เป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือและกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับบุคคลคิดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ และระยะเวลาในการดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน) n =60	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ		
บิดา/มารดา	23	38.4
สามี/ภรรยา	12	20.0
บุตร	8	13.3
ญาติ	14	23.3
เพื่อน	3	5.0
ระยะเวลาในการดูแล (\bar{X} = 10, S.D. = 11.52, ค่าพิสัย = 2-60 เดือน)		
2 เดือน -12 เดือน	48	80.0
13 เดือน - 24 เดือน	8	13.3
มากกว่า 24 เดือน	4	6.7

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับบุคคลคิดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นบิดาหรือมารดามากที่สุด เป็นจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.4 รองลงมาเป็นภรรยาหรือสามี เป็นจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 และมีระยะเวลาในการดูแลในช่วง 2 - 12 เดือน มากที่สุดเป็นจำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

จำนวนบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการทั้งหมด 60 ราย จำแนกตามเพศ อายุและระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 6 ดังนี้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำแนกตามเพศ อายุและระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 60	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	68.3
หญิง	19	31.7
อายุ (\bar{X} =31, S.D =10.88)		
ต่ำกว่า 20	1	1.7
20 - 39	52	86.6
40 - 59	5	8.4
60 ขึ้นไป	2	3.3
ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ (\bar{X} = 22, S.D = 20.15)		
2 เดือน -12 เดือน	27	45.0
13 เดือน - 24 เดือน	20	33.3
มากกว่า 24 เดือน	13	21.7

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า บุคคลติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.3 มีช่วงอายุระหว่าง 20-39 ปีมากที่สุด เป็นจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.6 และมีระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้ออยู่ในช่วง 2 เดือน - 12 เดือน เป็นจำนวน 27 รายคิดเป็นร้อยละ 45.0

ส่วนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวล

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของความวิตกกังวล ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ค่าคะแนนแบบประเมิน ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของความวิตกกังวล

ชนิดของความวิตกกังวล	ค่าคะแนน แบบประเมิน	ค่าพิสัย	\bar{X}	S.D	ระดับ
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	20-80	22-76	52.85	9.42	ปานกลาง
ความวิตกกังวลประจำตัว	20-80	25-74	53.16	9.13	ปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ค่าพิสัยของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีค่าอยู่ระหว่าง 22 - 76 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 52.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.42 แสดงว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ มีคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ในระดับปานกลาง ส่วนค่าพิสัยของความวิตกกังวลประจำตัวโดยทั่วไป มีค่าอยู่ระหว่าง 25 - 74 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 53.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.13 แสดงว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ มีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวโดยทั่วไป ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมและระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมและระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 60)

ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว	\bar{X}	S.D	ระดับการปรับตัว
ด้านสรีรวิทยา	2.43	.56	ปานกลาง
ด้านอत्मโนทัศน์	2.00	.45	ปานกลาง
ด้านบทบาทหน้าที่	2.05	.53	ปานกลาง
ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน	2.08	.33	ปานกลาง
โดยรวม	2.08	.27	ปานกลาง

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอत्मโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และการปรับตัวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านเท่ากับ 2.43 2.00 2.05 2.05 และ 2.08 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละด้านเท่ากับ .56 .45 .53 .33 และ .27 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อสถานการณ์กับพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการปรับตัวด้าน
สตรีวิทยา ด้านอ้อมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และการปรับตัวโดย
รวมในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อสถานการณ์กับพฤติกรรมการปรับตัวด้าน
 สรีรวิทยา ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และพฤติกรรมการ
 ปรับตัวโดยรวมในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

พฤติกรรมการปรับตัว	r
ด้านสรีรวิทยา	-.52**
ด้านอึดมโนทัศน์	-.73**
ด้านบทบาทหน้าที่	-.64**
ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน	-.28
โดยรวม	-.71**

** p < .001

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับพฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยาในระดับปานกลาง
 ($r = .52$) กับพฤติกรรมการปรับตัวด้านอึดมโนทัศน์ในระดับค่อนข้างสูง ($r = .73$) เช่นเดียวกับ
 พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ($r = .64$) และพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม ($r = .71$)
 ส่วนพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ($r = .$
 28) อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเพื่อหาระดับของความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ระดับของความวิตกกังวลของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ มีคะแนนความวิตกกังวลทั้งแบบต่อสถานการณ์และความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่7) สนับสนุนทฤษฎีของสปีลเบอร์เกอร์ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์สูงตาม บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่ำและบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวปานกลางจะมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ปานกลางเช่นเดียวกัน(Spielberger & Gueevero, 1982; Spielberger et al. , 1994) เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 20-59 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งช่วงอายุที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในระดับที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 31 - 40 ปี มีความเครียดและความวิตกกังวลได้มากกว่าผู้ที่มีอายุในช่วง 61 -80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา นาคะ, 2534) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่างนี้เป็นวัยทำงานที่จะต้องรับผิดชอบในหน้าที่และบทบาทหลายด้าน การที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาชีพ ครอบครัว รายได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย ต่างกับผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก จึงอาจจะทำให้สามารถเผชิญปัญหา เรียนรู้ รับรู้ สามารถตัดสินใจและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกว่า ทำให้ความวิตกกังวลลดลง (Fortinash & Holoday-Worret, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของยามาชิและคาชิวาบารา(Nyamathi & Kashiwabara, 1988) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนตามลำดับ (ตารางที่2) และหากรวมจำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าด้วยกันจะเป็นจำนวนสูงถึงร้อยละ 86.6 ซึ่งระดับการศึกษาเป็น

ปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสภาพที่เกิดขึ้น การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารได้ สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา เกิด การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการตอบสนองได้ดีมากกว่า (Orem, 1991) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาก่อนข้างน้อย อาจทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจรวมทั้งไม่กล้าซักถามเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น ไม่กล้าตัดสินใจให้เหมาะสมกับภาวะนั้นๆ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจะมีความวิตกกังวลประจำตัวมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าถูกต้องมาก เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Kramer, 1997) เมื่อพิจารณาถึง อาชีพ รายได้ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 - 4,000 บาท และ 500 - 2,000 บาท (ตารางที่ 3) และหากรวมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้กับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ (500-2,000 บาท) เข้าด้วยกันพบว่ามีจำนวนถึงร้อยละ 48 และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ขึ้นกับชนิดของงานและการได้รับการว่าจ้าง บางวันอาจจะไม่มีรายได้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อ ไม่มีเวลาออกไปประกอบอาชีพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเงินเก็บเพียงพอในการดูแลผู้ติดเชื้อ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาที่ใช้ในการรักษามีราคาแพง ประกอบกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของครอบครัวและผู้ติดเชื้อบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ปัญหาเศรษฐกิจรุนแรงยิ่งขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรายได้ จะเป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่จะคอยสนับสนุนผู้ดูแลให้เผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีรายได้มากจะสามารถแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์เอื้ออำนวยต่อการดูแล รวมทั้งสามารถเรียนรู้คัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะที่เป็นอยู่ได้ดีกว่า (Lazarus & Folkman, 1984) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไฮล์แมนและคณะ (Hileman, Lackey & Hassanien, 1992) ที่พบว่าไม่เพียงแต่บุคคลที่มีฐานะดีและมีทักษะในการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถแสวงหาสิ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตของตนและครอบครัวได้เท่านั้น ฐานะทางการเงินยังมีอิทธิพลและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกด้วย ถ้าบุคคลมีฐานะดีและมีทักษะในการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถซื้อหาวัตถุ สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวได้ ทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

สายพิณ เกษมวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชรและภัสสร ขำวิชา(2538) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคล บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็นการถูกคุกคามและเป็นความเครียด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีฐานะทางการเงินน้อย ทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะประเมินสถานการณ์การดูแลเป็นการถูกคุกคาม เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ไม่สามารถตอบสนองต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถเผชิญกับภาวะต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล (Lindsey, 1988) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ พบว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา หรือภรรยาของผู้ติดเชื้อ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ดูแล เนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิดและหวังที่จะเป็นที่พึ่งพิงในอนาคต ประกอบกับการที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุน้อย เมื่อเจ็บป่วยและคาดว่าจะต้องเสียชีวิตไปก่อนเวลาอันสมควร ทำให้ผู้ดูแลทุ่มแรงกายแรงใจไปกับการดูแล แสวงหาการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ความห่วงใยกังวลต่อผู้ติดเชื้อ ความคาดหวังที่จะยืดชีวิตและความรู้สึกถึงการสูญเสีย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกอับอายที่ถูกเปิดเผยความลับจากการที่ผู้ติดเชื้อบางรายเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาทางสังคม เสพยาเสพติด หรือกลุ่มอาชีพขายบริการ ผู้ติดเชื้อบางรายมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวนมีผลให้ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทน อดกลั้น และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, Oberst, McCubbin & Hughes, 1991) พบว่าพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ช่วยประคับประคองทางอารมณ์ เฝ้าระวัง และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ เหนื่อยล้าและรู้สึกเป็นภาระ การรับรู้เหล่านี้จะผ่านการเรียนรู้ มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคลว่าถูกคุกคามและเป็นความเครียดเกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงระดับของความวิตกกังวล พบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไทรซ์ (Trice, 1988) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อเฉลี่ยนานประมาณ 10 เดือน (ตารางที่ 5) การมีระยะเวลาในการดูแลนานจะทำให้ผู้ดูแลทราบถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อจากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และมีโอกาสซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนได้พูดคุยกับผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลที่ประสบปัญหาอย่างเดียวกัน นอกจากนี้การที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเคยชิน ร่วมกันได้รับรู้

เกี่ยวกับอาการต่างๆ ของโรคเอดส์มามาก ทำให้เกิดความวิตกกังวลน้อยลงได้ (อรทัย โสมนรินทร์, 2538) นอกจากนั้นผู้ติดเชื้อยังมีความรุนแรงของโรคไม่มากนัก จากการที่ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ป่วยนอกของทางโรงพยาบาล ทำให้ปัญหาในการดูแลไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนจนเกินไป ประกอบกับผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกของกลุ่มของผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ทำให้มีแหล่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งทางโรงพยาบาลดอกคำใต้ได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน ได้จัดหน่วยดูแลผู้ติดเชื้อขึ้นและมีเจ้าหน้าที่ประจำคอยให้การช่วยเหลือเป็นหน่วยให้คำปรึกษา (counseling) ซึ่งเป็นแหล่งที่เอื้อประโยชน์แก่ผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อโรคมมากขึ้น (พิภูถ นันทชัยพันธ์, 2539) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและจากการสังเกตการจัดกิจกรรมของหน่วยงานกามโรคและเอดส์ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่พอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ แม้ว่าจะไม่ได้รับความช่วยเหลือทุกด้านอย่างเพียงพอก็ตาม ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นบุคคลในเครือข่ายสังคม มีบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ มีผลให้ผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีคุณค่า มีคนรักและมีความสำคัญ ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ติดเชื้อหรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยให้ผู้รู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ลดความรู้สึกกลุ้มเครือและรู้สึกหมดทางแก้ไข ประกอบกับการได้เข้ากลุ่มร่วมกับผู้ดูแลอื่น ๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์ ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก ค้อยคุณค่า หรือถูกแยกออกจากสังคมจนเกินไป จากการศึกษาของชาร์ท-ฮอปโกและคณะ (Sharts-Hopko, Regan-Kubinski, Lincoln & Heverly,1996) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมยิ่งมากจะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ถูกต้อง และมีความเครียดน้อย นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพในชุมชนและการที่เมืองค์กรต่างๆ คอยช่วยเหลือจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไว้วางใจ สามารถเปิดเผยและออกสู่สังคมทำให้ไม่เกิดความรู้สึกกดดัน (Hasselkus, 1988) การได้รับการดูแลที่ดีเหล่านี้ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนและความรู้สึกอับอายจะลดลง (Kelly, Lawrence, Smith, Hood, Cook, 1987)จะเห็นได้ว่าปัจจัยและสิ่งต่างๆ ที่กล่าวมานั้น มีบางปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแล แต่มีปัจจัยบางประการอาจมีผลที่ทำให้ระดับความวิตกกังวลนั้นลดลง ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อและแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มได้รับ

2. พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

พฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล เป็นพฤติกรรมการแสดงออกตามการรับรู้ของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นไปตามแรงกระตุ้นจากระดับของความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงแล้วยังอาจเกิดจากสิ่งเร้าร่วมอีกหลายปัจจัย คือ ปัจจัยในด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี และ 51 - 60 ปี จากการศึกษาของโจนพร ชื่นใจเรือง (2536) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามวัยจากการที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีการพัฒนาประสบการณ์ มีการรับรู้ เรียนรู้และมีเหตุผล สามารถตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเลือกแนวทางในการดูแลได้ดีขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้มีการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความรักความเข้าใจมีการแบ่งปัน ปรึกษาซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีมีความเหมาะสม มีอารมณ์มั่นคง สามารถแก้ปัญหาและมีกำลังใจต่อสู้อุปสรรคมากขึ้น ลดความเครียดและส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (McEveen, 1978) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกในกลุ่มผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีความช่วยเหลือทางสังคมที่คอยให้การช่วยเหลือ ทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเองและหน่วยงานกรมโรคและเอดส์ของ โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์รวมของการช่วยเหลือทั้งจากภาครัฐและเอกชน ที่คอยให้การสนับสนุนทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ คอยให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ ผู้อื่นสามารถพึ่งพาได้ ได้รับความไว้วางใจ เชื่อใจ รู้สึกว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่าและยอมรับว่าตนเองเป็นบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคามได้และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในระดับหนึ่ง (Cobb, 1976) การปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่ศึกษาในครั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การปรับตัวด้านสรีรวิทยา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยาในระดับปานกลาง ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมวัฒนา (2538) และการศึกษาของแมคลีนาและคณะ(Maclena, Repertall, Mayer-Ba & Main, 1991)

ที่พบว่าผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยที่สะท้อนถึงผลจากความเครียดอย่างชัดเจน ได้แก่ ปวดศีรษะ ไข้หวัด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือนอนไม่พอ รับประทานอาหารไม่ได้หรือดั้นแปรไป และใจสั่น นอก จากนั้นจากการศึกษาของยูพิน จันทรักคะและคณะ (2539) และศึกษาของชนิตา มณีวรรณและคณะ (2538) ก็พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรนั้นมีการปรับตัวด้านสรีรวิทยาได้ค่อนข้างน้อย มีอาการท้องผูก ถ่าย ปัสสาวะผิดปกติและอ่อนเพลีย ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นภาระหนัก เมื่อลำไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่สามารถรักษาหรือดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างให้การดูแล บางคนมีสุขภาพที่เลวลงต้องรับการ รักษาเป็นประจำ เนื่องจากเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลอันดับ แรก บทบาทในการดูแลเป็นบทบาทที่ผู้ดูแลประเมินว่าคุกคามต่อสุขภาพ บ่อยบ่อยและรบกวนชีวิต ประจำวัน (Fenger & Goodrich, 1979; Beach, 1997) จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ได้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นแรง สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จากการมีผู้คอยให้การช่วยเหลือ ผลัดเปลี่ยน สามารถปฏิบัติกิจกรรม บางอย่างกับผู้ติดเชื่อแทนได้และมีแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อปัญหานั้นรุนแรงและไม่สามารถแก้ไข ได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ประกอบกับ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวเลย ซึ่งจากการศึกษาของ โรบินสัน และสตีลล์ (Robinson & Steele, 1995) พบว่าสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรง สนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เกิดจากการที่เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่น มีความพยายามจะควบคุมการเจ็บป่วยหลีกเลี่ยงภาวะที่จะทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบ ภูมิคุ้มกัน ทำงานดีขึ้นไม่เกิดการเจ็บป่วย(Cohen & Wills, 1985) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็น ปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ส่งเสริม สุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น(Cobb,1976) นอกจากนั้นการที่กลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 59 ปี ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้ เนื่องจากการที่ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะเกิด ปัญหาทางสุขภาพได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Robinson & Steele, 1995) ประกอบกับการที่กลุ่ม ตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่ต้องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว และจากการที่ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดา ของผู้ติดเชื่อไม่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ปรับตัวได้

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรม การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึก

ของตนเองต่อร่างกาย (body sensation) และภาพลักษณ์ (body image) ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ภาคผนวก ค) และมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง (personal self) ด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านการวางแผนในอนาคตและด้านคุณธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทั้งจากครอบครัว ชุมชนและจากศูนย์รวมแหล่งให้ความช่วยเหลือทั้งจากภาครัฐและเอกชนที่มีโรงพยาบาลดอกคำใต้เป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า มีคนเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า มีการติดต่อพึ่งพาซึ่งกันและกัน เกิดพลังและแรงจูงใจในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อได้ เกิดความรู้สึกปลอดภัย (self-consistency) รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในทีมที่ให้การดูแล (Lovejoy, 1986) จากการประเมินนี้จะผ่านกลไกการรับรู้ทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-expectation) (Norbeck, 1984; Robinson, 1990) ทำให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง มีผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ยุ่งยาก ภาระที่มืออยู่ถูกแบ่งเบาลงไป สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจนจากการได้รับข่าวสารที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Baldwin, 1990) จากการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจและทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนอนาคตได้ (Sharts-Hopko, Regan-Kubinski, Lincoln & Herely, 1996; Brown, 1993) นอกจากนั้นครอบครัวมีความเต็มใจในการดูแลผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว (Safford, 1986) แต่อย่างไรก็ตามจากการที่บุคคลติดเชื้อนั้นเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นสิ่งที่เลวร้ายสำหรับครอบครัว (Powell-Cope, 1994) เกิดความรู้สึกผิดเคียดตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเป็นบิดามารดาของผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 38.4 (ตารางที่ 5) และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแลบางรายจะโทษตนเองว่าไม่ดูแลบุตร จึงทำให้เกิดเหตุการณ์วิกฤตขึ้นกับครอบครัว แต่เมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ดูแลจะให้อภัย ไม่กล่าวโทษผู้ติดเชื้อ โทษว่าเป็นเคราะห์กรรม เป็นกรรมที่ติดตามมา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้เป็นเช่นนี้ ซึ่งเป็นวิธีการปรับแก้ที่เป็นปกติในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ การรับรู้ (Sodestrom & Martinson, 1989) ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะทำให้ความรู้สึกผิดลดลง (Kapust, 1982) การได้พูดคุยกับผู้มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ผู้ที่ตนให้ความเคารพนับถือ และแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ เข้าไปในสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ ทำให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ใจ ลดการโทษเศร้า ทำให้เกิดความพอใจในชีวิต (Pollar, 1989) ซึ่งคารนและโรบินสัน (Kaye & Robinson, 1994) พบว่าผู้ที่มีความเชื่อหรือยึดถือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากจะทำให้มีความ

ผาสุขในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเชื่อหรือยึดมั่นและทำให้รู้สึกว่าการดูแลลดลง(Reed, 1987) ความเชื่อจะทำให้ความกลัวลดลง สามารถเผชิญกับความสูญเสีย ลดความไม่สุขสบายและเกิดการรับรู้ที่คิดอะคูแล (O'Brien, 1982 cited in Kaye & Robinson, 1994) ทำให้เกิดความมั่นใจ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.3 ซึ่งผู้ที่มีคู่สมรสจะทำให้ปรับตัวได้ดีกว่า (Carter, 1983) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่คู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิด มีความรัก ความเข้าใจ แบ่งปัน และพึ่งพาซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียด มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถปรับตัวได้ดี

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มี

พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดา มารดาและภรรยาของผู้ติดเชื้อ โดยสภาพของสังคมทั่วไป โดยเฉพาะสังคมไทยที่มีความเชื่อ และรู้สึกว่าการดูแลเลี้ยงดูบุตรเป็นหน้าที่ของบิดามารดาซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ในสังคม(secondary role) ภรรยาทำหน้าที่รับผิดชอบงานบ้านและงานบริการแก่สมาชิกครอบครัว เมื่อมีบุคคลใน ครอบครัวเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ต้องบริการแก่สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย (tertiary role) (รุจา ภูไพบูลย์ , 2539) แต่ในขณะที่เดียวกันต้องไม่ทอดทิ้งการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวไปด้วย แม้ว่าจาก สภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันสตรีวัยทำงานออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น เมื่อมีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยผู้ดูแลบางรายต้องปรับงานเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย บางรายต้องออกจากงาน ผลจากการ เปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ภรรยาต้องหารายได้และดูแลผู้ป่วยด้วย ตนเอง เกิดบทบาทเกินความสามารถ ขัดแย้งกับคู่สมรส เนื่องจากต้องแสดงบทบาทในการดูแล ไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง ไม่มีความรู้พอที่จะบอกได้ว่าสิ่งใดควรทำและไม่ควรทำอะไร ทำให้ สับสนในบทบาท (รุจา ภูไพบูลย์ , 2535) แต่การมีแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านวัสดุอุปกรณ์จากครอบครัว ชุมชน กลุ่มผู้ ติดเชื้อและทางโรงพยาบาลออกคำได้ ซึ่งผู้ดูแลได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ในระดับหนึ่ง ประกอบกับทางโรงพยาบาลได้จัด บริการการดูแลผู้ติดเชื้อในตอนกลางวัน ทำให้ผู้ดูแลสามารถออกไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ มี เวลาออกไปสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ไม่รู้สึกสูญเสียความเป็นตนเอง ยังสามารถติดต่อกับบุคคลอื่นใน สังคมได้ ประกอบกับเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะเต็มใจให้การดูแล เนื่องจากการที่ลักษณะของครอบครัวไทย มีความเชื่อมโยงกันทั้งในระดับครอบครัวและเครือญาติ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) และจากการที่ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ป่วยนอกซึ่งมีอาการของโรคไม่รุนแรง

การดูแลจึงไม่มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรดูแลได้ ผู้ดูแลจึงมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทที่ตนได้รับ ทำให้สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวขยายอยู่ร่วมกันหลายคนมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติใกล้ชิดสนิทสนมกัน ช่วยเหลือสนับสนุน มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจกัน สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย หัวใจและจริงใจ มีความลึกซึ้งในลักษณะของการให้ความรัก ความเอาใจใส่และรักใคร่ปรองดองกัน(จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2539) ผู้ดูแลจึงมีพฤติกรรมการรับ (receptive behavior) ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลและกลุ่มผู้ติดเชื้อ การมีแหล่งให้ความช่วยเหลือช่วยให้ผู้ดูแลคลายความเครียดจากที่เป็นอยู่ และเนื่องจากผู้ติดเชื้อเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตเหลืออยู่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่คำนึงว่าความต้องการการดูแลนั้นจะส่งผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง (Safford,1986) จึงเป็นการแสดงพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ(contributive behavior) ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาของสายพิณ เกษมวัฒนา (2538) พบว่าความต้องการการดูแลของบุคคลที่เจ็บป่วยนั้น ไม่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุณความเป็นความเครียดจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดการพึ่งพาทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

จากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการมีพฤติกรรมปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอึดทนโน้ทนึ้น ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลนาน ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อมีอาการของโรคไม่รุนแรงทำให้การดูแลไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน และผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรงพยาบาลออกค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นศูนย์รวมแหล่งให้ความช่วยเหลือทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความช่วยเหลือและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมได้ส่วนหนึ่ง ประกอบกับการที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะเต็มใจให้การดูแลและถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะวิกฤติขึ้นกับครอบครัวลักษณะของคนไทยทางภาคเหนือหรือชาวล้านนาจะมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปรองดอง ถ้อยทีถ้อยอาศัยและพึ่งพาซึ่งกันและกัน มองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็น

บุญกรรมแต่ทหลัง(สิทธิ์ บุตรอินทร์, 2523) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลไม่กล่าวโทษผู้ติดเชื้อ รู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ติดเชื้อ นอกจากนั้นในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนมากขึ้น แม้จะตระหนักว่าเป็นโรคที่อันตราย รักษาไม่หายก็ตาม แต่ชุมชนเริ่มยอมรับและสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ($r = -.52$) ด้านอัตมโนทัศน์ ($r = -.73$) ด้านบทบาทหน้าที่ ($r = -.64$) และการปรับตัวโดยรวม ($r = -.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 8) ส่วนในด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -.28$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานบางส่วน แสดงว่าความวิตกกังวลซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงมีผลต่อกระบวนการควบคุมของระบบย่อยทั้งสองประการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวโดยรวม ซึ่งถือเป็นการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันนั้นมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการพัฒนาการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านในประเทศไทยนั้นพัฒนาเข้าสู่ระยะที่สามแล้ว จากสองระยะที่ผ่านมานั้นพบว่า ระยะแรกช่วงปี 2527-2532 เป็นระยะที่ปลอดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชนเพราะผู้ติดเชื้อยังมีร่างกายแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ ระยะที่สองช่วงปี 2533-2535 เป็นระยะที่ประชาชนเริ่มตระหนักและมีการยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ระยะที่สามช่วงปี 2536 ถึงปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ยอมรับมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น หน่วยงานบริการของรัฐเริ่มพัฒนากิจกรรมเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ติดเชื้อที่บ้านมากขึ้น เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนออกจากโรงพยาบาล พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยในตอนกลางวัน นอกจากนั้นหน่วยงานบริการทางสังคมทั้งโรงพยาบาล ประชาสงเคราะห์และเอกชน ได้ประสานงานเพื่อคอยสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว วัดเป็นสถานที่ที่พึ่งพาทางใจได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวด้วย ชุมรมผู้ติดเชื้อเริ่มเกิดมากขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นแหล่งเรียกร้อง

สิทธิที่ถูกล่วงละเมิด ได้แก่ การถูกบังคับให้คู่สมรสตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นต้น (กุลธิดา ไชยวรรณ, จิราภรณ์ ยาชมภู, ลีซ่า กัมธมาลา, 2539) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีเอชไอวีที่มีอาการ และเป็นสมาชิกในกลุ่มชมรมผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ทางโรงพยาบาลได้พัฒนาหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ช่วยแก้ไขปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ สังคมและสิทธิขั้นพื้นฐาน และจากการศึกษาของเกศินี จุฑาวิจิตร (2533) พบว่ามีศักยภาพที่แฝงเร้นในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ และในชุมชน โดยพบว่าหลายครอบครัวเมื่อบุตรหลานติดเชื้อเอชไอวีจะหันมาดูแลมากขึ้น ประกอบกับมีการช่วยเหลือจากชุมชนและรัฐบาล ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า บรรลุถึงเป้าหมายของการมีชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นเพราะลักษณะของคนไทยทางภาคเหนือที่มองโลกและชีวิตตลอดจนสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตในแง่ดีเสมอ โดยมีความเชื่อว่าเมื่อมีการแบกปัญหา ก็ต้องมีการปล่อยวางปัญหา การยอมรับความแตกต่างในคุณค่าและสถานการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยยึดเอาความรู้ดีกับความประพฤติดีเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน การประกอบกรรมดีนั้นปัจจุบันจะเป็นพื้นฐานของอนาคตชีวิตในปัจจุบันมีความหมายเหนือสิ่งอื่นใด ควรจะสร้างความดีไว้ให้มากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ติดเชื้อ ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลงไป และจากคตินิยมในความเป็นผู้ใจกว้าง มีคุณธรรม รับผิดชอบต่อชุมชน เป็นมิตร มีความไว้เนื้อเชื่อใจ ร่วมแรงร่วมใจกัน และมีความเชื่อว่าสังคมเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ในชีวิต มนุษย์เกิดมาเพื่อกันและกัน พึ่งพาอาศัยกัน รักใคร่ปรองดองกัน(สิทธิ บุตรอินทร์, 2523) และในปัจจุบันผู้ดูแลและชุมชนมีทัศนคติและเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ผู้ดูแลสามารถดูแลและใช้ชีวิตอยู่กับผู้ติดเชื้อได้ดีขึ้น เป็นที่พึ่งของผู้ติดเชื้อ ไม่รังเกียจ รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ติดเชื้อ (พิกุล นันทชัยพันธ์ , 2539) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีทั้งพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ(contributive behavior)และพฤติกรรมมารับ (receptive behavior)

จากการศึกษา เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่ใช้ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นไปตามกรอบแนวคิดตามแผนภูมิที่ 1 ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอยจากความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เป็นสิ่งเร้าตรงโดยผ่านกลไกการรับรู้และกลไกการควบคุม ทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความวิตกกังวลประจำตัวโดยทั่วไป เป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคล มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อสถานการณ์