

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ



นางสาวอรุณวรรณ มุขแก้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา)

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ADAPTATION OF CARE GIVERS FOR AIDS PATIENTS IN THE FAMILY:
A CASE STUDY OF SAMUT PRAKAN PROVINCE



Miss Arunwan Mukkaew

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Human and Social Development

(Interdisciplinary Program)

Graduate School


Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ
โดย นางสาวอรุณวรรณ มุขแก้ว
สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม
อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.กาญจพรพรช กอศรีพร


บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต


.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ม.ร.ว.กัลยา ติงศภักดิ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.สุภาค์ จันทร์วานิช)

.....  อาจารย์ที่ปรึกษา
(ดร.กาญจพรพรช กอศรีพร)

.....  กรรมการ
(ดร.พัชรราวลัย วงศ์บุญสิน)

.....  กรรมการ
(ดร.พินิจ ลาภธนานนท์)

อรุณวรรณ มุขแก้ว: การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ (ADAPTATION OF CARE GIVERS FOR AIDS PATIENTS IN THE FAMILY: A CASE STUDY OF SAMUT PRAKAN PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.กาญจพรพร กอศรีพร, 143 หน้า.

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล กระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแล รวมทั้งเพื่อให้ข้อมูลและเสนอแนะแนวทางแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแล ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวในจังหวัดสมุทรปราการ และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลจำนวน 100 ราย กรอบแนวคิดของงานวิจัยนี้ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 11 ตัว และมีตัวแปรตามคือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว งานวิจัยใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในเชิงปริมาณมีจำนวนตัวอย่าง 100 รายซึ่งถูกเลือกอย่างเจาะจงจากรายชื่อผู้ป่วยในโครงการพิเศษของแต่ละโรงพยาบาล เครื่องมือเชิงปริมาณคือ แบบสอบถามปลายปิด และเครื่องมือเชิงคุณภาพคือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายกรณีจำนวน 10 ราย โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 100 รายที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางปะกอก โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 17 ที่เปิดเผยต่อสังคมว่าตนเองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยในภาพรวม ทั้งผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงสามารถปรับตัวได้ระดับปานกลาง การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์, ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์,ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์, การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์, การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์, การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นต้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ดีที่สุด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการรับรู้ ผู้ดูแลปรับตัวโดยการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก แสวงหากำลังใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 เป็นระยะการเรียนรู้ ผู้ดูแลปรับตัวโดยการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง และเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และระยะที่ 3 เป็นระยะการยอมรับ ผู้ดูแลจะปรับวิธีการดูแลผู้ป่วย ปรับวิธีการดูแลตนเอง และปรับวิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย คือ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลและกดดันกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาการปรับตัวด้านสังคม คือ ความรู้สึกอับอายและความกลัวการถูกรังเกียจจากสังคม ปัญหาการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ คือ ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ คือ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรมีการรวมกลุ่มกันเป็นองค์กรประชาสังคมเพื่อสร้างรายได้เสริม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และเพิ่มศักยภาพของตนเองให้มีความแข็งแรงพอที่จะอยู่ในสังคมได้แม้จะถูกตีตราบาปและเลือกปฏิบัติ 2) สมาชิกในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครัวเรือนของตน และให้การสนับสนุนด้านจิตใจต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ 3) ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในโรงพยาบาลต่างๆ ควรสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้สามารถทำงานในเชิงรุกได้ทั้งในและนอกโรงพยาบาล 4) งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาเรื่องที่ยังไม่เคยศึกษามาก่อน เช่น กระบวนการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์เต็มใจที่จะเปิดเผยสถานภาพของตนเอง และกระบวนการที่ทำให้คนในสังคมลดเลิกการตีตราบาปและการเลือกปฏิบัติ

สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4889168420: MAJOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT

KEY WORD: ADAPTATION OF CARE GIVERS FOR AIDS PATIENTS

ARUNWAN MUKKAEW: ADAPTATION OF CARE GIVERS FOR AIDS PATIENTS IN THE FAMILY:
A CASE STUDY OF SAMUT PRAKAN PROVINCE. THESIS ADMSOR: KANJAPAT KORSIEPORN, 143pp.

The objectives of this research are to study: 1) care givers' adaptation in caring for AIDS patients in the family; 2) factors affecting the care givers' adaptation; 3) process, problems and barriers in the adaptation of the care givers and 4) to provide useful information and recommendations to relevant agencies to assist the care givers. The population is those working in Samutprakan Province, and the total sample is 100 care givers. The research framework comprises 11 independent variables, with care givers' adaptation as the dependent variable. The research uses both quantitative and qualitative approaches. For quantitative method, the sample comprised 100 cases, purposively selected from the patient lists in a special project. The tool is close-ended questionnaires. For qualitative approach, the sample size was 10 cases chosen from the 100 cases and the tool was in-depth interview. The research's sample is caregivers for AIDS patients, who accompanied them to receive Anti Retroviral Drugs at five hospitals: Samutprakan Hospital, Bang-Bo Hospital, Bang-Plee Hospital, Bang-Chak Hospital, and Phrasamutchedee Swatthayanon Hospital.

The quantitative results showed that of the 100 cases, only 17% reveal their status as AIDS patient's caregivers and that as a whole, both male and female caregivers could moderately adapt. The Simple Regression Analysis shows that age, psychological status, relation with AIDS patients, knowledge in and attitudes about providing care for AIDS patients, social support from family's members, and from medical professionals have statistically significant relation to the adaptation of care givers for AIDS patients in family. The Multiple Regression Analysis shows that attitudes in providing care for AIDS patients, social support from medical professionals, as well as from family's members and knowledge in providing care for AIDS patients have statistically significant relations with care givers' adaptation. The Stepwise Multiple Regression Analysis shows that two factors contribute most to the adaptation, namely, social support from family's members can best explain the care givers' adaptation.

The qualitative results found that there are three stages in the adaptation process. During the first stage of recognition, caregivers adapted themselves by controlling their emotions and feelings, as well as seeking encouragement and assistance mainly from family members and relevant service providers. The second stage was the learning stage. The caregivers adapted themselves by: 1) learning how to take care of AIDS patients; 2) learning how to take care of themselves, and 3) learn how to live their own lives. The third stage was that of acceptance, the caregivers: 1) improve their ability with regards to how to better take care of AIDS patients; 2) how better to take care of themselves; and 3) how better to live their lives. Problems and barriers in their adaptation related to physical, psychological, social and economic factors. They have not enough rest, feel stressful and pressured, as well as having been fearful of stigma and discrimination. Lastly they feel worried about increasing medical and household expenses.

The consolidation of both quantitative and qualitative findings leads to the recommendations that: 1) the care givers should organize themselves into civil society organizations (CSOs) to generate extra income with the assistance from the health service providers, if necessary and strengthen themselves to live within society despite of current stigma and discrimination; 2) family members should participate in caring for AIDS patients in their household and provide psychological support to the care givers; 3) decision makers in hospitals should build the capacity of medical personnel who are responsible for HIV/AIDS patients should a future objective of the hospitals so as to enable them to work in a proactive manner both within and outside of the hospitals and should provide mandate that care givers be assisted by the later in providing regular orientations.; 4) future research should focus on unexplored issues, e.g., the process whereby care givers and AIDS patients willingly reveal their status, and the process whereby the public stop stigmatizing and discriminating against the former.

Field of study: Human and Social Development

Academic year: 2007

Student's signature.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จตามที่ผู้วิจัยได้ตั้งใจไว้ก็ด้วยความกรุณาจากผู้มีพระคุณหลายท่าน

ดร.กาญจนาพรพร กอศรีพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดจนให้ความเมตตากรุณาและกำลังใจที่ดีแก่ศิษย์เสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ศาสตราจารย์ดร.สุภางค์ จันทวานิช ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ ดร.พัชราวลัย วงศ์บุญสิน และดร.พินิจ ลาภธนานนท์ กรรมการวิทยานิพนธ์ ยังกรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยและตรวจทานแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกเป็นพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สำหรับความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดี ให้การอบรมสั่งสอนและสนับสนุนในด้านการศึกษาเสมอมา ตลอดจนเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยดีและขอขอบพระคุณ คุณลุง คุณป้า คุณน้า คุณอาวมทั้งน้องชาย สำหรับความช่วยเหลือทุกอย่างและกำลังใจในทุกๆ เรื่องที่มีให้กันมาโดยตลอด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายที่ได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้วิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดสมุทรปราการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ธุรการสถาบันวิจัยสังคมรวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดสถาบันวิจัยสังคมทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือประสานงาน อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในไมตรีจิตของเพื่อนๆ พัฒนามนุษย์และสังคม รุ่น 4 ทุกคนที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา หวังว่ามิตรภาพและความผูกพันนี้ยังคงมีให้กันและกันตลอดไป

ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการทำวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง และเกิดความคิดที่จะช่วยเหลือแบ่งปันแก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคม ความสำเร็จที่ได้มาครั้งนี้ควรค่าแก่การจดจำและเป็นประสบการณ์ที่ดียิ่งสำหรับผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้หากไม่ได้รับความไว้วางใจ ความกรุณา สละเวลาให้ข้อมูลที่มีคุณค่าและการให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกเป็นพระคุณอย่างสูงและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพประกอบ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	5
1.3 สมมติฐานในการศึกษา.....	5
1.4 ขอบเขตในการศึกษา.....	6
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา.....	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	8
2.2 แนวคิดและทฤษฎีการปรับตัว.....	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ.....	20
2.4 แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม.....	22
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์.....	26
2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	36
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	37
3.1 วิธีดำเนินการศึกษา.....	37
3.2 ขอบเขตในการศึกษา.....	37
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38

	หน้า
3.4 การสุ่มตัวอย่าง.....	38
3.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	40
3.7 การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	42
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
3.10 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	44
4 ผลการศึกษาเชิงปริมาณและอภิปรายผล.....	45
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	46
4.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	54
4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	55
5 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพและอภิปรายผล.....	72
5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	72
5.2 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	82
5.3 ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	96
6 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
6.1 สรุปผลการศึกษา.....	103
6.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	108
6.3 ข้อเสนอแนะ.....	115
รายการอ้างอิง.....	118
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก.....	124
ภาคผนวก ข.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	143

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายเขต ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2527 - 30 มิถุนายน 2549.....	1
2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามอาชีพและเพศ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2527 - 31 ธันวาคม 2548.....	2
3 ประชากรจากการทะเบียน เนื้อที่ ความหนาแน่น และบ้าน จำแนกตามภาค และ จังหวัด พ.ศ. 2548.....	2
4 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายเขตและรายจังหวัดระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 - 30 มิถุนายน 2549.....	3
5 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดและจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	39
6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวโดยรวม.....	43
7 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ.....	46
8 ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ.....	49
9 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ.....	51
10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปรับตัวรายด้านและโดยรวม.....	54
11 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	57
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ.....	65
13 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	66
14 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอนของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.....	69
15 ค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระ.....	142

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1.1 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและอายุ.....	132
1.2 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและระดับการศึกษา.....	132
1.3 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	133
1.4 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.....	133
1.5 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.....	133
1.6 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว.....	134
1.7 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์.....	134
1.8 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน.....	134
2.1 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของอายุ.....	135
2.2 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษา.....	135
2.3 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	135
2.4 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.....	136
2.5 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.....	136
2.6 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว.....	136
2.7 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์.....	137
2.8 แผนภาพการกระจายค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน.....	137
3.1 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเฉลี่ยของเพศ.....	138
3.2 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเฉลี่ยของอายุ.....	138
3.3 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษา.....	138
3.4 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเฉลี่ยของสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน.....	139
3.5 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	139

3.6 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เฮดส์.....	139
3.7 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เฮดส์.....	140
3.8 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย เฮดส์.....	140
3.9 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว.....	140
3.10 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์.....	141
3.11 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจาก องค์กรภาครัฐและเอกชน.....	141

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับทุกประเทศ เนื่องจากพบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทวีคูณ และยังไม่สามารถหาตัวยารักษาที่มีประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาอย่างมากในด้านเศรษฐกิจรวมถึงการสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผลกระทบในเชิงโครงสร้างกำลังแรงงานของประเทศ เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ตลอดจนผลกระทบทางอ้อมด้านความชะงักงันในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากการสูญเสียผู้นำครอบครัวที่ทำให้มีเด็กกำพร้าหรือสตรีม่ายเพิ่มขึ้น (โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์, 2543: 340) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรในลักษณะที่มีอัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นซึ่งส่งผลโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาประเทศ เป็นภัยคุกคามทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ อรทัย อาจ่อ่าและสมศักดิ์ นัคลาจารย์ (2540: 2) กล่าวว่า โรคเอดส์ไม่ใช่โรคของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นโรคของสังคมที่ทุกฝ่ายทุกคนทุกหน่วยของสังคมจะต้องรวมกันรับผิดชอบและร่วมกันแบกรับภาระ เพื่อช่วยกันพยุงสังคมของเราให้สามารถขับเคลื่อนไปได้

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยจากรายงานของสำนักระบาดวิทยา (สิงหาคม 2548) พบว่า ในช่วงปี 2547-2549 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ จำนวน 366,888 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 90,059 ราย โดยผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี โดยพื้นที่ภาคกลางมีผู้ป่วยเอดส์สูงสุดในประเทศ (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายเขต ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2527 - 30 มิถุนายน 2549

พื้นที่	2527-2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
กลาง	56814	11148	10114	10369	9757	9909	6499	823	115433
เหนือ	55393	7652	6858	6349	6398	6520	3999	283	93452
ตะวันออกเฉียงเหนือ	25367	4890	4986	5227	5776	6031	3378	219	55874
ใต้	13355	3026	3215	2886	3340	3500	1844	99	31265

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จากรายงานสถานการณ์ของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นถึงแม้ความรุนแรงลดลงตั้งแต่ปี 2548 ในทุกภาค แต่จำนวนผู้ป่วยยังคงมีอยู่มาก โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม, ว่างาน, ค้าขาย และแม่บ้าน (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามอาชีพและเพศ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2527 - 31 ธันวาคม 2548

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ. 2527-2544			พ.ศ.2545-2548			รวมทั้งหมด
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	
รับจ้างทั่วไป	69954	19396	89350	23547	12529	36076	125426
เกษตรกรรม	31212	11190	42402	9845	6469	16314	58716
ว่างงาน	8655	2130	10785	4421	1580	6001	16786
ค้าขาย	6105	2704	8809	2092	1648	3740	12549
แม่บ้าน	0	7292	7292	0	3873	0	11165

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเมืองอุตสาหกรรมหลักของประเทศที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีทั้งโรงงานอุตสาหกรรมระดับประเทศและระดับท้องถิ่น มีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,077,523 คน สูงเป็นอันดับสามในภาคกลางรองจากกรุงเทพมหานครและชลบุรี ซึ่งมีนัยว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ประชากรจากการทะเบียน เนื้อที่ ความหนาแน่น และบ้าน จำแนกตามภาค และจังหวัด พ.ศ. 2548

ภาค และจังหวัด	ประชากร			เนื้อที่ (ตร.กม.)	ความ หนาแน่น	บ้าน
	รวม	ชาย	หญิง			
ทั่วราชอาณาจักร	62418054	30818629	31599425	513119.54	121.64	19016784
ภาคกลาง	15030613	7367952	7662661	102335.99	7304.75	5321742
กรุงเทพมหานคร	5658953	2705954	2952999	1568.74	3607.33	2091558
ชลบุรี	1172432	577878	594554	4363.00	268.72	551722
สมุทรปราการ	1077523	523247	554276	1004.09	1073.13	425081

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ในจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดสมุทรปราการนั้น มีทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพในจังหวัดสมุทรปราการ โดยส่วนใหญ่เข้ามาประกอบอาชีพเป็นแรงงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ทั้งนี้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายเขตและรายจังหวัดระหว่างเดือนกันยายน 2527 - 30 มิถุนายน 2549 ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงสุดในพื้นที่เขต 8 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี นครนายก และสระแก้วตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายเขตและรายจังหวัดระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2527 - 30 มิถุนายน 2549

พื้นที่เขต 8	2527-2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
สมุทรปราการ	2153	427	358	540	482	421	234	1	4616
ฉะเชิงเทรา	1205	308	145	298	333	334	104	0	2727
ปราจีนบุรี	709	123	78	70	99	142	115	1	1337
นครนายก	700	128	122	110	89	120	135	8	1412
สระแก้ว	659	152	108	122	210	216	83	0	1550
รวม	5426	1138	811	1140	1213	1233	671	10	11642

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จากรายงานสถานการณ์เอดส์ของงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2549 พบว่าในปัจจุบันจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สูงถึง 5,631 คน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยเอดส์จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นกำลังแรงงานสำคัญของประเทศ จากการสำรวจผู้ป่วยเอดส์แบ่งตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานมีผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนกลุ่มอาชีพที่พบว่ามีผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ อาชีพรับจ้าง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ภาวะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นที่ต้องหามาตรการในการรองรับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

สำหรับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2545-2549 ได้มีการปรับปรุงแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคเอดส์ที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน ให้มีจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรม และมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วยความเอื้ออาทรต่อกัน โดยการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมไปถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ควบคู่ไปกับการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลช่วยเหลือสมาชิก เมื่อยามเจ็บป่วยหรือเมื่อประสบปัญหาเดือดร้อน

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจะยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาค่าที่ควรตระหนักและพิจารณาเป็นอันดับแรกคือ การให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ โดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการแก้ไขปัญห เพราะโดยพื้นฐานแล้วครอบครัวคือหน่วยสังคมที่ผู้ป่วยเอดส์ใกล้ชิดและผูกพันมากที่สุด ครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักที่จะต้องดูแลสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์ในทุกๆด้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตเช่นคนปกติและทำประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไปได้

การติดเชื้อเอชไอวีของสมาชิกในครอบครัว เป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลายาวนานจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระในการดูแลและบทบาทหน้าที่ใหม่ในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของหัวหน้าครอบครัว หรือบทบาทของการดูแลสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดีและรับผลกระทบจากการดูแลน้อยที่สุด ทั้งนี้เพื่อรักษาเสถียรภาพของครอบครัวให้สามารถดำเนินหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวต่อไปตามปกติ ท่ามกลางภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น

การปรับตัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีจิตใจมั่นคงและเข้าใจผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด หากมีวิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงขึ้น เกิดความเครียดมากขึ้น สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม ขาดขวัญและกำลังใจ และไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลและอาจทอดทิ้งผู้ป่วยเอดส์ให้เป็นภาระของโรงพยาบาล ผู้ป่วยเอดส์ก็จะกลายเป็นบุคคลเร่ร่อนที่ไม่มีคนดูแล กลายเป็นภาระของสังคมหรือเกิดการหย่าร้างทำให้ครอบครัวล่มสลายในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยเอดส์และการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ส่งผลให้การศึกษาหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ยังไม่กว้างขวางมากนัก ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว นับเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เพื่อหาแนวทางรับมือกับปัญหาเอดส์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ด้วยความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงการปรับตัวในด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว รวมถึงกระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ความรู้ในเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวเกิดความชัดเจน นำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างเข้าใจลึกซึ้งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ลดภาระของสถานพยาบาลในการดูแลและลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ดูแลรวมถึงผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว
3. เพื่อศึกษากระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว
4. เพื่อให้ข้อมูลและเสนอแนะแนวทางแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

1.3 สมมติฐานในการศึกษา

1. สมมติฐานหลัก

- 1.1 ลักษณะทางประชากร ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

1.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว มีปัญหาและอุปสรรคทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

2. สมมติฐานรอง

2.1 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามเพศหญิง

2.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามอายุ

2.3 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามระดับการศึกษา

2.4 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน

2.5 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

2.6 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส

2.7 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.8 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.9 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

2.10 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

2.11 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

2.12 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

1.4 ขอบเขตในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวในจังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนพฤษภาคม 2550

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงการปรับตัวและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว
2. ทำให้ทราบถึงกระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว
4. เป็นข้อมูลสนับสนุนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีความสุข

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ดังต่อไปนี้

การปรับตัว หมายถึง กระบวนการและผลลัพธ์ในการแสดงออกของบุคคลให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเองและสังคม ประกอบด้วยการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ดูแลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือคู่สมรสและอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีเชื้อเอชไอวีในกระแสโลหิตทั้งที่ไม่ปรากฏอาการและเริ่มปรากฏอาการและเป็นผู้ที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางปะบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์ที่บุคคลในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางสายโลหิต ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ญาติ ย่า ตา ยาย ฯลฯ หรือคู่สมรส

คู่สมรส หมายถึง สามีหรือภรรยาที่มีความสัมพันธ์กันในเชิงนิติบัญญัติหรือพฤตินัย

ครัวเรือน หมายถึง ครอบครัวที่อยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน โดยครัวเรือนหนึ่งๆ อาจมีหลายครอบครัวก็ได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ได้นำแนวคิดทฤษฎีมาประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดความชัดเจนในการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีการปรับตัว
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- 2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ (ดวงสมร พันธุ์เสนและคณะ, 2538: 4-17; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548; เชิดเกียรติ แก้วกสิกิจ, 2548) ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย

2.1.1 ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์ คือ กลุ่มอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ หรือเอชไอวี (HIV) ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เมื่อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายคนเรา จะมีระยะฟักตัว เพื่อเพิ่มจำนวนไวรัสระยะหนึ่งก่อนเกิดอาการต่าง ๆ ผู้ติดเชื้อบางคนมีอาการของโรคเอดส์ภายใน 2-3 ปี แต่บางคนก็อยู่ได้โดยเฉลี่ย 7-8 ปี หรือมากกว่านั้น ก่อนจะแสดงอาการของผู้ป่วยเอดส์

2.1.2 ความแตกต่างของ HIV และ AIDS

เชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายเชื้อจะแบ่งตัวอย่างมากและมีการเกิดโรคที่อวัยวะต่างๆ เช่นสมอง หัวใจ ไตและที่สำคัญคือจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในการสร้างภูมิคุ้มกันจะต้องอาศัยเซลล์หลายชนิดที่สำคัญได้แก่ เซลล์ CD4+ lymphocytes เมื่อเซลล์ CD4+ lymphocytes ถูกทำลายโดยเชื้อ HIV จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ดังนั้นปัญหาที่สำคัญของคนติดเชื้อ HIV คือปัญหาของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง เช่นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคปอดบวม โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและมะเร็งบางชนิด

HIV infected Person คือ ผู้ติดเชื้อ HIV แต่ยังไม่เกิดอาการจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมีจำนวนเซลล์ CD4+ lymphocytes มากกว่า 200 cells/mm³ โดยทั่วไปไม่มีอาการเป็นเวลา 7-8 ปีแม้ว่าจะไม่มีอาการ เชื้อ HIV ก็สามารถแบ่งตัวและทำลายระบบคุ้มกันของร่างกายจนกระทั่งเกิดโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องได้

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) คือ ระยะเวลาที่สองของโรคซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ HIV และโรคได้ลุกลามจนภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีจำนวนเซลล์ CD4+ count น้อยกว่า 200 cells/mm³ (ค่าปกติ 600-1000) หรือ 14 percent of lymphocytes และอาจจะทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสและมะเร็ง เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ระบบประสาท

2.1.3 ลักษณะอาการของโรคเอดส์

อาการของผู้ป่วยเอดส์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

(1) ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ คือ ภายใน 2-3 อาทิตย์แรกหลังจากได้รับเชื้อเอดส์เข้าไป ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการคล้ายๆ ไข้หวัด คือมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นตามตัว แขน ขาชาหรืออ่อนแรง เป็นอยู่ราว 10-14 วันก็จะหายไปเอง ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาจไม่สังเกต นี้ก็อาจเป็นไข้หวัดธรรมดา ราว 6-8 สัปดาห์ภายหลังติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะตรวจพบว่ามึเลือดเอดส์บวกภายหลัง 3 เดือนไปแล้ว โดยที่ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไรเลย แต่สามารถแพร่เชื้อให้กับคนอื่นได้

(2) ระยะที่เริ่มมีอาการหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ เป็นระยะที่คนไข้เริ่มมีอาการ แต่อาการนั้นยังไม่มากถึงกับจะเรียกว่าเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น อาการในช่วงนี้อาจเป็นไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด หรือท้องเสียเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้อาจมีเชื้อราในช่องปาก, งูสวัด, เริมในช่องปาก หรืออวัยวะเพศ ผื่นคันตามแขนขา และลำตัว

(3) ระยะโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการของการติดเชื้อจำพวกเชื้อฉวยโอกาสบ่อย ๆ และเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังมีเชื้อฉวยโอกาสอีกหลายชนิด เช่นเชื้อพยาธิที่ทำให้ท้องเสียเรื้อรัง และเชื้อไวรัสที่จอตตาทำให้ตาบอด หรือที่ลำไส้ทำให้ปวดท้อง และถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น นอกจากนั้นคนไข้โรคเอดส์เต็มขั้นอาจมีอาการทางจิตทางประสาทได้ด้วยโดยที่อาจมีอาการหลงลืมก่อนวัย เนื่องจากสมองฝ่อเหี่ยว หรือมีอาการของโรคจิตหรืออาการชักกระตุก ไม่รู้สึกตัว แขนขาชาหรือไม่มีแรง จนอาจเป็นอัมพาตครึ่งท่อนได้ ในแต่ละปีหลังติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 5-6 ของผู้ติดเชื้อจะก้าวเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ส่วนใหญ่ของคนที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วจะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปี จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นมาก รักษาไม่หาย หรือโรคติดเชื้อที่ยังไม่มียาที่จะรักษาอย่างได้ผล หรือเสียชีวิตจากมะเร็งที่เป็นมากๆ หรือค่อยๆ ชูบชืดหมดแรงไปในที่สุด

2.1.4 การติดต่อและการแพร่ระบาด

เชื้อ HIV สามารถติดต่อได้หลายทางดังต่อไปนี้

(1) การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก โดยไม่สวมใส่ถุงยางอนามัย โอกาสติดเอชไอวีจะมีสูงขึ้น ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็น และการมีเพศสัมพันธ์ทางปากเชื่อว่าถ้าช่องปากมีการอักเสบหรือมีบาดแผลก็อาจติดเชื้อเอชไอวีได้

(2) การติดต่อทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด แบ่งออกได้ดังนี้

- การได้รับบริจาคเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันการตรวจเลือดและการคัดกรองการบริจาคทำให้ปัญหานี้ลดลง

- การรับอวัยวะของผู้ป่วยเอดส์ หรือการผสมเทียม โดยรับเชื้ออสุจิของผู้ป่วยเอดส์

- การใช้เข็มร่วมกัน ในกลุ่มที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หากมีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ก่อนก็มีโอกาสติดเอชไอวีได้

(3) การติดต่อจากแม่ไปลูก ในกรณีแม่ติดเชื้อเอชไอวี โอกาสจะติดต่อไปยังลูกพบว่ามีได้ประมาณ 30% ซึ่งลูกอาจได้รับเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือระหว่างคลอด

แม้ว่าโรคเอดส์จะเป็นโรคที่ติดต่อไปยังผู้อื่นได้ แต่โรคนี้ก็ไม่ใช่ว่าจะติดต่อกันได้ง่ายๆ การทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมสามารถทำร่วมกันได้เหมือนปกติ

2.1.5 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. งดการสำส่อนทางเพศ

2. คู่สมรสควรตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

3. หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่ครองของตนเอง ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

4.สตรีที่มีครรภ์หรือตั้งใจจะมีบุตรและไม่แน่ใจว่าสามีเกี่ยวข้องกับบริการหรือไม่ ควรตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เพื่อจะได้คุมกำเนิดที่เหมาะสม

5. สตรีติดเชื้อไวรัสเอดส์ ควรขอคำแนะนำก่อนการตั้งครรภ์

6. หลีกเลี่ยงการรับเลือดโดยไม่จำเป็นหากมีความจำเป็น ต้องเป็นเลือดที่ผ่านการทดสอบว่าปราศจากเชื้อไวรัสเอดส์แล้วเท่านั้น

7. หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น เข็มฉีดยา มีดโกน การเจาะหู การสักยันต์

2.1.6 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อผู้ดูแล

โรคเอดส์เป็นปรากฏการณ์ของปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบรุนแรง ไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น หากยังครอบคลุมไปถึงบุคคลแวดล้อมที่ใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิด ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเอดส์รวมถึงภาระต่างๆ ในครอบครัวอีกด้วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

(ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; อะเคื้อ อุนเลขกะและคณะ, 2537 อ่างโนนงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540: 11-14 และดาราพรรณ อุทัย, 2545: 23-25) ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว บางรายอาจจะมีอาการหลงลืม ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ หรืออาจมีการแสดงออกทางร่างกายที่เกิดจากผลกระทบทางจิตใจของผู้ดูแล เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใจสั่น แขนงหน้าอก ระบบขับถ่ายไม่เป็นปกติ นอนไม่หลับ ไม่มีเวลาพักผ่อน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งเกิดจากความวิตกกังวลในการดูแล บางรายอาจจะวิตกกังวลถึงขั้นรุนแรง ก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น มีอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองหมดคุณค่า กลัวการติดต่อของโรค กลัวการถูกละทิ้งจากสังคม เกิดความโกรธจากการที่ผู้ป่วยเอดส์อาจจะเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาต่อสังคม การไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อผู้ป่วยเอดส์มีอาการรุนแรงขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดภาวะวิกฤติต่างๆ ขึ้น ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น จนไม่มีเวลาดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

3. ด้านสังคม การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่แตกต่างไปจากโรคอื่นๆ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และเกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม นับเป็น'ตราบาททางสังคม' ที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิเสธจากสังคมและคุกคามการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังถูกรังเกียจจากสังคม ถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่หมดกำลังใจ ก่อให้เกิดความเครียด จนไม่สามารถดำเนินบทบาทในสังคมได้ตามปกติ

4. ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การรับประทานยาก็ต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ทำให้เป็นภาระในเรื่องค่าเดินทางในการพาผู้ป่วยเอดส์ไปรับการรักษาและยังมีค่าอุปกรณ์สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเอดส์อีกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์บางรายไม่สามารถจะทำงานได้ เนื่องจากมีสุขภาพไม่ดี หรืออาจจะเกิดจากการรังเกียจของสังคม ต้องออกจากการทำงาน ทำให้ตนเองขาดรายได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ขณะเจ็บป่วยก็ต้องการผู้ดูแล ทำให้การทำงานต่างๆ ของครอบครัวถูกระทบเพราะต้องใช้เวลามาดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ปัญหาทางการเงินก็จะยิ่งรุนแรงขึ้น และถ้าผู้ป่วยเอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจก็ยิ่งรุนแรงทวีมากขึ้นตามลำดับ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการปรับตัว

ตามปกติมนุษย์เราทุกคนมักแสวงหาความสุขในการดำเนินชีวิต แต่ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมนุษย์ทุกคนต้องต่อสู้กับเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ มากมาย ส่งผลให้แต่ละคนมีการปรับตัวพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ให้เข้ากับการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งเรียกกันว่า “การปรับตัว” นั่นเอง

2.2.1 ความหมายของการปรับตัว

นักวิชาการและนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของคำว่าปรับตัวไว้หลากหลายได้แก่

สุรางค์ จันทร์เอม (2540: 84) การปรับตัวหมายถึงการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายปลายทางในสิ่งแวดล้อมของตน มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการปรับตัวด้วยกันทั้งสิ้น แต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันเพื่อสนองความต้องการของตน นอกจากจะตอบสนองทางร่างกาย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ยังตอบสนองความต้องการทางสังคมด้วยการช่วยให้ทำงานร่วมกับผู้อื่นด้วยความราบรื่นในด้านอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เมื่อมนุษย์ได้รับสิ่งที่ตนต้องการแล้ว ความตึงเครียดต่างๆ ก็ผ่อนคลายลงไป

ถวิล ธาราโภชน์ และศรันย์ ดำริสุข (2543: 108-109) กล่าวถึงความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล ซึ่งความต้องการนี้เกิดจากความต้องการที่จำเป็นจากภายในร่างกาย จากสิ่งแวดล้อม หรือมาจากผลของการเรียนรู้ หากบุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้สำเร็จ จะเป็นสิ่งที่แสดงว่าบุคคลมีการปรับตัวได้เหมาะสม

Roy & Andrews (1999 อ้างในปริญญา สิริวัตตะกุล, 2546: 19) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดและความรู้สึกของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในการรับรู้และเลือกวิธีตอบสนองการปรับตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคงสภาพความสมดุลของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ในการแสดงออกของบุคคลให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเองและสังคม รวมไปถึงความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 องค์ประกอบของการปรับตัว

การจำแนกองค์ประกอบของการปรับตัวมีการจำแนกในแง่มุมมองต่างๆ กัน เช่น จำแนกในแง่ของร่างกายและจิตสังคม จำแนกในแง่ของชั่วคราวหรือถาวร หรือจำแนกในแง่ของการโต้แย้งหรือประนีประนอม (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540: 23-24) รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การปรับตัวทางร่างกาย เป็นการปรับตัวต่อสิ่งเร้า โดยการเปลี่ยนแปลงการทำงานส่วนประกอบและโครงสร้าง เพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต

(1) การปรับตัวชั่วคราวทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงด้วยกลไกการรักษาความสมดุล (Homeostasis) ของร่างกาย ซึ่งเป็นการทำงานช่วงสั้นๆ เช่น การปรับความดันโลหิต

(2) การปรับตัวทางร่างกายอย่างถาวร เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบชีวิตที่มีผลถาวร เช่น การมีกล้ามเนื้อโตขึ้น มีหลอดเลือดมาเลี้ยงเพิ่ม ฯลฯ การปรับตัวเช่นนี้เกิดจากการปะทะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหนึ่งซ้ำๆ ต่อเนื่องกันหรือฝึกเป็นเวลานาน

2. การปรับตัวทางจิตใจ หมายถึง การปรับเปลี่ยนทางบุคลิกภาพ และพฤติกรรมในกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น การปรับทัศนคติ ความเชื่อ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น เป็นกระบวนการที่บุคคลต้องใช้การทำงานของจิตใจ 2 ประการ คือ

(1) การใช้กลไกการป้องกันตนเอง เป็นกลไกที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามธรรมชาติ เกิดขึ้นโดยบุคคลไม่รู้ตัว ไม่อยู่ในความควบคุมของจิตใจเกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก เช่น พฤติกรรมถดถอย ผู้ใหญ่กลับอ่อนแอคล้ายเด็ก ฯลฯ

(2) การใช้การศึกษาเรียนรู้ ฝึกฝนตนเอง เป็นกระบวนการที่ดำเนินการโดยใช้ความพยายามและความตั้งใจในระดับจิตสำนึก เรียนรู้วิธีการปรับตัวหรือกลไกการป้องกันตนเอง

3. การปรับตัวทางสังคม เป็นการปรับตัวทางพฤติกรรมที่อยู่บนพื้นฐานกระบวนการทางบุคลิกภาพและทางกาย เพื่อรักษาดุลยภาพระหว่างความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ผลักดันให้บุคคลต้องปรับตัว

สำหรับแนวคิดของ Roy (1999 อ้างในปริญญา สิริอรรถกุล, 2546: 22-25) กล่าวว่า กระบวนการปรับตัวจะทำหน้าที่ควบคุมสัมพันธ์กันเปรียบเทียบเป็นหน่วยเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยมีการรับรู้ (Perception) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางของระบบ และจะปรากฏผลออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งมีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) คือ ปฏิกริยาที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกายโดยเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ที่ประกอบอยู่ภายในร่างกาย ประกอบด้วยส่วนประกอบย่อยที่เป็นความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ประการได้แก่ อากาศ อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรมหรือการพักผ่อน และการป้องกัน รวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบย่อยการควบคุม การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อรวมอยู่ด้วย

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นภาวะสมดุลทางจิตใจ คือการรับรู้ที่เกิดจากตนเอง และรับรู้การกระทำของคนอื่น ๆ ที่มีต่อตน รวมทั้งรับรู้สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนรู้สึกสมดุล คือ สบายใจ ผ่อนคลาย โดยเป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ ที่เน้นในประเด็นทางจิตใจ และจิตวิญญาณ (Spiritual) ของบุคคล

โดยเกี่ยวข้องกับความเชื่อ หรือความรู้สึกที่บุคคลยึดถือ เกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งเป็นการรับรู้ทั้งที่เกิดขึ้นภายในตนเองและการรับรู้จากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) คือ ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ที่เน้นถึงบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมชี้วัดหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามความรู้สึกหรือทัศนคติ ความชอบ หรือไม่ชอบเกี่ยวกับบทบาทที่ตนเองได้รับ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence mode) เป็นการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคล ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ความรักและได้รับความรัก ความหวังใยจากบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขใจ บุคคลจะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีทั้งพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ (Contributive behavior) และพฤติกรรมการรับ (Receptive behavior) ซึ่งเป็นการรับความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลรอบข้างด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ดังนั้นบุคคลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้มีความเหมาะสมระหว่างการพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาผู้อื่น และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเอง

จากความหมายและองค์ประกอบของการปรับตัวที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วยการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่สำหรับในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการปรับตัวด้านเศรษฐกิจเพิ่มเติมด้วย เนื่องจากบริบทการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว มีความเป็นไปได้ว่าเหตุปัจจัยจะแตกต่างไปจากการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการปรับตัวท่ามกลางภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยเอดส์ไปรับการรักษา ค่าอุปกรณ์สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้การดูแลที่ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระต่างๆ เหล่านี้ไปตลอดชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการปรับตัวในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำความเข้าใจการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้านภายใต้สถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องประสบ

2.2.3 กลไกการปรับตัว

ถึงแม้ว่าบุคคลจะพยายามป้องกันภาวะวิกฤติต่างๆ แล้วก็ตาม แต่หลายครั้งที่ครอบครัวไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤติได้ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติในครอบครัว ครอบครัวจึงต้องมีการปรับตัว

เชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้ผ่านวิกฤติดังกล่าวด้วยดี ทั้งในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวหรือ การแสวงหาทางคลี่คลายภาวะวิกฤติในครอบครัว กลไกการปรับตัวดังกล่าวเป็นลักษณะปกติที่พบใน บุคคล ได้แก่ (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2545: 163-164 อ้างถึงใน สุมนมาลย์ พิพัฒน์บวร, 2547: 31-32)

1. กลไกที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและผู้อื่น มีดังนี้

1.1 อารมณ์ขัน (Humor) การมีอารมณ์ขันทำให้รู้สึกผ่อนคลายต่อภาวะเครียดหรือ ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดสติและมีปัญญาที่จะหาทางแก้ไขหรือหาทางออก

1.2 ไม่ถือเอาเป็นอารมณ์ (Suppression) เป็นภาวะที่รู้ตัว (Conscious Process) ที่ ไม่ถือเอาเรื่องนั้นๆ มาก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อตนเอง เป็นการขจัดความเครียดออกจากตัวเอง อย่างมีสติ

1.3 เอาใจเขามาใส่ใจเรา (Altruism หรือ Concern for Others) ยอมรับความ แตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้งในด้านความคิดเห็น เห็นข้อขัดแย้งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการ พัฒนาแทนที่จะโกรธแค้น

1.4 ความรู้สึกเชิงบวก (Positive Thinking) เป็นแนวคิดของพระธรรมปิฎกที่ให้เปลี่ยน มุมมองของเหตุการณ์นั้นๆ ด้านลบ มีความขัดแย้ง ความหดหู่ ท้อแท้ เป็นมุมมองเชิงบวก ให้ถือว่า วิกฤตินั้นเป็นโอกาสทำให้เกิดความมุ่งมั่น เกิดความพากเพียรที่จะฟันฝ่าอุปสรรคแทนที่จะจมปลัก หรือท้อแท้ตลอดไป

2. กลไกที่ไม่เหมาะสม มีดังนี้

2.1 การปฏิเสธ (Denial) เป็นการปฏิเสธที่จะรับในสิ่งที่ตนกระทำ

2.2 การกล่าวโทษผู้อื่น (Projection) เป็นการโยนความผิดให้กับผู้อื่นหรือสิ่งอื่นเพื่อให้ ตนเองหลุดพ้นจากข้อกล่าวหา

2.3 การมีพฤติกรรมถดถอย (Regression) บางครั้งเมื่อเผชิญภาวะเครียด บุคคลอาจ มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป โดยมีลักษณะถดถอย

2.4 การระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ขึ้นกับคนอื่น (Displacement) คือ การเปลี่ยน ความโกรธ ความหงุดหงิด ความไม่ชอบใจ ความก้าวร้าว รู้สึกเป็นศัตรู จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง หรือสิ่งอื่น อาจเนื่องจากคนที่เราโกรธมีอำนาจเหนือเรา ไม่สามารถจะไปทำอะไรเขาได้

2.5 การเก็บกดเอาไว้ (Regression) เป็นภาวะที่ไม่รู้ตัวทางจิต (Unconscious Process) โดยพยายามเก็บกดความรู้สึกไม่พึงพอใจนั้นไว้ ซึ่งถ้ามากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.6 การหาเหตุผลมาอ้าง (Rationalization) คือ การพยายามหาเหตุผลที่ดีมาสนับสนุน พฤติกรรมที่ทำ (ซึ่งไม่ดี)

2.7 การแยกตัวออกจากสถานการณ์ (Isolation) คือ การพยายามที่จะลืม ไม่สนใจไม่นึกถึงเหตุการณ์นั้นๆ แต่ใจจริงครุ่นคิดตลอดเวลา

2.8 การเปลี่ยนท่าที (Reaction Formation) คือ การเปลี่ยนท่าทีไปทำดีด้วย ทั้งๆ ที่ในใจยังรู้สึกตรงกันข้าม ทั้งนี้เนื่องจากมีสิ่งอื่นที่มีอำนาจเหนือกว่ามาบังคับ

สำหรับการปรับตัวโดยถือเอาปัญหาหรือความจริงเป็นเป้าหมาย (Task-oriented Reactions) มี 3 ประการ ดังนี้ (มัญญู ตนะวัฒนา, 2526: 132 อ้างถึงใน พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545: 24-25)

1. การต่อสู้และแสดงความก้าวร้าว (Attack and Aggression) การต่อสู้และการแสดงความก้าวร้าวเป็นการต่อสู้ทำลายสิ่งขัดขวางความต้องการ และสิ่งที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

1.1 การก้าวร้าวแบบทำลาย เป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี ผู้ดูแลที่มีความคับข้องใจ ความกดดัน มีความเครียดในภาระหน้าที่หลายๆ ด้านของตนเอง เมื่อต้องเพิ่มภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ดุว่า ตีผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยงุนวาย ควบคุมตนเองไม่ได้

1.2 การก้าวร้าวแบบสร้างสรรค์เป็นพฤติกรรมที่ดี ผู้ดูแลที่มีความคับข้องใจและเกิดความเครียดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ภาวะเครียดที่เกิดจากการรับรู้ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน หมั่นป้อนอาหาร เช็ดตัวและให้กำลังใจ แม้จะมีความหวังเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในระยะสุดท้ายของชีวิต และผู้ดูแลมีความสบายใจที่ได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

2. การตกใจและถอยหนี (Frighten and Withdrawal) เป็นพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์หรืออุปสรรคที่มาขัดขวางความต้องการของตนเอง และก่อให้เกิดความคับข้องใจแล้วใช้วิธีการหลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากสิ่งเหล่านั้น ทำให้ความคับข้องใจหายไป เช่น พฤติกรรมของผู้ดูแล ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งด้านกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเช็ดตัว แต่ผู้ดูแลได้พยายามที่จะช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะในการช่วยเหลือรู้สึกคับข้องใจ เครียด จึงถอยหนี ปล่อยภาระให้กับเจ้าหน้าที่ และไม่มาเฝ้าผู้ดูแลหรือมาเยี่ยมเยียน

3. การประนีประนอมและการทดแทน (Compromise and Substitution) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลไม่สามารถสนองความต้องการของตนได้ จึงจำเป็นต้องการสิ่งอื่นที่ใกล้เคียงกันมาสนองความต้องการแทน เพื่อให้ตนเองลดความเครียด และเกิดความสบายใจ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่มีทักษะในการดูแล จะพยายามจ้างผู้ดูแลอื่นมาดูแลแทนตนเอง

หรือบางกรณีที่คุณดูแลต้องลาออกจากการมาดูแลผู้ป่วย จึงมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วยเพื่อเป็นการชดเชยจากการที่ออกจากงานจึงทำประโยชน์สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง

2.2.4 ปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแล

ปัญหาต่างๆ ของการปรับตัวเนื่องมาจากการที่บุคคลพยายามเผชิญปัญหา ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลเองหรือปัญหาที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแล้วไม่เป็นผล ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว (Rankin, 1994: 241-243) คือ

1. ความคับข้องใจ (Frustration) เป็นปัญหาการปรับตัวที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการนั้น ถูกขัดขวาง ทำให้บุคคลไม่สามารถไปสู่จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่ตนต้องการได้เป็นผลทำให้บุคคลนั้นได้รับความหงุดหงิด กระวนกระวายใจ กลุ่มใจ

2. ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เป็นปัญหาการปรับตัวเมื่อบุคคลมีความต้องการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้บุคคลนั้นเกิดความลำบากใจ หนักใจ อึดอัดใจ เมื่อต้องมีการตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อสภาวะการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่แบ่งเป็น

(1) เหตุการณ์ด้านบวกทั้งสองด้าน (Approach-approach conflict) เช่น บุคคลนั้นเกิดความต้องการการพักผ่อนและต้องการอาหารในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งถ้าต้องเลือกที่จะไปพักผ่อนโดยไม่ได้รับประทานอาหาร หรือไปรับประทานอาหารแต่ไม่ได้พักผ่อน

(2) เหตุการณ์ด้านลบทั้งสองด้าน (Avoidance-avoidance conflict) เช่น ผู้ดูแลต้องการทำแผลให้ผู้ป่วยแต่มีความกลัวต่อภาพและกลิ่นของแผล และกลัวว่าจะทำให้แผลติดเชื้อถ้าหากทำไม่สะอาด

(3) เหตุการณ์ด้านบวกและด้านลบ (Approach-avoidance conflict) เช่น ผู้ดูแลต้องการให้ยามอร์ฟินเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยแต่ก็กลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการติดยา

3. ความกดดัน (Pressure) เป็นปัญหาการปรับตัวเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะการณ์ที่ผลักดันหรือเรียกร้องหรือบังคับให้บุคคลจำเป็นต้องกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ปัญหาการปรับตัวไม่ได้ทำให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในหลายลักษณะซึ่งแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ดังนี้ (Meninger et al. cited in Rankin, 1994: 244-245)

ระดับที่ 1 ความกระวนกระวาย (Nervousness) เกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวัน เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร ฯลฯ ซึ่งต้องใช้พฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของบุคคล

ระดับที่ 2 กลุ่มอาการทางกายต่างๆ (Neurosis) เป็นพฤติกรรมปรับตัวที่บุคคลแสดงออกมากหรือน้อยกว่าปกติ บุคคลพยายามปรับตัวโดยใช้กลไกการป้องกันตัวมาช่วย

ระดับที่ 3 พฤติกรรมเบี่ยงเบน (Behavior deviation) เมื่อบุคคลไม่สามารถใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาได้ บุคคลจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู้ ทำลายต่างๆ ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ระดับที่ 4 อาการทางจิตเวช (Psychosis) เมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้แล้ว มักจะถอยหนีปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างโลกส่วนตัวเกิดความผิดปกติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

2.2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

นิภา นิธยาน (2530: 72-75) กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของมนุษย์ซึ่งเป็นไปตามแรงผลักดัน 2 ประการคือ

1. แรงผลักดันจากภายนอก ประกอบด้วยความต้องการของร่างกายที่ต้องการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ด้วยดีในสภาพแวดล้อม และแรงผลักดันภายนอกเกิดจากข้อเรียกร้องของสังคมหรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแบบแผนของระเบียบประเพณี และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว

2. แรงผลักดันภายใน ประกอบด้วยแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล อันเกิดจากสภาพทางสรีระของบุคคลนั้น ได้แก่ ความต้องการจำเป็นต่อการดำรงชีพ และเป็นผลจากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลได้เรียนรู้ในชีวิตที่ผ่านมาหรือเหตุจูงใจทางสังคม (Social motives) ได้แก่ ความต้องการมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ และการเป็นที่ยกย่องนับถือ

นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลปรับตัวได้ดีซึ่งต้องประกอบด้วย

1. การรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ หรือปัญหาอย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เพื่อที่จะได้แก้ไขได้ถูกต้อง

2. การมีมนุษยสัมพันธ์ จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ญาติมิตร และบุคคลทั่วไปในสังคม

3. การได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก จนกระทั่งเติบโตขึ้นด้วยความเข้มแข็งอดทน หนักแน่น กล้าเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ได้

4. การมีประสบการณ์ในการแก้สถานการณ์หรือปัญหามากพอ

5. การมีสติปัญญาเฉลียวฉลาดพอสมควร

6. การใช้เวลาในการปรับตัวแก้ไขต่อสถานการณ์หรือปัญหายุ่งยาก ชับซ้อน

นอกจากนี้การปรับตัวของบุคคลขึ้นอยู่กับ สภาวะพื้นฐานทางกายในเชิงชีววิทยา สภาวะแวดล้อม และสภาวะแวดล้อมความเป็นตน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (วรรณิ ตั้งเสาวภาคย์, 2543: 9-10)

1. อิทธิพลของสภาวะพื้นฐานทางกายในเชิงชีววิทยา บุคลิกภาพของคนบางส่วนได้รับอิทธิพลจากสภาวะพื้นฐานทางกายในเชิงชีวภาพ ซึ่งอิทธิพลของสภาวะทางกายต่อบุคลิกภาพแบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลทางตรงหมายถึง อิทธิพลของพันธุกรรมซึ่งมียีนส์เป็นกำหนดลักษณะโครงสร้างร่างกาย อิทธิพลของการทำงานของระบบ

ประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ อิทธิพลทางอ้อม หมายถึง สภาวะทางร่างกายที่มีได้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมแต่มีผลทางสังคม และผลทางสังคมนี้ทำให้พฤติกรรมการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เป็นการปรับตัวจะเป็นไปตามเจตคติ ความรู้สึก และการตัดสินใจของบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีต่อสภาพร่างกายของบุคคล

2. อิทธิพลของสภาวะแวดล้อม สภาวะแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและบุคลิกภาพของบุคคลมาก แบ่งเป็น 3 ประการคือ

(1) สภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติ แม้ว่ามนุษย์ทุกคนจะมีความต้องการ มีความจำเป็น และมีแรงขับพื้นฐานจากภายในที่คล้ายคลึงกันร่วมอยู่ก็ตาม แต่ละคนต่างก็เผชิญสภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติที่แตกต่างกัน อันมีผลให้แต่ละคนแสดงออกแตกต่างกันไปในการปรับตัวเพื่อสนองความต้องการและแรงขับภายใน

(2) สภาวะแวดล้อมทางวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรม หมายถึง ระเบียบแบบแผนของพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้เป็นมรดกสืบทอดกันมา วัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งที่วางรากฐานบุคลิกภาพทั้งด้านความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ การกระทำ และความเชื่อต่างๆ ตามที่ได้เรียนรู้จากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน

(3) สภาวะแวดล้อมทางสังคม สถาบันสังคมที่บุคคลต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ในการดำเนินชีวิตเริ่มจากบ้านและครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพพื้นฐานให้กับเด็ก นอกจากนี้ยังมีสถาบันสังคมอื่นๆ เช่น โรงเรียน ชุมชน และสถาบันศาสนา ล้วนเป็นสถาบันที่คนในสังคมต้องเกี่ยวข้องทั้งสิ้น

3. อิทธิพลของสภาวะแวดล้อมความเป็นตน สภาวะแวดล้อมความเป็นตน (Self) ประกอบขึ้นด้วยความรู้สึกและความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งได้แก่ แบบแผนชีวิตของตนเองซึ่งเป็นแบบเฉพาะตัว ความสามารถ ลักษณะนิสัย ความสนใจ ค่านิยม ความรู้สึก และความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสภาวะแห่งตน คนที่มีสิ่งเหล่านี้จะสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี และมีบุคลิกภาพที่ดี

จากแนวคิดและทฤษฎีการปรับตัวที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนประกอบด้วยเหตุปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้บุคคลต้องปรับตัว ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการเปิดรับสาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการศึกษาและคาดว่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว อันจะนำไปสู่ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.3.1.1 ความหมายของความรู้

บุญชม ศรีสะอาด (2537: 19-32) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าไปในสมอง โดยวัดความจำต่างๆ ได้จากความสามารถในการระลึกออกของบุคคลนั้น

Good (1973 อ้างในสนิท นายโท, 2541: 11) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากประมวลประสบการณ์ต่างๆ

Roger (1978 อ้างในวราพร กระหมุดความ, 2545: 40) ให้คำจำกัดความถึงความรู้ว่า หมายถึงการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า และจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง เป็นกระบวนการภายในที่ผู้อื่นจะได้รับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตโดยตรง

จากความหมายของความรู้ดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึงความสามารถในการระลึกได้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้รวบรวมเป็นความจำสะสมไว้จนเกิดความรู้ความเข้าใจ และระลึกออกมาได้เมื่อจะใช้ประโยชน์

2.3.1.2 องค์ประกอบของความรู้

Benjamin S. Bloom (1976 อ้างในบุญชม ศรีสะอาด, 2537: 19-32) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถเกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive domain) ไว้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับรู้ โดยวัดได้จากความสามารถในการระลึกออกของบุคคลนั้น
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการจับใจความของเรื่อง อันได้แก่ การแปลความ ตีความ และขยายความ สามารถอธิบายด้วยภาษาของตนเองได้
3. การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ทฤษฎี หลักการ ข้อเท็จจริง ฯลฯ ไปแก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ว่าสิ่งเหล่านั้นประกอบกันอยู่เช่นไร แต่ละอันคืออะไร มีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อย ๆ ให้เข้ากันได้ อย่างเป็นเรื่องเป็นราว โดยการจัดระบบให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งกว่าเดิม

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา โดยอาศัยเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้

จากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ที่กล่าวไว้ข้างต้น เป็นแนวคิดพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของความรู้ แต่สำหรับในการศึกษาคำนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ว่ามีผลกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทำความเข้าใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

2.3.2.1 ความหมายของทัศนคติ

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2534:112) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง กิริยาท่าทีรวมๆ ของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจและแสดงออกต่อสิ่งเร้า โดยแสดงออกในทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้น หรือแสดงออกในทางต่อต้าน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 226) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546: 192) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูด หรือจากพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้นๆ บทบาทของทัศนคติต่อพฤติกรรมของคนมีมาก แทบจะกล่าวได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตมนุษย์ขึ้นอยู่กับทัศนคติ

จากความหมายของทัศนคติดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ทัศนคติเป็นการรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยมีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งต่างๆ ในลักษณะของการสนับสนุนหรือต่อต้าน

2.3.2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ตามแนวคิดของแครทโฮล บลูม และเมเซีย จำแนกพฤติกรรมด้านทัศนคติออกเป็น 5 ประเภท จากพฤติกรรมที่ต้นที่สุดคือการรับรู้จนถึงพฤติกรรมที่ลึกซึ้งที่สุด คือ การสร้างลักษณะนิสัย (Krathwohl, Bloom and Masia, 1964 อ้างในบุญชม ศรีสะอาด ,2537: 19-32) ดังนี้

1. การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) หมายถึง การมีความตั้งใจหรือรับรู้สิ่งเร้าบางอย่าง เช่น ในขณะที่เรียนผู้เรียนรับรู้ในสิ่งที่เรียน มีความตั้งใจในเรื่องนั้น

2. การตอบสนอง (Responding) หมายถึงการเข้าไปผูกพัน หรือมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์และกิจกรรมนั้น ทำให้ได้รับความพอใจ

3. การให้ค่าหรือการเกิดค่านิยม (Valuing) หมายถึง การสร้างคุณค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งหรือพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

4. การจัดกลุ่ม (Organizing) หมายถึง การนำเอาคุณคามาจัดให้เป็นระบบ เช่น จัดเป็นพวก หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าต่าง ๆ และจัดลำดับของคุณค่า

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value) เป็นการปลูกฝังระบบคุณค่า หรือค่านิยมภายในเป็นการถาวร ซึ่งเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ทัศนคติยังสามารถจำแนกได้เป็น (วราพร กระหมุดความ, 2545: 43-44)

1. ทัศนคติทางบวก (Positive Attitude) ทัศนคติทางบวกนี้จะชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในด้านดีต่อบุคคลอื่น ต่อเรื่องราวหรือสิ่งต่างๆ เนื่องจากบุคคลนั้นมีความรู้สึกต่อบุคคลนั้นๆ ในด้านดี การมีทัศนคติที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดการยอมรับความคิดหรือข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ

2. ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) ทัศนคติทางลบเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน ทัศนคติทางลบเกิดขึ้นจากบุคคลนั้นมีความรู้สึกไม่ดีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิเสธหรือเกิดอคติกับสิ่งต่างๆ เหล่านั้น

3. ทัศนคตินิ่งเฉย (Passive Attitude) เป็นทัศนคติที่เกิดจากบุคคลนั้นไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนั้นๆ โดยสิ้นเชิง ส่วนใหญ่มักจะมีสาเหตุมาจากการขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่กล่าวไว้ข้างต้น เป็นแนวคิดพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของทัศนคติ แต่สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติว่ามีผลกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

2.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้วิจัยวิจัย และให้คำจำกัดความไว้ดังต่อไปนี้

เหมือนฝัน มณีฉาย (2542: 41) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคมในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารบริการและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

รุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546: 65) ให้ความหมายไว้ว่า การกระทำที่เกิดจากความตั้งใจและมีเจตนาดี เพื่อให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์หรือจิตใจแก่บุคคลอื่น และก่อให้เกิดผลด้านบวกหรือดีต่อผู้รับทุกมิติ คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

Jacobson (1986: 252) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

Pender (1987: 396) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง มีคุณค่า และเป็นที่ต้องการ จากกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจง

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมและการดำรงชีวิต จากบุคคลหรือองค์กรในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น

2.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาวิจัยได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

Jacobson (1986: 252) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 รูปแบบดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจ มั่นใจว่ามีบุคคลยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึง ความเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) หมายถึง การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะทำให้บุคคลเข้าใจ และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material support) หมายถึง การช่วยเหลือด้วยสิ่งของ และบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

Hinson Langford และคณะ (1997: 96-97) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Hourse, Berrera, Tilden และ Weinert ไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้การดูแล ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ หมายถึง การให้สิ่งของและบริการหรือความช่วยเหลือต่างๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การมอบหมายให้ทำงานร่วมกับคนอื่น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในช่วงที่มีความเครียด เป็นสิ่งที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา หรือใช้ในระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การสื่อสารนำข้อมูล เพื่อช่วยในการประเมินตนเองมากกว่าให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เป็นการยืนยันการสนับสนุนรวมทั้งการแสดงที่ยืนยันความเหมาะสมของการกระทำ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยบุคคลอื่น

2.4.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นจะเกี่ยวข้องกลายเป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่ม ลักษณะความผูกพัน ระยะเวลาและวิธีที่ใช้ในการติดต่อ โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์และส่งผลเสริมซึ่งกัน และ กันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

จรรยาวัตร คมพัยค์ม์ (2531: 96-106) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนม และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นลักษณะส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว พี่น้อง เพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์อย่างมีแบบแผน และกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดบรรทัดฐานแก่บุคคลในสังคม ได้แก่ กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

Pender (1987: 396-397) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ระบบ ได้แก่

1. ระบบการสนับสนุนทางธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากที่สุดต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก และเป็นแหล่งถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ
2. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ ความชำนาญ เพื่อสามารถช่วยให้เกิดการปรับตัว ได้ดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต
3. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อ เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต
4. ระบบสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ทำให้การสนับสนุนด้านบริการการรักษาคือช่วยเหลือผู้ป่วย
5. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนักวิชาชีพอื่น ๆ เป็นกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน

2.4.4 ผลของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อบุคคล ทำให้สามารถปรับตัวในการ

เผชิญปัญหา ภาวะวิกฤติต่าง ๆ นอกจากนี้ยังส่งผลให้บุคคลดูแลตนเอง และให้การดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้ (นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546: 20-21)

1. ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหา หรือภาวะเครียดได้ดีขึ้น ซึ่งโคเฮนและวิลส์ ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของมนุษย์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ นั้น จะมีส่วนช่วยลดภาวะวิกฤติ และทำให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ว่าคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้กลไกการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคนห่วงใย เอาใจใส่และคอยช่วยเหลือ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจในการดูแลบุคคลอื่น

3. ทำให้บุคคลดำรงไว้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีการปรับตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพโดยการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งส่งผลต่อการให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

4. ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก จะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง มีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลดูแลตนเองและบุคคลอื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลและการเผชิญปัญหา สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรรัฐและเอกชน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน มาใช้ในการศึกษา ทั้งนี้เพราะแหล่งสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญรวมทั้งเอื้อประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทั้งในทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนแต่ละแหล่งก็มีบทบาทและความสำคัญต่อผู้ดูแลแตกต่างกันไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการศึกษาผู้วิจัยจึงเลือกแหล่งสนับสนุนดังกล่าวเป็นเกณฑ์ในการศึกษา เพื่อให้สามารถนำมาข้อมูลมาวิเคราะห์ผลและใช้เป็นข้อเสนอแนะให้กับแหล่งสนับสนุนแต่ละแหล่งในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากบทความการวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์ในทวีปเอเชียที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดรุนแรง รองจากทวีปอาฟริกาซึ่งซาฮาราโดยภัสสร ลิมานนท์ (2547: 4-9) กล่าวถึงผลการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในสี่ภาคของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2544 พบว่ามี 4 องค์ประกอบสำคัญในการดูแลจัดการปัญหาเอดส์ให้ประสบผลสำเร็จและเกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย ประกอบด้วย ตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ครอบครัวกับชุมชน องค์กรภาคเอกชน และองค์กรภาครัฐ ซึ่งกลไกทั้งหมดนี้จะต้องมีการทำงานประสานกันไปในลักษณะที่ทุกฝ่ายคือหุ้นส่วน หากกลไกส่วนใดส่วนหนึ่งใน 4 องค์ประกอบนี้ขาดไปก็จะทำให้เกิด ‘ภาวะสะดุด’ ได้ กล่าวคือ ตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย จะเป็นทั้งผู้ได้รับประโยชน์หรือได้รับผลกระทบจากระบบการดูแลรักษาที่จัดให้มีขึ้นในแต่ละสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบอันเกิดจากการที่ระบบไม่อาจตอบสนอง ความต้องการด้านการดูแลรักษาได้พอเพียง อีกทั้งการที่ผู้ป่วยสามารถสร้างเครือข่ายเพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแลกันเองเพื่อเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นประเด็นสำคัญ องค์ประกอบสำคัญส่วนที่ 2 คือ ครอบครัวและชุมชน และการมีบทบาทหรือส่วนร่วมในการให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดก็จะส่งผลเชิงบวกต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้ อย่างดีมากกว่าการที่จะให้องค์กรภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการแต่เพียงฝ่ายเดียว อีกสององค์ประกอบที่เหลือคือ องค์กรภาคเอกชน ซึ่งตลอดเวลาที่ผ่านมาก็ได้แสดงบทบาทที่สำคัญยิ่งในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยในหลายมิติ รวมทั้งได้เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างองค์กรภาครัฐกับชุมชนและครอบครัวผู้ติดเชื้อ ส่วนองค์กรภาครัฐ ที่ยอมรับเอาการแก้ไขปัญหาเอดส์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพันธกิจสำคัญของชาติ โดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เป็นไปอย่างเหมาะสมกับขนาดและประเภทของปัญหา จึงทำให้ความรุนแรงและขนาดของปัญหาเหล่านี้ลดน้อยถอยลงอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม ในระบบการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มุ่งหวังให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมมากขึ้นนั้น นับว่าเป็นภาระใหญ่หลวงไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือสภาพจิตที่หน่วยสังคมพื้นฐานทั้งสองนี้จะต้องแบกรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดอย่างยิ่งกับตัวผู้รับบริการ จึงจำเป็นต้องพิจารณาข้อเท็จจริงหลายๆประการที่อาจถือได้ว่าเป็นจุดอ่อนของครอบครัว

ข้อเท็จจริงประการแรกคือ ครอบครัวส่วนใหญ่มักขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันแพร่เชื้อ การดูแลรักษา แต่ต้องเข้ามารับภาระในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย

ประการที่สอง ครอบครัวส่วนใหญ่ยากจน ขาดทุนรอนที่จะจัดหา จัดซื้อยา (ซึ่งแม้ว่าปัจจุบันมีราคาถูกลงแล้วในประเทศไทย) ที่ค่าใช้จ่ายสูงเกินฐานะของครอบครัว รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแล เช่น ถู่มือ น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาด ยาหรืออาหารบำรุง

ร่างกายรวมทั้งครอบครัวไม่ได้มีโอกาสเข้าถึงระบบการส่งต่อ เมื่อมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (วัณโรค เชื้อรา ฝิ่น ปอดบวม)

นอกจากนี้แล้วครอบครัวยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อกินยาต่อเนื่อง ตรงเวลา) ไม่ทราบเกี่ยวกับแหล่งที่ให้คำปรึกษาหารือโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการผู้ให้กำลังใจ และแก้ปัญหาทางอารมณ์ นอกจากนี้ไม่ค่อยมีผู้ให้ความสนใจกับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่างๆที่เป็นผู้ที่ต้องแบกรับภาระอย่างหนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มศาสนา กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก็มีบทบาทอย่างสำคัญในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ในชุมชนของตนเอง คำถามก็คือ ทำอย่างไรที่จะให้องค์กรชุมชนเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ในปัจจุบันนี้โครงการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยครอบครัวและชุมชน (family-based and community-based) ได้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการดูแลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (civil society) ผ่านทางครอบครัวและชุมชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมามากกว่าหนึ่งทศวรรษของประเทศไทยที่ได้ใช้แนวทางนี้ ทำให้มีข้อควรพิจารณาหลายประเด็นด้วยกันคือ

ประเด็นแรก : ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ต้องการเปิดเผย ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันไปดังกล่าวแล้วข้างต้น ข้อควรพิจารณาในสถานการณ์เช่นนี้คือ ทำอย่างไรที่จะให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและบริการด้านการดูแลที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเองได้อย่างเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่เปิดเผยตัวเอง

ประเด็นที่สอง : การแพร่ระบาดและการติดเชื้อเอชไอวี นับเป็นปัญหาระยะยาว การอาศัยครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็น ข้อควรพิจารณาในเรื่องนี้จึงมีอยู่ว่า ทำอย่างไรจึงจะช่วยให้ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพที่เข้มแข็งพอในการรับหน้าที่ดังกล่าวนี้เมื่อจำเป็น เพราะการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องทำต่อเนื่องและหนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับครอบครัวที่ยากจน การสร้าง 'ครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง' จึงเป็นสิ่งที่ต้องหามาให้เกิดขึ้นโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นและการคิดเอง ทำเอง มากกว่าที่จะอาศัยทรัพยากรและบุคคลที่มาจากภายนอก เพราะในอนาคตหากความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆลดน้อยลง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยก็จะไม่ถูกทอดทิ้ง

ประเด็นที่สาม : นอกจากการเสริมสร้าง 'ครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง' แล้ว เครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และองค์กรเอกชน ควรที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนตามหลักการ GIPA (Greater Involvement of People living with AIDS)

ประเด็นที่สี่ : สถาบันทางศาสนาและผู้นำทางศาสนาได้มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลทั้งด้านกายภาพ และการดูแลจิตวิญญาณแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยและครอบครัว (เช่น การให้ที่พักพิงแก่ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวหรือชุมชนปฏิเสธ การรักษาโดยสมุนไพร การทำสมาธิ) ฉะนั้นจึงต้องพิจารณาว่าทำอย่างไรจึงจะให้องค์กรส่วนนี้ได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์มากขึ้น โดยให้การดูแลทางกายภาพอยู่ในระดับที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ

ประเด็นที่ห้า : เด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี และจากการเสียชีวิตของพ่อและหรือแม่ นับวันจะมีจำนวนมากขึ้นแต่ยังไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร เด็กกำพร้าเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในการดำรงชีวิตประจำวัน การถูกสังคามรังเกียจหรือกีดกัน และขาดการดูแลเท่าที่ควรจะได้รับจากพ่อแม่หรือครอบครัว รัฐจึงควรที่จะต้องจัดหามาตรการหรือวิธีการในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยเหลือดูแลเด็กกำพร้าทั้งที่ยังเป็นทารกหรือเด็กโต รวมทั้งต้องหาทางลดการรังเกียจจากสังคมแวดล้อมที่เด็กเหล่านี้ดำรงชีพอยู่ไม่ว่าจะเป็นชุมชน เครือญาติ หรือโรงเรียน หากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กกำพร้าเหล่านี้ก็จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยากลำบาก

ประเด็นที่หก : ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลรักษาโดยครอบครัวและชุมชนยังไม่มี การรวบรวมให้อยู่ในระบบที่ดีพอจนสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ตามที่ควรจะเป็น รวมทั้งการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนก็ยังอยู่ในขอบข่ายค่อนข้างแคบเกินกว่าที่จะนำผลการศึกษาไปขยายผล (scale-up) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ขนาดใหญ่

ประเด็นที่เจ็ด : การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลและการให้การคำจุนสภาวะทางจิต (psychological care and support) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสภาพทางกายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยยังมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในเรื่องกิจกรรมหรือพิธีกรรมต่างๆ ที่จะช่วยสร้างขวัญ กำลังใจให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ใกล้เสียชีวิต รวมทั้งครอบครัวผู้ทำหน้าที่ให้การดูแล นับว่ายังมีจำนวนน้อยมาก

สำหรับแนวคิดของการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่พยายามจะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นไปของโรคเอชไอวี บทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การจัดบริการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง แบ่งเป็น 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ การบริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ (Comprehensive care) และการบริการที่มีความต่อเนื่อง (Continuum care)

1. การดูแลอย่างครบถ้วน (Comprehensive care)

(1) การดูแลทางด้านการแพทย์และการพยาบาล (Medical care) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายตามสถานภาพทางสุขภาพและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จึงควรจัด

ให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การปฏิบัติหัตถการทั้งทางด้านการแพทย์และการพยาบาล รวมไปถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย วิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติที่บ้านและอื่นๆ

(2) ทางด้านสังคมจิตวิทยา (Psychological care) ได้แก่ การบริการปรึกษาทางการแพทย์และสังคม (Counseling) การให้กำลังใจ (Emotional support) การสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (Self-help group) รวมทั้งการให้ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ แก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

(3) การดูแลทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ (Socio-economical care and human right) ได้แก่ การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน อาชีพ รายได้ และอื่นๆ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวสามารถทำหน้าที่ทางสังคม ได้ดั้งเดิม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งบริการเฉพาะในกรณีที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น ทุนการศึกษาบุตร บริการหาครอบครัวที่รับเด็กเป็นเด็กบุญธรรม (Child adoption) หรือการหาครอบครัวอุปการะ (Foster home) เป็นต้น

นอกจากนี้การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (Legal and ethical service) เช่น การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยเอดส์มิให้ถูกละเมิด และการดำเนินการกรณีถูกละเมิดสิทธิ (Human right protection) การปรับปรุงระเบียบและกฎหมายเพื่อเอื้อให้เกิดการอยู่ร่วมกันและการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เช่น การประกันชีวิตและการประกันสุขภาพ (Health and life insurance) การสนับสนุนทางด้านกฎหมาย หรือการให้ข้อมูลต่างๆ เช่น เรื่องการจัดการทรัพย์สินและมรดกของผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ไปอย่างยุติธรรม การช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการต่างๆ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ เป็นต้น

2. การบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) เนื่องจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มีความซับซ้อนและหลากหลาย และแปรเปลี่ยนไปได้ตามเงื่อนไขต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะการณไม่มีงานทำและรายได้ของสมาชิกในครอบครัวลดลงและปฏิกริยาการยอมรับของชุมชน เป็นต้น ดังนั้น บุคลากรจึงต้องปฏิบัติงานให้ประสานกัน โดยประเมินสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวอย่างครอบคลุม และจัดให้มีการส่งต่อผู้ใช้บริการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจพิจารณาเป็น 2 มิติ ดังนี้

(1) ความต่อเนื่องของมิติสถานที่ (Place) ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 2 ประเด็นคือ ความต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวเพื่อรับบริการสำหรับปัญหา ที่ภายในหน่วยงานของผู้ส่งไม่มี หรือมีแต่ไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและมีปัญหา เรื่องครอบครัวขาดรายได้ ไม่สามารถส่งบุตรเข้ารับการศึกษได้

ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ควรส่งต่อครอบครัวของผู้ป่วยไปขอใช้บริการจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยงานด้านการศึกษาสงเคราะห์ เป็นต้น

(2) ความต่อเนื่องในมิติด้านเวลา (Time) หมายถึง ความต่อเนื่องของบริการดูแลต่างๆ ที่ยาวนาน เพียงพอกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยในระยะแรกของการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้ออาจมีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านสุขภาพตกงาน ขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น แม้กระทั่งผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิตไปแล้วครอบครัวอาจจะประสบปัญหาอยู่ เช่น ถูกรังเกียจจากสังคม ขาดรายได้ บุตรหลานในครอบครัวไม่สามารถเข้ารับการศึกษได้ตามปกติ ปัญหาเรื่องสิทธิในทรัพย์สินของผู้เสียชีวิต เป็นต้น

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ยังไม่กว้างขวางมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยเอดส์และการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยตรง แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านประชากรเป็นข้อมูลทั่วไปและไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว แต่เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมีคุณค่าและสามารถนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครั้งนี้ได้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) เพศ

เป็นตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญตัวแปรหนึ่งในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เพราะเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันในด้านสรีระ การสร้างปฏิสัมพันธ์ในสังคม และบทบาทหน้าที่ในสังคม ดังนั้น เพศจึงน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

จากการศึกษาของวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพาณิชย์ (2537: 33-37) ศึกษาการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัว โดยบทบาททางเพศถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม กล่าวคือ เพศชายเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก หากต้องรับบทบาทผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า ส่วนเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยเหลือสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ซึ่งการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลเพศหญิงจะสามารถปรับตัวได้ง่ายกว่า และการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาอิทธิพลของภาวะ

สุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศชาย จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าเพศมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่เพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามเพศหญิง

(2) อายุ

เป็นตัวแปรทางประชากรตัวแปรหนึ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก หรือวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อายุที่แตกต่างจึงน่าจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้น อายุจึงน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเช่นกัน

จากการศึกษาของ Edlund & Sneed (1989) อ้างอิงในงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540: 5) กล่าวว่า เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ในการเผชิญความเครียด ทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า และจากการศึกษาของซูซัน ชิวพูนผล (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งพบว่า อายุของญาติผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ามีการปรับตัวดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า และการศึกษาของวิมาลา เจริญชัย (2545: 50) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน วัยนี้จะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่นคง มีการใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหา ทำให้มีการตัดสินใจได้อย่างสุขุมและรอบคอบ มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคมและสนับสนุนให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าอายุน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยอายุที่มากขึ้นทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามอายุ

(3) การศึกษา

การศึกษามีผลต่อการรับรู้ข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหา และช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะใช้การเรียนรู้ที่เคยประสบมาเป็นแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ระดับการศึกษาที่ดีจะส่งผลให้บุคคลสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และวิธีการได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2537: 33-37) ศึกษาการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในฐานะผู้ดูแล กล่าวว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และมีเหตุผลเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการ ทำให้มีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของก้านจิต ศรีนนท์ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดี แต่จากการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537: 58-59) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ซึ่งพบว่าการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด จากบททบทวนวรรณกรรม ทำให้ทราบว่าผลการศึกษามีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าการศึกษาน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้นน่าจะทำให้การปรับตัวได้ดีขึ้นด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามระดับการศึกษา

(4) สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญตัวแปรหนึ่งในการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากสถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทหน้าที่และพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อครอบครัวและสังคม บุคคลที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น สถานภาพสมรสจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเช่นกัน

จากการศึกษาของฉัตรวัลย์ ใจอารีย์ (2533: 85) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าการมีสถานภาพคู่ มีชีวิตคู่ จะมีคนคอยช่วยเหลือค้ำจุน มีคนคอยให้กำลังใจ ปลอดภัย ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ ในกลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจึงมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสดหรือที่อยู่คนเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรภักซ์ (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศณราดูร พบว่าสมาชิกที่ให้การดูแลสนับสนุนผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าสถานภาพสมรสน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยบุคคลที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันใช้ชีวิตร่วมกันคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันน่าจะมีการปรับตัวได้ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน

(5) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันในแต่ละครอบครัวย่อมส่งผลให้พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันไปเช่นกัน เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอชไอวี ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

สนธิ สมัครการ (2537:85) กล่าวว่า ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงมีความยากลำบากในการปรับตัว ต้องดูแลช่วยเหลือบุคคลอื่นในขณะที่ยังต้องประกอบอาชีพด้วย ซึ่งครอบครัวขยายที่อยู่รวมกันหลายคน อาจจะมีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกัน และจากการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (2541:75-76) ได้ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน ซึ่งจะช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวี โดยครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนจะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้ดูแลได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในครอบครัวแปรผันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

(6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอชไอวี

เมื่อบุคคลในครอบครัวประสบปัญหาสมาชิกในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอชไอวี สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะผู้ที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกันมากที่สุด ทั้งนี้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอชไอวีก็แตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอชไอวี ดังนั้น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอชไอวีจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเช่นกัน

จากการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (2541:75-76) ได้ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดี และการศึกษาของวิมาลา เจริญชัย (2545: 50) ได้ศึกษาพฤติกรรมปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในครอบครัวเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา และพี่น้อง โดยมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา มากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยเอชไอวีน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวี โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสซึ่งได้แก่สามีหรือภรรยาซึ่งใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและมีความใกล้ชิดกันมากที่สุดจึงน่าจะปรับตัวได้ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึง

ตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามความสัมพันธ์ในฐานะ คู่สมรส

2. ปัจจัยด้านความรู้

ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งรวมไปถึงการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วย ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่างกัน จึงก่อให้เกิดการปรับตัวที่แตกต่างกันไป ดังนั้น ความรู้จึงน่าจะเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเช่นกัน

จากการศึกษาของพวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ (2539: 43-49) ได้ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทุกคนต้องการความรู้เกี่ยวกับเชื้อที่ทำให้เกิดโรค และสาเหตุของการเกิดโรค และในเรื่องของการติดต่อผู้ดูแลต้องการความรู้มากและละเอียดยิ่งขึ้น เพราะการไม่มีความรู้เรื่องการติดต่อของโรค ในขณะที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก สำหรับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยเอดส์ซึ่งผู้ดูแลกำลังให้การดูแลอยู่จะเริ่มมีอาการมากขึ้นก็ตาม แต่ความรู้ของผู้ดูแลมีน้อยมาก นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลายคนเป็นที่รองรับอารมณ์เครียดของผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการทางสมอง ทำให้อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย บางคนหุดหู่ ท้อแท้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความต้องการความรู้ในการดูแลด้านจิตใจ ทั้งจิตใจของตนเองและจิตใจของผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ยังไม่พบการศึกษาความรู้กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวโดยตรง แต่จากผลการศึกษาข้างต้นทำให้ทราบได้ว่าความรู้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ความรู้จึงน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้มากย่อมจะสามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้น้อยและส่งผลให้ปรับตัวได้ดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

3. ปัจจัยด้านทัศนคติ

การมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดหรือบุคคลโดยอ้อมจะส่งผลให้บุคคลแสดงออกซึ่งความรู้สึกรักใคร่ และสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสมในทุกสถานการณ์ ดังนั้น ทัศนคติจึงน่าจะเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 224) กล่าวว่า บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาในรูปของความสุข ความยินดี ความเต็มใจ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดี ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่มีทัศนคติทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่ยินดี จะแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือ

ก้าวร้าวรุนแรง และการศึกษาของสายธรรมชาติ วงศ์สถิติวิไลรุ่ง (2540: 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในทางบวก จะมีการปรับตัวดีขึ้นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ยังไม่พบการศึกษาทัศนคติกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว แต่เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าทัศนคติเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่น่าจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งน่าจะช่วยให้ปรับตัวได้ดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

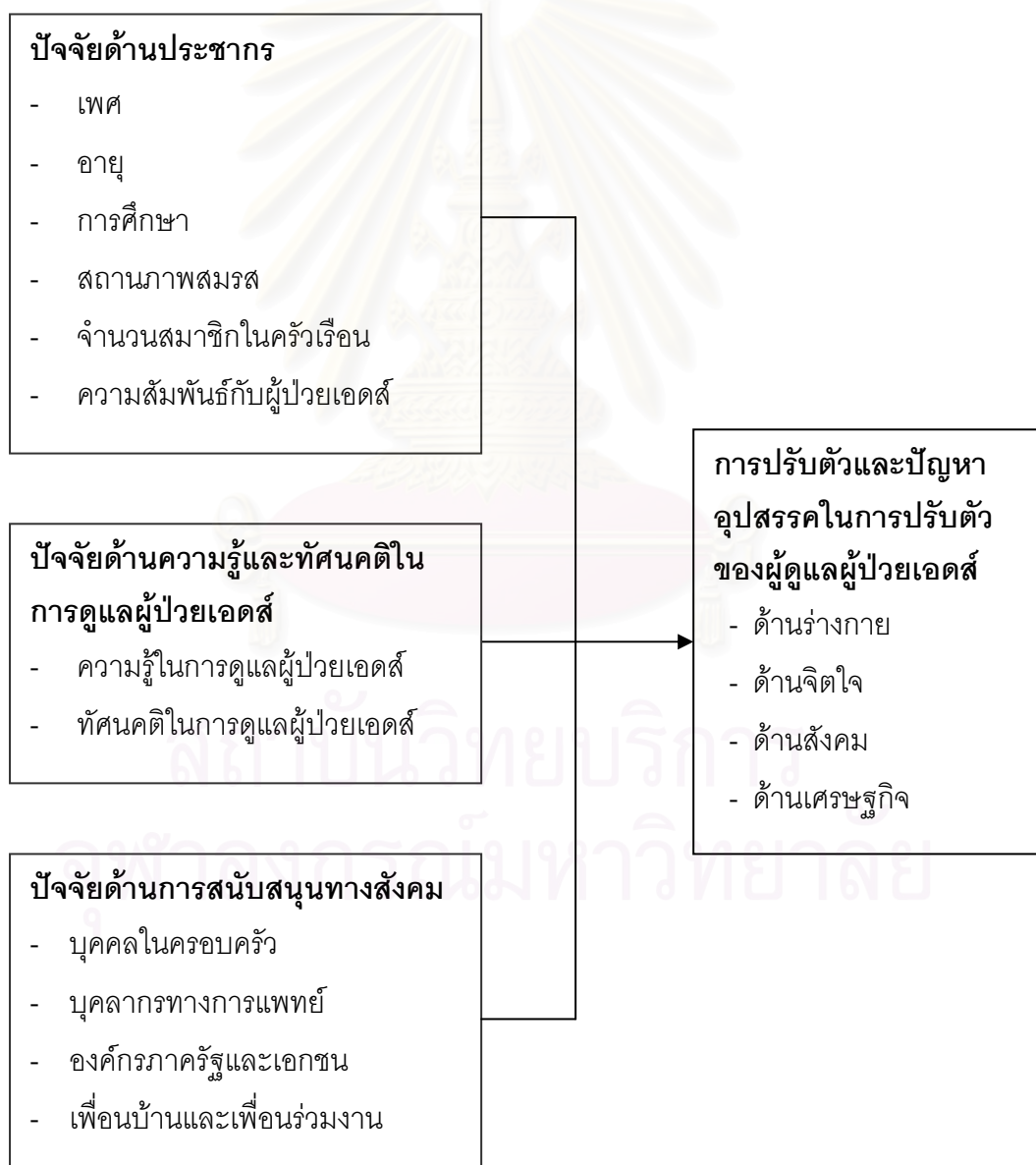
การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในภาวะวิกฤติ เนื่องจากบุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ที่จะให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งความต้องการสนับสนุนทางสังคมก็แตกต่างกันออกไปตามแหล่งประโยชน์ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

จากการศึกษาของสายธรรมชาติ วงศ์สถิติวิไลรุ่ง (2540: 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก การปรับตัวก็จะดีขึ้นด้วย เช่นเดียวกับ Graydon & Roos (1995 อ้างในสุมาพรบรรณสาร, 2545: 50) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยเป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลในทางบวก และการศึกษาของดารารพวรรณ อุทัย (2545: 82) พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมาก มีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยผลของการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ น่าจะทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแปรผันตามการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาตัวแปรด้านประชากร ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไปในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แต่เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าตัวแปรดังกล่าวข้างต้นมีความจำเป็นสำหรับการศึกษารั้งนี้ นอกจากนี้ยังไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรด้านความรู้และทัศนคติกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทัศนคติในเรื่องอื่นๆ พบว่าตัวแปร

เหล่านี้เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่าความรู้และทัศนคติ น่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวเช่นกันและนำตัวแปรดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีเพียงส่วนน้อยที่นำมาศึกษากับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทำให้องค์ความรู้ดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาดังต่อไปนี้

2.7 กรอบแนวคิดของการศึกษา



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว รวมถึงกระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งการวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามหัวข้อต่อไปนี้

3.1 วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อความครอบคลุมถึงเนื้อหาในการศึกษาและให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงใช้วิธีการศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งในการดำเนินการศึกษาได้ใช้วิธีการศึกษาจากแหล่งข้อมูลอันประกอบด้วย

1. การศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research) โดยผู้วิจัยทำการศึกษาจากตำรา เอกสารต่างๆ วารสาร สิ่งพิมพ์ และผลงานการศึกษาหรือผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาวิจัยภาคสนาม (Field Study Research) อันได้แก่

- 2.1 การสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มาที่โรงพยาบาลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

- 2.2 การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (Guideline Question) ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

3.2 ขอบเขตในการศึกษา

การศึกษานี้มีขอบเขตของเนื้อหาประกอบด้วย การปรับตัวในด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน กระบวนการ ปัญหาและ

อุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว รวมถึงข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคดังกล่าว โดยพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติทั้งหมดดังต่อไปนี้

- (1) ผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยและตอบคำถามได้
- (2) ผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบดูแล ใกล้ชิดและประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- (3) ผู้ดูแลทราบว่าบุคคลที่ได้ดูแลป่วยด้วยโรคเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่เข้ามารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์
- (4) ผู้ดูแลมีที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ
- (5) ผู้ดูแลยินดีและให้ความร่วมมือในการศึกษา

3.4 การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และแบบโควต้า (Quota Sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอของจังหวัดสมุทรปราการ โดยได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้โรงพยาบาลดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งหมด 455 คน แต่เนื่องจากไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอนของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลดังกล่าว ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนพฤษภาคม 2550 โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้าในการกำหนดสัดส่วนและจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 100 คน จากประชากรทั้งหมด 455 คน โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

ตาราง 5 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดและจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

โรงพยาบาล	อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย ที่เก็บข้อมูล
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	อำเภอเมือง	135	29
โรงพยาบาลบางบ่อ	อำเภอบางบ่อ	121	27
โรงพยาบาลบางจาก	อำเภอบางจาก	90	20
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์	อำเภอพระสมุทรเจดีย์	68	15
โรงพยาบาลบางพลี	อำเภอบางพลี	41	9
รวม		455	100

3.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 100 คน ซึ่งคัดเลือกจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ โดยการกำหนดสัดส่วนและจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 100 คน จากประชากรทั้งหมด 455 คนจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 100 คนที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาเป็นรายกรณีจำนวน 10 ราย เพื่อศึกษาถึงกระบวนการปรับตัว ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกคำนวณจากสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลที่พบว่ามีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 75 เปรียบเทียบกับร้อยละ 25) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 7 ราย และเป็นเพศชายจำนวน 3 ราย โดยผู้ดูแลทั้ง 10 รายมีการกระจายความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ที่มีความหลากหลาย (Maximum variation) และเป็นตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาลโดยให้โควตาโรงพยาบาลละ 2 ราย จากโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ทั้งนี้ผู้ดูแลทุกรายต้องยินดีและยินยอมที่จะให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ดูแลทั้งหมด 100 ราย โดยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสอบถามปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) และแบบสอบถามปลายเปิด (Open-Ended Questionnaire) ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 แบบสอบถามปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ระยะเวลาในการดูแล และการเปิดเผย มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยวัดจากข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ที่ผู้ดูแลได้รับ โดยแบ่งเป็นแหล่งสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจำนวน 4 ข้อ แหล่งสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 4 ข้อ แหล่งสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานจำนวน 4 ข้อ และแหล่งสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนจำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถามเชิงบวก 12 ข้อและคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ดังนี้

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
คำถามเชิงบวก	5	4	3	2	1
คำถามเชิงลบ	1	2	3	4	5

คะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับจะมีคะแนนระหว่าง 16-80 คะแนน คะแนนเต็ม 80 คะแนนหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด และคะแนน 16 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด โดยนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วแปลความหมาย และแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยวัดจากข้อคำถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นความรู้ที่ถูกต้อง 6 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง 4 ข้อ เพื่อวัดคำตอบของข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้หรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามที่ตอบใช่	1	คะแนน
คำถามที่ตอบไม่ใช่	0	คะแนน
คำถามที่ตอบไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	0	คะแนน

คะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับจะมีคะแนนระหว่าง 0 – 10 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด และคะแนน 0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วแปลความหมาย และแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มาก มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ปานกลาง และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยวัดจากข้อคำถามทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ โดยใช้แบบการวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ที่แบ่งคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถามเชิงบวก 5 ข้อและคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ดังนี้

	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คำถามเชิงบวก	5	4	3	2	1
คำถามเชิงลบ	1	2	3	4	5

คะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับจะอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนสูงสุด 50 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เชิงบวกมากที่สุด และคะแนน 10 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เชิงลบมากที่สุด โดยนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วแปลความหมาย และแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เชิงบวก ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ปานกลาง และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เชิงลบ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยวัดจากข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 4 ด้าน โดยแบ่งเป็นการปรับตัวด้านร่างกายจำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านจิตใจจำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านสังคมจำนวน 5 ข้อ และการปรับตัวด้านเศรษฐกิจจำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถามเชิงบวก 12 ข้อและ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ ดังนี้

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
คำถามเชิงบวก	5	4	3	2	1
คำถามเชิงลบ	1	2	3	4	5

คะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับจะมีคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนนหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีการปรับตัวได้มากที่สุด และคะแนน 20 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ปรับตัวได้น้อยที่สุด โดยนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยแล้วแปลความหมาย และแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การปรับตัวในระดับมาก การปรับตัวในระดับปานกลาง และการปรับตัวในระดับน้อย

1.2 แบบสอบถามปลายเปิด (Open-Ended Questionnaire) แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

2. แบบสัมภาษณ์ (Guideline Question) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ดูแล 10 ราย เพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยเป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับกระบวนการปรับตัว ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัว

3. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

3.7 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบความถูกต้องในเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามดังนี้

1. การหาความถูกต้องในเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำกลับมาปรับปรุงคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มที่ต้องการศึกษาในพื้นที่

อื่นจำนวน 20 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ .70 ขึ้นไป (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2546: 259-263)

3. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถนำไปใช้กับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวโดยรวม

แบบสอบถาม	Cronbach's Alpha Coefficient	
	ทดลองใช้ 20 ราย	เก็บข้อมูลจริง
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	.71	.73
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	.75	.81
การสนับสนุนทางสังคม	.72	.74
การปรับตัวโดยรวม	.79	.85

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยผู้วิจัยทำการศึกษาจากตำราเอกสารต่างๆ วารสาร สิ่งพิมพ์ และผลงานการศึกษาหรือผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาวิจัยภาคสนาม (Field Study Research) โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นแบบคำถามปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) และแบบคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questionnaire) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลดังกล่าว

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยแบบสัมภาษณ์ (Guideline Question) กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา เพื่อขอสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนด

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้จากแบบสอบถาม จำนวน 100 ชุด โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย คือ

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ระยะเวลาในการดูแล การเปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

1.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ ซึ่งแบ่งออกเป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย และการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุและการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่าง 100 รายที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาเป็นรายกรณีจำนวน 10 ราย โดยนำเสนอในรูปของการอธิบายเชิงพรรณนา

2.1 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

2.2 ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

3.10 ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงในจังหวัดสมุทรปราการ ดังนั้นสภาพการณ์และการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่อื่นๆ อาจแตกต่างกันไป ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบโควต้าในการกำหนดสัดส่วนของประชากร ดังนั้นคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจึงมีลักษณะใกล้เคียงกันและมีขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย สำหรับการเก็บข้อมูลจำเป็นต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเอดส์ จึงทำได้เฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวต่อครอบครัวเท่านั้น และเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยต่อเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน ฉะนั้นการเก็บข้อมูลจึงทำได้เฉพาะวัน เวลาและสถานที่ที่ผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายมาก ดังนั้นจึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างเพศหญิงและเพศชายได้อย่างชัดเจน

บทที่ 4

ผลการศึกษาเชิงปริมาณและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ” ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสมุทรปราการ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากข้อมูลบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นจำนวนทั้งหมด 100 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ระยะเวลาในการดูแล การเปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

4.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ ซึ่งแบ่งออกเป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย และการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุและการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน

4.1 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ตาราง 7 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ (n =100)

ลักษณะทางประชากร	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 15 ปี	1	4	1	1.3
15-19 ปี	0	0	2	2.6
20-29 ปี	2	8	12	16.2
30-39 ปี	12	48	33	44.0
40-49 ปี	8	32	12	16.2
50-59 ปี	1	4	10	13
60 ปีขึ้นไป	1	4	5	6.7
รวม	25	100.0	75	100.0
	X=38	S.D.=9.721	X=38	S.D.=11.943
	Min=14	Max=68	Min=14	Max=68
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0.0	2	2.7
ประถมศึกษา	13	52.0	30	40.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	28.0	23	30.7
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.	1	4.0	13	17.3
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	1	4.0	4	5.3
ปริญญาตรี	3	12.0	3	4.0
รวม	25	100.0	75	100.0
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.0	2	2.7
แม่บ้าน/พอบ้าน	0	0.0	9	12.0
ทำการเกษตรของตนเอง/ครอบครัว	3	12.0	0	0.0
รับจ้างทั่วไป	7	28.0	20	26.7
ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน	8	32.0	27	36.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	8.0	10	13.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	12.0	2	2.7
นักเรียน/นักศึกษา	1	4.0	5	6.7
รวม	25	100.0	75	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาท	7	30.4	17	25.3
4,001 - 6,000 บาท	4	17.4	24	35.8
6,001 - 8,000 บาท	3	17.4	16	23.9
8,001 - 10,000 บาท	3	13.1	5	7.5
10,001 บาทขึ้นไป	6	21.7	5	7.5
รวม*	23	100.0	67	100.0
	X=8,560	S.D.= 7,999.11	X=5,653	S.D.=3,866.32
	Min=3,000	Max=40,000	Min=1,000	Max=20,000
สถานภาพสมรส				
โสด	5	20.0	17	22.7
สมรสอยู่ด้วยกัน	15	60.0	45	60.0
สมรสแยกกันอยู่	3	12.0	4	5.3
หย่าร้าง	0	0.0	2	2.7
ม่าย	2	8.0	7	9.3
รวม	25	100.0	75	100.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
2 คน	8	32.0	19	25.3
3-4 คน	10	40.0	31	41.3
5 คนขึ้นไป	7	28.0	25	33.3
รวม	25	100.0	75	100.0
	X=3.56	S.D.= 1.609	X=3.9	S.D.=1.834
	Min=2	Max=8	Min=2	Max=10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์				
บิดา/มารดา	1	4.0	14	18.7
คู่สมรส	15	60.0	35	46.7
บุตรชาย/บุตรสาว	2	8.0	8	10.7
พี่ชาย/พี่สาว	5	20.0	7	9.3
น้องชาย/น้องสาว	0	0.0	8	10.7
ญาติสนิท	2	8.0	3	4.0
รวม	25	100.0	75	100.0

* จำนวนรวม = 90 (ไม่รวมผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์				
น้อยกว่า 1 ปี (12 เดือน)	6	24.0	17	22.7
1-2 ปี (12-24 เดือน)	10	40.0	18	24.0
มากกว่า 2 ปี (24 เดือน)	9	36.0	40	53.3
รวม	25	100.0	75	100.0
	X=30.64	S.D.= 24.31	X=35.50	S.D.=22.507
	Min=1	Max=120	Min=5	Max=96
การเปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน				
เปิดเผย	5	20.0	12	16.0
ไม่เปิดเผย	20	80.0	63	84.0
รวม	25	100.0	75	100.0

1) ลักษณะทางประชากร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กล่าวคือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 และเป็นเพศชายร้อยละ 25 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงลักษณะทางประชากรโดยจำแนกตามเพศชายและเพศหญิง พบว่า

ผู้ดูแลเพศชายมีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 48) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52) ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน (ร้อยละ 32) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาท (ร้อยละ 30.4) โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,560 บาท มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 60) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน (ร้อยละ 40) โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยประมาณ 4 คน มีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส (ร้อยละ 60) มีระยะเวลาในการดูแล 1-2 ปี (ร้อยละ 40) โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยประมาณ 2 ปี 7 เดือน และไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว (ร้อยละ 80)

ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงมีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 44) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40) ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน (ร้อยละ 36) มีรายได้ 4,001-6,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,866 บาท (ร้อยละ 35.8) มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 60) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน (ร้อยละ 41.3)

โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยประมาณ 4 คน มีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส (ร้อยละ 46.7) มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 53.3) โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยประมาณ 3 ปี และไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว (ร้อยละ 84)

จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากพบว่าในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ซึ่งได้แก่ ภรรยาและมารดา โดยผู้ดูแลเพศชายมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับผู้ดูแลเพศหญิง ในเรื่องการศึกษาทั้งผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงมีการศึกษาค่อนข้างต่ำ โดยผู้ดูแลเพศหญิงไม่ได้รับการศึกษามากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ส่วนเรื่องอาชีพก็เช่นเดียวกันทั้งเพศชายและเพศหญิงประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน เนื่องจากการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำและประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างโดยส่วนใหญ่ ดังนั้นเมื่อพิจารณาเรื่องราวได้โดยเฉลี่ยแล้วทั้งเพศชายและเพศหญิงจึงมีรายได้โดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ โดยผู้ดูแลเพศชายมีรายได้โดยเฉลี่ยมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง ส่วนสถานภาพสมรส ผู้ดูแลเพศชายมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันเท่ากับผู้ดูแลเพศหญิง ส่วนจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลเพศชายมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยเท่ากับผู้ดูแลเพศหญิง สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงมีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส ส่วนระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลเพศหญิงมีระยะเวลาในการดูแลโดยเฉลี่ยมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และเรื่องการเปิดเผยว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยผู้ดูแลเพศหญิงไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย เนื่องจากกลัวการรังเกียจจากสังคม การตีตราบาปและการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ยอมให้ใครรู้ว่ามีการป่วยเอดส์อยู่ในครอบครัว

ตาราง 8 ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ (n = 100)

ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์				
มาก	2	8.0	23	30.7
ปานกลาง	11	44.0	30	40.0
น้อย	12	48.0	22	29.3
รวม	25	100.0	75	100.0

ตาราง 8 (ต่อ)

ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์				
ทางบวก	16	64.0	49	65.3
ปานกลาง	9	36.0	21	28.0
ทางลบ	0	0.0	5	6.7
รวม	25	100.0	75	100.0

2) ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับน้อย (ร้อยละ 48) รองลงมา มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44) และมีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับมาก (ร้อยละ 8) ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 40) รองลงมา มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 30.7) และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับน้อย (ร้อยละ 29.3) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาคำตอบในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผู้ดูแลเพศชาย เนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงสามารถเข้าถึงความรู้จากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ได้มากกว่าผู้ดูแลเพศชาย เห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลได้จัดขึ้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องและมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย

ส่วนผลการศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางบวก (ร้อยละ 64) และมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ปานกลาง (ร้อยละ 36) ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางบวก (ร้อยละ 65.3) รองลงมา มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ปานกลาง (ร้อยละ 28) และมีเพียงส่วนน้อยที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางลบ (ร้อยละ 6.7)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีทัศนคติทางบวกใกล้เคียงกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็ต้องทำใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางลบมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย เป็นเพราะว่าถึงแม้เพศหญิงจะถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือสมาชิกในบ้าน แต่หาก

เพศหญิงซึ่งอยู่ในฐานะภรรยาทราบว่าสามีติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ก็เป็น การยากต่อการทำใจยอมรับ โดยเฉพาะหากอยู่ในฐานะมารดาซึ่งมีความหวังที่จะพึ่งพาอาศัยบุตร แต่กลับต้องมาดูแลบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคเอดส์ก็ย่อมจะมีความผิดหวังและเสียใจเป็นธรรมดา

ตาราง 9 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ (n =100)

การสนับสนุนทางสังคม	ชาย (n = 25)		หญิง (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว				
มาก	12	48.0	33	44.0
ปานกลาง	10	40.0	28	37.3
น้อย	3	12.0	14	18.7
รวม	25	100.0	75	100.0
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์				
มาก	10	40.0	30	40.0
ปานกลาง	11	44.0	26	34.7
น้อย	4	16.0	19	25.3
รวม	25	100.0	75	100.0
การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน				
มาก	8	32.0	27	36.0
ปานกลาง	12	48.0	29	38.7
น้อย	5	20.0	19	25.3
รวม	25	100.0	75	100.0
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน				
มาก	1	20.0	2	16.7
ปานกลาง	2	40.0	7	58.3
น้อย	2	40.0	3	25.0
รวม*	5	100.0	12	100.0

*จำนวนรวม = 17 (ผู้ดูแลที่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่าตนเองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว)

3) การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลเพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับมาก (ร้อยละ 48) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 40) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับน้อย (ร้อยละ 12) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับมาก (ร้อยละ 44) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.3) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับน้อย (ร้อยละ 18.7) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับมากเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความรักความผูกพันกันมากที่สุด เมื่อบุคคลประสบปัญหาที่ย่อมคำนึงถึงสมาชิกในครอบครัวเป็นลำดับแรก ไม่ว่าจะเป็เพศชายหรือเพศหญิงย่อมได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

ผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ดูแลเพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับมาก (ร้อยละ 40) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย (ร้อยละ 16) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับมาก (ร้อยละ 40) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.7) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย (ร้อยละ 25.3) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับมากเท่ากัน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ยอมให้ใครรู้ว่า มีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว แต่มีความจำเป็นต้องพาผู้ป่วยเอดส์ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจึงต้องพูดคุยปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญมากสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนนี้ได้เท่าเทียมกัน

ผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่า ผู้ดูแลเพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับปานกลาง (ร้อยละ 48) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับมาก (ร้อยละ 32) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับน้อย (ร้อยละ 20) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลเพศ

หญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.7) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับมาก (ร้อยละ 36) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับน้อย (ร้อยละ 25.3) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากปัจจุบันทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น เช่น การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้เงินช่วยเหลือจากศูนย์เฉลิมพระเกียรติฯ และครอบครัวไปจนถึงสมาชิกในครอบครัว เช่น มอบค่าเล่าเรียนแก่เด็กที่มีพ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามความช่วยเหลือดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน ทั้งนี้เป็นข้อมูลเฉพาะของผู้ดูแลที่เปิดเผยมกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวเท่านั้นซึ่งมีเพียงร้อยละ 17 ของผู้ดูแลทั้งหมด โดยพบว่า ผู้ดูแลเพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานเท่ากันในระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 40) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานระดับมาก (ร้อยละ 20) ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานระดับน้อย (ร้อยละ 25) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานระดับมาก (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงเปิดเผยมกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวน้อยมาก ทั้งนี้เป็นเพราะการเปิดเผยมกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแล เนื่องจากความรู้และการตีตราบาปต่อผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ยอมให้ใครรู้ว่ามีผู้ป่วยเอดส์อยู่ในครอบครัว สำหรับผู้ดูแลที่เปิดเผยมกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน พบว่า ผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานในระดับปานกลางมากที่สุด ข้อค้นพบที่ได้ทำให้ทราบว่าหากผู้ดูแลเปิดเผยมก็จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน แม้จะไม่ได้การสนับสนุนในระดับมากก็ตาม เนื่องจากพื้นที่ที่ทำการศึกษามีลักษณะเป็นสังคมเมืองประกอบกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ทำให้การช่วยเหลือเกื้อกูลจึงมีไม่มากนักและเป็นไปตามอัตรภาพ

4.2 การวิเคราะห์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปรับตัวรายด้านและโดยรวม (n =100)

การปรับตัว	ชาย (n = 25)			หญิง (n = 75)		
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ
การปรับตัวด้านร่างกาย	2.76	.436	ปานกลาง	2.41	.639	ปานกลาง
การปรับตัวด้านจิตใจ	2.40	.500	ปานกลาง	2.34	.553	ปานกลาง
การปรับตัวด้านสังคม	2.44	.583	ปานกลาง	2.36	.832	ปานกลาง
การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ	2.40	.645	ปานกลาง	2.25	.716	น้อย
โดยรวม	2.50	.611	ปานกลาง	2.34	.735	ปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีการปรับตัวในทุกด้านระดับปานกลาง โดยมีการปรับตัวด้านร่างกายได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.76) รองลงมาคือการปรับตัวด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.44) ในขณะที่การปรับตัวด้านจิตใจและการปรับตัวด้านเศรษฐกิจเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 2.40) ส่วนผู้ดูแลเพศหญิงมีการปรับตัวทุกด้านในระดับปานกลาง ยกเว้นการปรับตัวด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ ผู้ดูแลเพศหญิงมีการปรับตัวด้านร่างกายได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.41) รองลงมาคือการปรับตัวด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.36) การปรับตัวด้านจิตใจและการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 2.34 และ 2.25) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษา พบว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงมีการปรับตัวโดยรวมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าผู้ดูแลเพศหญิงหรือผู้ดูแลเพศชายเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตก็จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสั่งสมประสบการณ์เพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540: 64) พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของดาราพรรณ อูทัย (2545: 78) พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงมีการปรับตัวในด้านร่างกายได้มากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน 30-39 ปีจึงมีสุขภาพที่แข็งแรงและต้องทำงานหารายได้ให้กับครอบครัวและเผชิญกับปัญหามากมายในชีวิตประจำวัน ทำให้จำเป็นต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาและสามารถอดทนกับภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นในฐานะผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพเยาว์ ประเสริฐศรี (2545: 98) พบว่า การปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ทั้งผู้ดูแลเพศ

ชายและผู้ดูแลเพศหญิงมีการปรับตัวในด้านเศรษฐกิจได้น้อยที่สุด เนื่องจากจากผู้ดูแลมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ เห็นได้จากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน จึงส่งผลให้มีรายได้โดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ดังนั้นเมื่อต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ซึ่งจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินสำหรับการเดินทางพาผู้ป่วยเอดส์ไปรับการรักษาและยังมีค่าอุปกรณ์สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็น ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะการเงินตามไปด้วย

4.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง (Bivariate analysis)

การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีต่อตัวแปรตามว่ามีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ และมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทั้งนี้การนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ ต้องคำนึงถึงระดับตัวแปรเป็นสำคัญ กล่าวคือ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระต้องเป็นตัวแปรระดับช่วงขึ้นไป แต่หากเป็นตัวแปรที่ต่ำกว่าระดับช่วงจะต้องแปลงค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดให้กลุ่มที่สนใจตามสมมติฐานมีค่าเท่ากับ 1 และกลุ่มอื่นมีค่าเท่ากับ 0 สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงค่าให้เป็นตัวแปรหุ่นทั้งหมด 4 ตัว ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

เพศ

เพศหญิง	มีค่าเท่ากับ	1
เพศชาย	มีค่าเท่ากับ	0

ระดับการศึกษา

edu1 = การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	มีค่าเท่ากับ	1
การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	มีค่าเท่ากับ	0

edu2 = การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	มีค่าเท่ากับ	1
การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	มีค่าเท่ากับ	0

สถานภาพสมรส

status1 = สถานภาพโสด

สถานภาพโสด มีค่าเท่ากับ 1

สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีค่าเท่ากับ 0

status2 = สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน

สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีค่าเท่ากับ 1

สถานภาพสมรสแยกกันอยู่ หย่าร้างและม่าย มีค่าเท่ากับ 0

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส มีค่าเท่ากับ 1

ความสัมพันธ์อื่นๆ มีค่าเท่ากับ 0

เนื่องจากตัวแปรเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป (ผู้ดูแลที่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานมีจำนวน 17 ราย) ผู้วิจัยจึงเห็นว่าตัวแปรดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ดังนั้นจึงนำตัวแปรดังกล่าวออกไปจากการคำนวณและการทดสอบสมมติฐาน

เมื่อได้ตัวแปรที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์แล้ว จึงทดสอบสมมติฐานของตัวแปรแต่ละคู่ โดยใช้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยมีดังนี้ (ตาราง 6)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 11 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ตัวแปรอิสระ	a	b	t	R	R ²	Sig.	ผลการทดสอบ สมมติฐาน
1. เพศหญิง	2.293	-0.133	-0.869	0.087	0.008	0.38	✗
2. อายุ	2.582	-0.014	-2.396*	0.235	0.055	0.01	✗
3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ¹	2.214	-0.219	-1.363	0.136	0.019	0.17	✓
4. การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ¹	2.279	0.070	1.031	0.009	0.021	0.97	✓
5. สถานภาพโสด ²	2.717	-0.223	-1.928	0.191	0.017	0.07	✓
6. สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ²	2.550	0.225	3.108*	0.300	0.090	0.01	✓
7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	1.980	0.146	1.527	0.152	0.013	0.13	✓
8. ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส	1.750	0.202	3.979*	0.373	0.139	0.00	✓
9. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	1.681	0.198	2.329*	0.229	0.052	0.02	✓
10. ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	1.035	0.394	3.673*	0.348	0.121	0.00	✓
11. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	1.347	0.409	4.439*	0.409	0.167	0.00	✓
12. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	1.658	0.287	3.138*	0.302	0.091	0.00	✓
13. การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน	1.717	0.177	1.735	0.173	0.003	0.08	✓
หมายเหตุ	a	=	ค่าคงที่	✓	=	มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้	
	b	=	สัมประสิทธิ์การถดถอย	✗	=	มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้	
	t	=	สถิติการทดสอบ	*	=	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	
	R	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	¹	=	การศึกษต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น = กลุ่มอ้างอิง	
	R ²	=	สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ	²	=	สถานภาพสมรสอื่นๆ = กลุ่มอ้างอิง	
	Sig.	=	นัยสำคัญทางสถิติ				

1) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับเพศ

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามเพศหญิง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรเพศ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีคะแนนการปรับตัวต่ำกว่าผู้ดูแลเพศชาย กล่าวคือ เพศชายมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางลบ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะบทบาททางสังคมในปัจจุบัน เพศชายเริ่มเข้ามามีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการเป็นผู้นำครอบครัวและการทำงานนอกบ้านเพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรเพศสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้เพียงร้อยละ 0.8 จึงสรุปว่า เพศไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ข้อค้นพบดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของวิลลาร์ดน์ ภาวราวุฒิปาณิช (2537: 33-37) ที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส จึงมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความผูกพันต่อกัน และส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์จึงทำให้การปรับตัวไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจจึงต้องดูแลตนเองภายในครอบครัว ซึ่งไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายก็ต้องดูแลและปรับตัวให้ได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่มีเพศแตกต่างกันจึงมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน

2) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับอายุ

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามอายุ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรอายุ พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผกผันกับอายุ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางลบ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรอายุสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 5.5 จึงสรุปว่า อายุมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ข้อค้นพบดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ Edlund & Sneed (1989 อังโนนงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540: 5) กล่าวว่า เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ในการเผชิญความเครียด ทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า และการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (2541: บทคัดย่อ) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ามีการปรับตัวดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและเป็นผู้ใช้แรงงานจึงมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถ

อดทนกับปัญหาและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้ดี จึงทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย ต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมากซึ่งสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการปรับตัวที่เกิดขึ้นจึงแตกต่างกัน

3) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับระดับการศึกษา

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามระดับการศึกษา เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรการศึกษา พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้ดูแลมีการปรับตัวสูงขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรการศึกษาสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 2.1 จึงสรุปว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537: 58-59) ที่พบว่า การศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด แต่แตกต่างจากการศึกษาของก้านจิต ศรีนนท์ (2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดี ที่เป็นเช่นนี้เพราะความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ไม่จำเป็นต้องได้จากการศึกษาในสถาบันการศึกษาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลได้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งได้ให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลทำให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ดูแลหลายรายศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองและใช้ประสบการณ์มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต แม้จะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันก็สามารถปรับตัวได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่อาจเป็นตัวกำหนดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับตัว

4) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับสถานภาพสมรส

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ซึ่งในการวิเคราะห์ได้แปลงค่าเป็นตัวแปรหุ่น 2 ตัวแปรคือ ตัวแปรสถานภาพโสดและตัวแปรสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรทั้งสอง พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันกับสถานภาพโสด กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดมีแนวโน้มในการปรับตัวได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรสถานภาพสมรสสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 1.7 จึงสรุปว่า สถานภาพโสดไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน พบว่า คะแนน

การปรับตัวแปรผันตามสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรสถานภาพสมรสสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 9 จึงสรุปว่า สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 85) พบว่า ในกลุ่มคนที่มีคู่วิตามีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสดหรือที่อยู่คนเดียว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกัน จึงมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและมีความผูกพันต่อกัน ตลอดจนการที่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจและมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ จึงมีส่วนทำให้ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันปรับตัวได้ดี

5) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือนพบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน กล่าวคือ ผู้ดูแลมีการปรับตัวสูงขึ้นตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่สูงขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือนสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 1.3 จึงสรุปว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ข้อค้นพบดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (2541:75-76) ที่พบว่า จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน ซึ่งจะช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวและมีจำนวนสมาชิก 3-4 คน แต่เนื่องจากความจำเป็นด้านเศรษฐกิจ แม้จำนวนสมาชิกค่อนข้างน้อยแต่ก็จำเป็นต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครัวเรือนหลายคนจึงไม่ได้มีส่วนช่วยผลักดันให้ผู้ดูแลปรับตัวได้มากขึ้น แต่ขึ้นอยู่กับว่าสมาชิกคนใดที่เต็มใจจะช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้ดูแลได้มากกว่า

6) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับความสัมพันธกับผู้ป่วยเอดส์

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส กล่าวคือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์แบบอื่น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และเมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 13.9 จึงสรุปว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูซัน ชิวพูนผล (2541:75-76) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดี ทั้งนี้เป็นเพราะลักษณะครอบครัวในพื้นที่ที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสซึ่งได้แก่สามีหรือภรรยา ดังนั้นการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันจึงมีความใกล้ชิดและผูกพันกันมากที่สุด คอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์จึงแตกต่างกันกับความสัมพันธ์แบบอื่น

7) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 5.2 จึงสรุปว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ทั้งนี้เป็นเพราะการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาและสาเหตุตลอดจนมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำและส่งผลให้ปรับตัวได้ดีขึ้นเช่นกัน

8) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางบวกมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางลบ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และเมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 12.1 จึงสรุปว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540: 81) ที่พบว่า การมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในทางบวก จะมีการปรับตัวดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลตอบสนองและแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะผู้ดูแลได้ดี ดังนั้นผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางบวกจึงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในทุกสถานการณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดี

9) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมากมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 16.7 จึงสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาราทรรณ อุทัย (2545: 82) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมาก มีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้เป็นเพราะการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวซึ่งนับเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกันและเห็นอกเห็นใจกันมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล รู้สึกอุ่นใจและรับรู้ว่ามีบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ จึงทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี

10) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มากมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์น้อย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 9.1 จึงสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจ การให้คำปรึกษา จากทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นและส่งผลดีต่อการปรับตัว

11) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

จากสมมติฐานที่ว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์แปรผันตามการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการปรับตัวกับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่า คะแนนการปรับตัวแปรผันตามคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนมากมีแนวโน้มในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนน้อย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้เพียงร้อยละ 0.3 จึงสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันแม้จะมีองค์กรภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นแต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความช่วยเหลือดังกล่าวยังไม่เพียงพอและครอบคลุมไปถึงผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องพึ่งพาตนเองและเป็นสาเหตุที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนไม่มีอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปรับตัว

กล่าวโดยสรุป จากการวิเคราะห์การแปรผันสองทางด้วยวิธีการถดถอยอย่างง่ายเพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้มีตัวแปรอิสระบางตัวที่มีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานแต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอิสระบางตัวที่มีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับ 2 ตัวแปรเท่านั้น ดังนั้นเมื่อต้องการทราบความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับตัวแปรอิสระเหล่านี้อย่างแท้จริงจึงต้องศึกษาความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรที่จะกล่าวถึงในลำดับถัดไป

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง (Multivariate analysis)

การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระหลายตัวพร้อมกัน ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression analysis)

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวที่มีต่อตัวแปรตาม โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรตัวอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์การถดถอยพหุมีข้อจำกัดที่นอกเหนือไปจากการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย กล่าวคือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมาก (คือไม่ควรสูงถึง 0.75) เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา ที่เรียกว่า ความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) การทดสอบเบื้องต้นได้จากตารางความสัมพันธ์ร่วม (Correlation matrix) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2546: 518) จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละคู่พบว่าไม่มีค่าไม่เกิน 0.55 (ตาราง 7) ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุได้โดยไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 gender	1.000												
2 age	0.022	1.000											
3 edu1	0.025	-0.326**	1.000										
4 edu2	0.166	-0.176	-0.264**	1.000									
5 status1	0.028	-0.523**	0.126	0.134	1.000								
6 status2	0.005	0.221*	-0.089	-0.082	-0.650**	1.000							
7 people	0.068	0.020	0.157	-0.102	0.028	-0.053	1.000						
8 relate	-0.055	-0.437**	0.162	0.046	0.552**	-0.567**	0.085	1.000					
9 know	0.235*	-0.014	-0.152	0.199*	0.094	0.037	0.008	0.064	1.000				
10 att	-0.040	-0.346**	0.112	0.129	0.199*	-0.175	0.045	0.292**	-0.058	1.000			
11 soc1	-0.063	-0.087	0.136	0.121	0.060	-0.050	0.312**	0.014	0.205*	0.238**	1.000		
12 soc2	-0.052	0.125	-0.059	-0.126	0.070	-0.032	0.003	-0.016	0.094	-0.027	0.144	1.000	
13 soc3	-0.008	0.068	-0.095	-0.096	0.145	-0.097	0.008	-0.009	0.276**	-0.081	0.410**	0.511**	1.000

หมายเหตุ	1 gender	= เพศ (ชาย คือ กลุ่มอ้างอิง)	8 relate	= ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ (อื่นๆ คือ กลุ่มอ้างอิง)
	2 age	= อายุ	9 know	= ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
	3 edu1	= การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	10 att	=ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
	4 edu2	= การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	11 soc1	= การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
	5 status1	= สถานภาพโสด	12 soc2	= การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์
	6 status2	= สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน	13 soc3	= การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน
	7 people	= จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		

ตาราง 13 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	t	Sig.
เพศ	-0.029	-0.017	-0.192	0.85
อายุ	-0.023	-0.025	-0.230	0.82
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ¹	-0.174	-0.071	-0.761	0.45
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ²	0.059	0.028	0.297	0.77
สถานภาพสมรสโสด ¹	-0.292	-0.164	-1.279	0.20
สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ²	0.208	0.277	2.669	0.08
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.074	0.077	0.827	0.41
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์	0.321	0.218	1.556	0.12
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	0.190	0.197	2.125*	0.04
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	0.393	0.311	3.438*	0.00
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	0.222	0.222	2.184*	0.03
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	0.274	0.239	2.529*	0.01
การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน	0.123	0.115	1.139	0.26
R = 0.669	R ² = 0.447	F = 5.346	n = 83	

หมายเหตุ

B = สัมประสิทธิ์การถดถอย R² = สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ

Beta = สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน R = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

t = สถิติการทดสอบแบบที n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

F = สถิติการทดสอบแบบเอฟ Sig. = นัยสำคัญทางสถิติ

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

¹สถานภาพสมรสอื่นๆ = กลุ่มอ้างอิง

²การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น = กลุ่มอ้างอิง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 44.7 (R² = 0.447) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว มีตัวแปรอิสระเพียง 4 ตัว ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติ

ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ดีที่สุด ($Beta = 0.311$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ($Beta = 0.239$) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ($Beta = 0.222$) และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ($Beta = 0.197$) ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวกับการปรับตัวได้ดังนี้

1) ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาในรูปของความสุข ความยินดี ความเต็มใจ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดี ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่มีทัศนคติทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่ยินดี จะแสดงออกโดยการปฏิเสธ หลีกหนี หรือก้าวร้าวรุนแรง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537: 224) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีทัศนคติต่างกันจึงมีการปรับตัวได้แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางบวกย่อมเห็นด้วยและแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางลบ

2) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์กับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นบุคคลหรือองค์กรในสังคมที่มีความสำคัญในด้านบริการการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจและการให้คำปรึกษา เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการแก้ปัญหา เพราะผู้ดูแลทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทำให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น แสดงถึงการปรับตัวที่ดีด้วย ดังนั้นผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่างกันจึงมีการปรับตัวได้แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มากย่อมมีการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์น้อย

3) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์กับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสนิทสนมและผูกพันกันมากที่สุด สามารถสนองตอบความจำเป็นพื้นฐาน ผู้ดูแลมีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระ สร้างความอบอุ่นใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของดาราพรพรรณ อุทัย (2545: 82) พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมาก มีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี ดังนั้นผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่างกันจึงมีการปรับตัวได้แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมากย่อมมีการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อย

4) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์กับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างเหมาะสม การที่บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างถูกต้องย่อมนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมเช่นกัน โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ก็จะสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างถูกต้องและลดความวิตกกังวลในการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่างกันจึงมีการปรับตัวได้แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากย่อมมีการปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย

เมื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายและการวิเคราะห์ถดถอยพหุ พบว่า การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายมีตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึง 7 ตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุมีตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียง 4 ตัวเท่านั้น ได้แก่ ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวพบในการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายและยังคงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพล

ต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เพราะในการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายเป็นความสัมพันธ์ที่ยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นความสัมพันธ์ลวง

เนื่องจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุเป็นการเลือกตัวแปรอิสระเข้าวิเคราะห์พร้อมกันทุกตัวแปร ซึ่งทำให้มองเห็นเพียงภาพรวมของตัวแปรทุกตัวเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในลำดับต่อไป

2) การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

เป็นการศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใดสามารถอธิบายการผันแปรของการปรับตัวได้ดีที่สุด และตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของการปรับตัวในลำดับถัดไป และตัวแปรเหล่านั้นสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้มากน้อยเพียงใด

ตาราง 14 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอนของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	t	R ²	R ² _{change}	Sig.
(a)	13.471					
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	0.285	0.285	3.247*	0.167	0.167	0.00
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	0.473	0.375	4.319*	0.265	0.098	0.00
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	0.291	0.253	3.000*	0.317	0.052	0.00
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	0.173	0.179	2.080*	0.347	0.030	0.01
F = 19.705 n = 83						

หมายเหตุ

(a)	= ค่าคงที่	t	= สถิติการทดสอบแบบที
B	= สัมประสิทธิ์การถดถอย	F	= สถิติการทดสอบแบบเอฟ
Beta	= สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน	n	= ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
R ²	= สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ	Sig.	= นัยสำคัญทางสถิติ
R ² _{change}	= สัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่เปลี่ยนแปลง *		= มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ กล่าวคือ ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 4 ตัว โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 19.7 โดยมีสมการการถดถอยพหุแบบขั้นตอนดังนี้

$$ADP = a + b_1 \text{ SOC1} + b_2 \text{ ATT} + b_3 \text{ SOC2} + b_4 \text{ KNOW}$$

เมื่อ ADP = ค่าทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

$$(a) = \text{ค่าคงที่} = 13.471$$

$b_1 \text{ SOC1}$ = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว = 0.285

$$b_2 \text{ ATT} = \text{ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์} = 0.473$$

$b_3 \text{ SOC2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ = 0.291

$$b_4 \text{ KNOW} = \text{ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์} = 0.173$$

เมื่อแทนค่าแล้วได้ดังนี้

$$ADP = 13.471 + 0.285 \text{ SOC1} + 0.473 \text{ ATT} + 0.291 \text{ SOC2} + 0.173 \text{ KNOW}$$

จากสมการการถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ดีที่สุดถึงร้อยละ 16.7 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.285 หมายความว่าถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว 1 ครั้ง จะมีผลให้คะแนนการปรับตัวเพิ่มขึ้น 0.285 คะแนน ตัวแปรอิสระตัวที่สองที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 9.8 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.473 หมายความว่าถ้าผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลให้คะแนนการปรับตัวเพิ่มขึ้น 0.473 คะแนน ตัวแปรอิสระตัวที่สามที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 5.2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.291 หมายความว่าถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ 1 ครั้ง จะมีผลให้คะแนนการ

ปรับตัวเพิ่มขึ้น 0.291 คะแนน และตัวแปรอิสระตัวสุดท้ายที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ร้อยละ 3 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.173 หมายความว่าถ้าผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลให้คะแนนการปรับตัวเพิ่มขึ้น 0.173 คะแนน ส่วนตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่สุดในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ดูแลมากที่สุด ครอบครัวสามารถตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐานของผู้ดูแล ทั้งในด้านปัจจัย 4 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรัก ความเข้าใจและกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวได้เป็นอย่างดี ส่วนทัศนคติก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัว เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการแสดงออกหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีด้วยเช่นกันและทำให้สามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะบุคลากรทางการแพทย์นับเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญอีกแหล่งหนึ่งรองจากครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วม ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีส่วนช่วยอย่างมากในการให้คำแนะนำปรึกษา ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ก่อให้เกิดความไว้วางใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น และปัจจัยสุดท้ายที่ส่งผลต่อการปรับตัว คือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน โดยเป็นความรู้ที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์และจากประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

สำหรับผลการศึกษาเชิงปริมาณและการอภิปรายผลเป็นการตอบคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ส่วนคำถามที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัว รวมถึงรายละเอียดในเชิงลึก ตลอดจนประเด็นที่น่าสนใจและไม่ได้กล่าวถึงในบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในบทถัดในหัวข้อ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพและการอภิปรายผล เพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาและให้ผลการศึกษาที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

บทที่ 5

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพและอภิปรายผล

การวิเคราะห์กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวในเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเป็นกรณีจำนวน 10 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 100 รายที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา เพื่อขอสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ที่แต่ละโรงพยาบาลจัดขึ้น ตลอดจนพูดคุยอย่างใกล้ชิดกับผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการเปิดเผย

5.2 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะการรับรู้ ระยะที่ 2 เป็นระยะการเรียนรู้ และระยะที่ 3 เป็นระยะการยอมรับ

5.3 ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลทั้ง 10 รายถูกคัดเลือกจากผู้ดูแลทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 7 รายและเพศชาย 3 ราย โดยกระจายความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ที่มีความหลากหลาย (Maximum variation) ในฐานะภรรยา มารดา ลูกสาว/ลูกชาย พี่สาว/พี่ชาย และหลานชาย ซึ่งผู้ดูแลทั้ง 10 รายเป็นตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาลโดยให้โควตาโรงพยาบาลละ 2 รายจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ เพื่อให้เข้าใจภาพของผู้ดูแลที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสรุปข้อมูลและบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลแต่ละราย โดยใช้นามสมมติ ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

“กานดา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยา อายุ 32 ปี เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน คือ ตนเอง ลูกชาย 2 คน และสามีที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีเป็นเวลา 2 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะกลัวถูกสังคมรังเกียจ

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ตอนแรกที่ทราบว่าสามีติดเชื้อเอดส์ก็ไม่อยากเชื่อ เพราะไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นตนเอง แต่ปัจจุบันนี้ก็ทำใจได้แล้วเพราะสามีก็ยังเป็นหัวหน้าครอบครัวและทำหน้าที่ทุกอย่างเหมือนเดิม แต่ก็ไม่ได้บอกกับลูกว่าพ่อเป็นอะไร เพราะกลัวผลกระทบต่อลูกจะรู้แล้วทำใจไม่ได้ จึงต้องคอยระวังและทำตัวให้ไม่น่าสงสัย เวลามีปัญหาไม่สบายใจก็จะปรึกษากับนางพยาบาลที่ดูแลเรื่องนี้ ปัญหาเรื่องสุขภาพของตนเองก็มีบ้างเพราะต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน โดยเฉพาะเวลาที่สามีมีอาการทรุดหนักต้องไปเฝ้าที่โรงพยาบาลก็ไม่ค่อยได้พักผ่อน เพราะเฝ้าอยู่คนเดียว ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมก็ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมมากนักเพราะไม่ค่อยมีเวลา สำหรับเรื่องเศรษฐกิจยังมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางการเงินเพราะลูกๆ กำลังเรียนหนังสือ แม้สามีจะทำงานได้เหมือนเดิมแต่ก็กลัวว่าในอนาคตหากสามีมีอาการทรุดหนักอีกครั้งจะทำอย่างไร

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะลูก แม้จะโกรธสามีเพียงไรก็ตามก็ยังมีความรักที่ต้องดูแล ไม่อยากให้ครอบครัวแตกแยก เรื่องการดูแลก็ปฏิบัติตามที่นางพยาบาลแนะนำ และตอนนี้สามีก็ดูแลตนเองได้แล้วจึงไม่ต้องคอยดูแลใกล้ชิดเหมือนตอนที่ป่วยหนัก สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาก็มีปัญหาในช่วงแรกๆ ที่เข้าโรงพยาบาล คือต้องไปขอยืมจากญาติๆ ในบางส่วน แต่ตอนนี้สามีแข็งแรงขึ้น ทำงานได้จึงคลายความกังวลไปได้บ้าง

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะไม่ได้เปิดเผยกับคนอื่น ความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติมคือ เรื่องทุนการศึกษาของบุตร และกองทุนสำหรับช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์

กรณีศึกษาที่ 2

“กัลยา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยา อายุ 40 ปี เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (พนักงานทำความสะอาด) รายได้ไม่แน่นอนขึ้นกับการรับจ้าง แต่โดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 4,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 5 คน คือ ตนเอง ลูกชายกับลูกสาว แม่สามี และ

สามีที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีเป็นเวลา 9 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะกลัวการตีตราบาปและสามีก็เป็นผู้นำชุมชนคนหนึ่งด้วย

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ตอนนั้นสามีอาการหนักมากต้องเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ก็ยังไม่ทราบว่าเป็นอะไร พอหมอบอกว่าสามีติดเชื้อเอดส์ก็คิดว่าเป็นไปไม่ได้ เพราะสามีไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เลย ก็ซักถามจนได้ทราบความจริงว่าไปใช้มีดโกนหนวดของเพื่อน จึงไม่ได้รู้สึกโกรธเกลียดสามีเพราะสามีไม่ได้ตั้งใจ ยิ่งทำให้รู้สึกสงสารและเห็นใจเพราะสามีเป็นคนดีมีน้ำใจกับทุกคน แต่เรื่องนี้ก็ไม่ได้บอกกับลูกว่าพ่อเป็นอะไร แต่ญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวจะรู้กันทุกคน ซึ่งทุกคนก็เข้าใจ สงสาร และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นยังคงใช้ชีวิตประจำวันเหมือนเดิม เพียงแต่วันไหนที่นัดรับยาต้านไวรัสก็ต้องไปกับสามีด้วยเพื่อร่วมกิจกรรมกลุ่มและรับฟังข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ปัญหาเรื่องสุขภาพก็ไม่มีปัญหายังคงแข็งแรงดี เพราะมีญาติๆ คอยช่วยเหลือ เวลาที่สามีท้อหนักก็จะผลัดเปลี่ยนกันไปเฝ้า ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมก็ยังคงปฏิบัติเหมือนเดิมเพียงแต่ไม่ได้บอกให้สังคมภายนอกทราบว่าคนในครอบครัวเป็นเอดส์ สำหรับเรื่องเศรษฐกิจก็ได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะความรักและสงสารสามี เพราะติดเชื้อด้วยเหตุสุดวิสัยไม่มีใครคาดคิดว่ามันจะเกิดขึ้น เรื่องการดูแลก็จะปฏิบัติตามที่นางพยาบาลแนะนำ และเนื่องจากได้ไปเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลมาโดยตลอดจึงสามารถดูแลสามีได้เป็นอย่างดีและสามีก็มีชีวิตอยู่มาได้เกือบสิบปีนับตั้งแต่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ไม่มีปัญหาอะไร เพราะมีสมาชิกในครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และได้รับความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาล จึงอยากให้ผู้ดูแลรายอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากกว่านี้เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กรณีศึกษาที่ 3

“กษมา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยา อายุ 38 ปี เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (พนักงานล้างจาน) รายได้ไม่แน่นอนขึ้นกับการรับจ้าง แต่โดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 4,500 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน คือ ตนเอง ลูกชายกับลูกสาว และสามีที่เป็นผู้ป่วยเอดส์

ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีเป็นเวลา 1 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะกลัวสังคมรังเกียจ

ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพตอนแรกที่ทราบตกใจมาก รู้สึกผิดหวัง และกลัวตนเองจะติดเชื้อเอดส์ด้วยจึงไปตรวจเลือดปรากฏว่าไม่ติดเอดส์ แต่ขอให้มาตรวจอีกครั้งหลังจากผ่านไป 6 เดือนผลที่ออกมาก็ยังไม่ติดเอดส์จึงรู้สึกลดความกังวลได้บ้าง

ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น ก่อนที่จะทราบว่าสามีเป็นเอดส์ตนเองเป็นแม่บ้านดูแลลูกๆ แต่ตอนนี้ก็ต้องหางานทำ แต่ก็ทำอยู่โรงงานใกล้บ้านเพราะต้องดูแลสามีด้วย ปัญหาเรื่องสุขภาพก็มีบ้างตอนที่สามีอาการทรุดหนักต้องไปเฝ้าที่โรงพยาบาลก็เฝ้าอยู่คนเดียวและต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้านไปด้วยก็เลยมีปัญหาเรื่องสุขภาพพอสมควร ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมปกติก็ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมอะไรมากนัก เพราะต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน สำหรับเรื่องเศรษฐกิจค่อนข้างเป็นปัญหาเพราะรายได้ไม่พอกับรายจ่ายและสามีป่วยหนักจนต้องออกจากงานทำให้ขาดรายได้หลักของครอบครัว

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นตอนที่ทราบจากสามีว่าเขาเป็นเอดส์ก็เคยคิดที่จะหย่าแล้วก็จะพาลูกไปด้วย แต่สุดท้ายก็ไม่ได้ไปเพราะเป็นห่วงสามีและก่อนที่ป่วยเป็นเอดส์เขาก็เป็นคนขยันและดูแลครอบครัวอย่างดี แต่ตั้งแต่เขารู้ว่าตัวเองเป็นเอดส์ก็มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น กินเหล้าทุกวันโดยให้เหตุผลว่าคลายเครียด ซึ่งตนเองก็ต้องคอยห้ามเป็นประจำ ในเรื่องการดูแลก็ค่อนข้างเป็นปัญหาเพราะไม่ได้บอกกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อสามีไม่สบายจะต้องเข้าโรงพยาบาลจึงต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้และต้องไปขอกู้จากแหล่งทุนนอกระบบ

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นเนื่องจากตนเองไม่ได้เปิดเผยกับสมาชิกในครอบครัวจึงไม่สามารถพูดคุยหรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวได้ มีบ้างที่ได้พูดคุยกับพยาบาลที่ดูแลเรื่องนี้แต่ก็ไม่บ่อยนักเพราะต้องทำงานทุกวัน จึงอยากให้มีการเยี่ยมบ้านและให้การสนับสนุนทางการเงินกับครอบครัวและเป็นทุนการศึกษาของบุตร

กรณีศึกษาที่ 4

“นัดดา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะมารดา อายุ 57 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง (โรงงานทำบับ) มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คน คือ ตนเอง สามี และลูกชายที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลลูกชายเป็นเวลา 4 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่บุคคลภายนอกรับรู้เอง (เพื่อนบ้านและคนในชุมชน) เพราะสงสัยและติดตามอาการจนทราบแน่ชัดว่าลูกชายเป็นผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพตอนแรกที่ทราบรู้สึกผิดหวังอย่างมากเพราะเป็นลูกชายคนเดียวและเป็นความหวังของครอบครัว ตอนแรกไม่ได้บอกสามีว่าลูกชายติดเชื้อและเป็นผู้ป่วยเอดส์ แต่ได้บอกภายหลังเพราะสามีสงสัย และเมื่อสามีทราบก็ไม่ได้รู้สึกโกรธเคืองอะไรและยังรู้สึกสงสารลูกที่ต้องเป็นแบบนี้

ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นปกติก็ต้องทำงานหนักอยู่แล้ว เพราะโรงงานกับบ้านอยู่ใกล้กันมากต้องใช้เวลาเดินทาง พอลูกชายป่วยก็ยิ่งลำบากเป็นสองเท่าเพราะต้องคอยดูแลลูกชายอย่างใกล้ชิด เวลาพักผ่อนจึงไม่ค่อยมีเพราะต้องรีบตื่นแต่เช้าและออกไปทำงาน พอตอนเย็นก็ต้องรีบกลับบ้านว่าจะมาถึงบ้านก็ใช้เวลานาน อายุก็มากแล้วไม่ได้แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการถูกรังเกียจจากสังคมเพราะลูกชายมีอาการของโรคที่ชัดเจน มีตุ่มมีหนองเต็มตัว ถึงแม้จะพยายามปิดบังก็ไม่สามารถทำได้ สำหรับเรื่องเศรษฐกิจค่อนข้างเป็นปัญหาเพราะรายได้น้อยแต่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบอีกมากทั้งค่าใช้จ่ายประจำวันและค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งค่าเดินทางไปโรงพยาบาลอีกด้วย

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะรักและสงสารลูก ในฐานะแม่คงไม่สามารถทอดทิ้งลูกได้แม้จะรู้สึกผิดหวังหรือเสียใจก็ตาม ในเรื่องการดูแลก็คอยดูแลอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดตั้งแต่รู้ว่าลูกป่วยเป็นเอดส์ ก็ทำตัวเหมือนเดิมไม่แสดงท่าทีรังเกียจเช่นเดียวกับสามีซึ่งคอยให้กำลังใจและปรับทุกข์กันตลอด ตอนนี้นักชายมีอาการปรากฏชัดเจน จึงต้องพาไปรักษาที่โรงพยาบาลและผลัดเปลี่ยนกันเฝ้ากับสามี

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับกำลังใจจากสามีและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะนางพยาบาลที่ดูแลเรื่องนี้จะเห็นใจและสงสารที่ต้องมาดูแลลูกชายซึ่งก็ได้ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ในส่วนของความช่วยเหลือที่ต้องการเพิ่มเติมคือ ความช่วยเหลือทางการเงินและแนวทางในการประกอบอาชีพหลังจากที่คงต้องออกจากงานในเร็วๆ นี้ เนื่องจากอายุมากแล้ว (57 ปี)

กรณีศึกษาที่ 5

“นัยนา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพเป็นแม่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะมารดา อายุ 55 ปี เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ที่แน่นอนแต่จะได้รับเงินช่วยเหลือจากลูกสาวในแต่ละเดือนประมาณ 4,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คน คือ ตนเอง ลูกสาว และลูกชายที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลลูกชายเป็นเวลา 2 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพตอนแรกที่ทราบเพราะลูกชายไม่สบายแล้วภรรยาของลูกชายพาไปหาหมอ พอดูตรวจเลือดก็ปรากฏว่าเป็นเอดส์ ภรรยาเลยขอหย่าและพาลูกทั้งสองคนไปด้วย ตนเองจึงต้องดูแลลูกชายเพราะสภาพจิตใจเขาแย่มาก แต่ก็ไม่ได้กล้าบอกใครเพราะกลัวคนอื่นจะรังเกียจ จึงบอกกับลูกสาวอีกคนซึ่งก็ไม่ได้แสดงท่าทีรังเกียจพี่ชายแต่อย่างใด

ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นความสูญเสียที่สำคัญสำหรับลูกชายคือ ภรรยาและลูก สำหรับตนเองมีแต่ความรู้สึกสงสารและเห็นใจ รวมทั้งกังวลว่าจะดูแลลูกชายได้อีกนานแค่ไหน เพราะสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมก็ยังคงปฏิบัติเหมือนเดิม เช่น ไปวัด ทำบุญตักบาตร แต่น้อยลงเพราะต้องดูแลลูกชายและสุขภาพตนเองก็ไม่แข็งแรงมากนัก สำหรับเรื่องเศรษฐกิจไม่ค่อยเป็นปัญหาเพราะลูกสาวเป็นคนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ และช่วยเหลือทางการเงินมาโดยตลอด

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะสงสารลูก เขาสูญเสียมามากพอแล้วหากถูกทอดทิ้งไปอีกคนลูกชายคงขาดที่พึ่งและไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ตอนนี้นี้ลูกชายอาการไม่ดีขึ้นเพราะตาเริ่มมองไม่เห็น จะลุกเดินไปไหนก็ไม่สะดวก จึงต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเวลาที่ป่วยหนักต้องคอยป้อนข้าวป้อนน้ำป้อนยา เช็ดตัวให้เหมือนกับเด็กๆ อย่างไรก็ตามลูกสาวก็ไม่ได้รังเกียจสามารถดูแลพี่ชายได้เหมือนกับที่ตนดูแลและเป็นกำลังใจที่ดีให้กับพี่ชาย ทำให้ตนเองลดความกังวลและรู้สึกอุ่นใจที่ยังมีลูกสาวอยู่ใกล้ๆ

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากลูกสาว เนื่องจากไม่ได้เปิดเผยกับญาติพี่น้องคนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันและสังคมภายนอก สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็มีส่วนช่วยในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 6

“ปรียา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพเป็นโสด และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะลูกสาว อายุ 20 ปี เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 8,500 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน คือ ตนเอง น้องชาย บิดา และมารดาที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาเป็นเวลา 2 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพไม่เคยคิดว่าจะเกิดขึ้นกับครอบครัว เพราะว่าเป็นโรคเอดส์ไม่ได้ติดต่อกันได้ง่ายๆ โดยเฉพาะมันเกิดกับแม่ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้ แต่ก็เกิดขึ้นแล้วเพราะแม่ติดเชื้อจาก

การรับเลือดซึ่งมีโอกาสติดเชื้อได้ยากมาก จึงคิดว่าไม่ใช่ความผิดของแม่และทุกคนในครอบครัวก็เข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

ส่วนผลกระทบนั้นตอนแรกกลัวว่าแม่จะอยู่ได้อีกไม่นานเพราะแม่อาการหนักมากและหมอก็บอกว่าเป็นเอดส์ระยะสุดท้าย แต่ก็ไม่หมดกำลังใจเพราะยังมีความหวังว่าแม่จะหายเป็นปกติ และไม่ได้คิดวิตกกังวลอะไรนอกจากจะหาวิธีที่จะรักษาแม่ให้หาย และเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ญาติๆ ก็มาเยี่ยมและผลัดเปลี่ยนกันเฝ้าที่โรงพยาบาล ส่วนตนเองก็ทำงานและเรียนไปพร้อมกัน จึงไม่ค่อยมีเวลาไปร่วมกิจกรรมทางสังคมมากนัก นอกจากจะไปทำบุญที่วัดเพื่อขอพรให้แม่หายป่วย สำหรับเรื่องเศรษฐกิจไม่ค่อยกังวลมากนักเพราะสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะสงสารแม่และในฐานะลูกที่ดีควรต้องทดแทนพระคุณของพ่อแม่ ในเรื่องการดูแลก็ปฏิบัติตามที่พยาบาลแนะนำและติดตามข่าวสารอยู่ตลอดเพื่อหาข้อมูลในการรักษา ตลอดจนพยายามทุกวิถีทางทั้งหมดแผนปัจจุบันและไสยศาสตร์ ซึ่งตอนนี้แม่อาการดีขึ้นมากจึงไม่ต้องคอยดูแลใกล้ชิดเหมือนตอนที่รักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เป็นปัญหามากนักเพราะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะไม่ได้เปิดเผยกับคนอื่น โดยเฉพาะหากขาดเหลือสิ่งใด ญาติพี่น้องจะช่วยเหลือด้วยความเต็มใจและไม่ทอดทิ้งกันเมื่อมีปัญหา

กรณีศึกษาที่ 7

“ปราณี” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสเป็นโสด มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะพี่สาว อายุ 45 ปี เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 10,900 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2 คน คือ ตนเอง และน้องชายที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลน้องชายเป็นเวลา 5 เดือนแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพตอนนี้น้องอาการหนักมากต้องเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ก็ยังไม่ทราบว่าป่วยเป็นอะไร จนหมอบอกว่าน้องเป็นเอดส์ก็ยังไม่อยากเชื่อ แม้จะพอมีความรู้อยู่บ้างแต่ก็อดกลัวไม่ได้ในตอนแรก เพราะไม่เคยรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยเอดส์มาก่อน

ส่วนผลกระทบนั้นมีปัญหาเรื่องการทำงานในช่วงที่น้องไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพราะไม่มีคนเฝ้าจากตนเองและต้องลงงานอยู่บ่อยๆ และเนื่องจากต้องดูแลน้องตามลำพังขณะเดียวกันก็ต้องทำงานด้วย จึงไม่ค่อยมีเวลาดูแลตนเอง เมื่อตนเองเจ็บป่วยก็ต้องดูแลรักษาตนเอง บางครั้งก็

รู้สึกท้อใจ และเบื่อหน่ายในการดูแล ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมก็ไม่ได้มีส่วนร่วมมากนักเพราะไม่มีเวลาและกลัวผู้อื่นจะสงสัยจึงพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น สำหรับเรื่องเศรษฐกิจก็มีความกังวลใจอยู่เหมือนกันเพราะตอนนี้ตนเองเป็นผู้หารายได้หลักและมีภาระที่ต้องรับผิดชอบดูแลน้อง ซึ่งป่วยหนักจนต้องลาออกจากงาน

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะมีกันอยู่สองคนพี่น้อง หากตนเองไม่ดูแลน้องก็คงหมดที่พึ่งพิง ซึ่งในการดูแลแม้จะประสบปัญหาเรื่องงานอยู่บ้างแต่ก็เต็มใจและยินดีที่จะให้การดูแลต่อไป จึงพยายามที่จะหาหนทางในการรักษา ให้กำลังใจและไม่แสดงท่าทีรังเกียจเพื่อให้เขารู้สึกสบายใจและมีกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาล และอยากให้สังคมยอมรับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อตนเองและครอบครัวของผู้ดูแลคนอื่นๆ มีความมั่นใจและกล้าที่จะเปิดเผยความจริง

กรณีศึกษาที่ 8

“วศิน” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสเป็นโสด และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะลูกชาย อายุ 29 ปี เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 8,500 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2 คน คือ ตนเอง และมารดาที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดามาเป็นเวลา 3 ปีแล้ว โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสภาพ ตอนแรกที่ทราบก็ตกใจมาก ไม่คิดว่าแม่จะเป็นเอดส์ เพราะคิดว่าอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นเป็นโรคธรรมดาทั่วไปของคนวัยนี้ จนแม่ยอมลงมากจึงพาไปพบแพทย์และตรวจเลือดจึงทราบว่าติดเชื้อเอดส์ ปกติก็อยู่กับแค่สองคนแม่ลูก

ส่วนผลกระทบนั้นรู้สึกเป็นห่วงอาการของแม่ว่าจะทรุดหนักไปมากกว่านี้ แต่อาการก็ดีขึ้นและพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ คอยเตือนเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา ส่วนกิจวัตรอื่นๆ ก็ปฏิบัติตัวเช่นเดิม เช่นรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน สำหรับเรื่องสุขภาพก็ไม่มีปัญหาอะไรเพราะร่างกายแข็งแรงดี สามารถรับประทานอาหารและนอนหลับได้ตามปกติ ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมปกติก็ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมอะไรมากนัก เพราะเมื่อทำงานเสร็จก็รีบกลับบ้านมาดูแลแม่จึงไม่ค่อยมีเวลาไปพบปะสังสรรค์หรือพูดคุยกับคนอื่นมากนัก และในเรื่องเศรษฐกิจก็มีปัญหาบ้างเล็กน้อยเพราะช่วงที่แม่เข้าโรงพยาบาลต้องลาออกมาเฝ้าแม่เกือบเดือน จึงทำให้ขาดรายได้ช่วงนั้นไปแต่เมื่อแม่อาการดีขึ้นก็กลับไปทำงานเหมือนเดิม

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะความรักความผูกพันและในฐานะลูก แม่ได้เลี้ยงดูเรามาตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตามในฐานะลูกก็ต้องคอยดูแลเอาใจใส่แม่เช่นเดียวกัน โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเริ่มศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น ส่วนใหญ่จะหาอ่านเอง ดูตามเว็บไซต์บ้าง อ่านหนังสือคู่มือที่เขาแจกบ้าง จึงพอจะมีความรู้ความเข้าใจและไม่รู้สึกกลัวหรือรังเกียจแต่อย่างใด เวลาอยู่กับแม่ก็ทำตัวเหมือนเดิมทุกอย่างเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกที่แปลกแยก

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นเนื่องจากตนเองไม่ได้เปิดเผยกับญาติพี่น้องนอกครัวเรือนและต่อคนอื่นๆ ในสังคม ส่วนใหญ่จึงพูดคุยกับนางพยาบาลที่ดูแลเรื่องนี้แต่ก็ไม่บ่อยนักเพราะต้องทำงานทุกวัน โดยเฉพาะวันนัดรับยาซึ่งส่วนใหญ่จะนัดวันธรรมดาต้องลางานล่วงหน้าจึงจะสามารถไปร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลได้

กรณีศึกษาที่ 9

“วาทีน” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศชาย มีสถานภาพเป็นม่าย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะพี่ชาย มีอายุ 52 ปี เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 25,000 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน คือ ตนเอง ภรรยา ลูก และน้องชายที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ เพิ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลน้องชายได้ 1 เดือน โดยไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เนื่องจากเพิ่งทราบผลการตรวจได้ไม่นานและค่อนข้างมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคเอดส์ ทั้งรู้สึกโกรธและเสียใจ เพราะเคยตกเดือนน้องเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเอดส์ แต่ด้วยความจำเป็นที่ต้องทำหน้าที่ดูแลน้อง แม้จะไม่ค่อยเต็มใจแต่ก็ไม่ได้ทอดทิ้งน้องให้เป็นภาระของสังคม

ส่วนผลกระทบนั้นยังคงใช้ชีวิตประจำวันเหมือนเดิม แต่หากวันไหนมีนัดรับยาที่โรงพยาบาลก็ต้องปิดร้านครึ่งวันเพื่อพาน้องไปโรงพยาบาล ในการอยู่ร่วมกันภายในบ้านตัวผู้ป่วยเอดส์เองพยายามที่จะไม่ใช้ข้าวของเครื่องใช้ปนกันกับสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการรับประทานอาหารและการสัมผัสตัว ในตอนแรกตนเองก็เห็นด้วยเพราะคิดว่าเป็นเพื่อความสบายใจและไม่ต้องคอยระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา แต่หลังจากพูดคุยกับแพทย์พยาบาลก็คิดว่าการกระทำดังกล่าวนี้จะทำให้เขา รู้สึกเป็นส่วนเกินของครอบครัวและบั่นทอนกำลังใจ ปัจจุบันจึงบอกให้เขาทำตัวเหมือนเดิม ตนเองและสมาชิกในครอบครัวก็จะพยายามเช่นกัน

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะความเป็นพี่น้อง และไม่อยากให้น้องตกอยู่ในสภาพไร้ญาติขาดมิตร ในเบื้องต้นจึงพาน้องไปพบแพทย์และขอคำปรึกษาในการ

รักษาพยาบาล ทำให้ทราบว่าหากผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีไม่มีโรคแทรกซ้อนก็สามารถมีชีวิตรอยู่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป และไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด จึงทำให้รู้สึกคลายความกังวลใจลงบ้าง แต่ก็ยังไม่แน่ใจในตนเองว่าจะสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลได้มากน้อยแค่ไหนหากน้องมีอาการปรากฏชัดเจน

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นเนื่องจากไม่กล้าเปิดเผยกับสังคมภายนอก การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ได้รับส่วนใหญ่จึงมาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลซึ่งมีส่วนช่วยในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์

กรณีศึกษาที่ 10

“วิทยา” (นามสมมติ) ผู้ดูแลเป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสเป็นโสด และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะหลานชาย อายุ 21 ปี จบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 7,500 บาท มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 คน คือตนเอง น้องชาย และนำชายที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ เพิ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนำชายได้ 2 เดือน โดยไม่กล้าเปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและตนเองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เนื่องจากเพิ่งทราบผลการตรวจได้ไม่นานจึงยังไม่สามารถทำใจยอมรับได้ในเบื้องต้น และยังมีความรู้สึกสับสนและกดดันในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้จะบอกสมาชิกในครัวเรือนแต่ก็ไม่ได้เปิดเผยต่อสังคมรอบข้าง

ส่วนผลกระทบนั้นสำหรับตนเองมีความรู้สึกสงสารและเห็นใจ แต่ขณะเดียวกันก็รู้สึกกังวลและกลัวการติดเชื้อ แม้จะตอนนี้อาการของโรคเอดส์ยังไม่ปรากฏก็ตาม แต่ก็สามารถสร้างความหวาดระแวงและทัศนคติที่ไม่ดีในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้ ทำให้องุ่นไม่หลับและต้องไปปรึกษาแพทย์ สำหรับในส่วนของกิจกรรมทางสังคมก็ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมมากนัก และในเรื่องเศรษฐกิจยังไม่ค่อยเป็นปัญหาเพราะอาการของโรคยังไม่ปรากฏจึงยังไม่ได้รับการรักษาแบบเต็มรูปแบบ

สำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นเหตุผลที่ตัดสินใจดูแลเพราะความสงสาร และนำเป็นผู้มีพระคุณให้ที่พักอาศัยตั้งแต่เริ่มเรียนชั้นมัธยมจนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพและปัจจุบันตนเองก็ยังพักอาศัยกับนำ ประกอบกับนำไม่มีภรรยาและลูก เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่มีใครดูแลนอกจากตนเอง ตอนนี้นำอาการปกติแทบจะดูไม่ออกกว่าเป็นเอดส์แต่จะมีอารมณ์แปรปรวน ซึ่งบางครั้งตนเองก็รู้สึกเบื่อหน่ายและยังไม่รู้วิธีในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลซึ่งมีส่วนช่วยในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์

จากข้อมูลของผู้ดูแลทั้งหมดสรุปได้ดังนี้

ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง (7 ราย) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยา (3 ราย) ในฐานะมารดา (2 ราย) ในฐานะลูกสาวและพี่สาว (อย่างละ 1 ราย) มีอายุโดยเฉลี่ย 41 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 20 ปี และมีอายุสูงสุด 57 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (4 ราย) และจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 2 ราย และมี 1 รายที่ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ห้างร้านและผู้ใช้แรงงานในโรงงาน (4 ราย) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (2 ราย) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (1 ราย) มีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาทและรายได้สูงสุด 10,900 บาท โดยผู้ดูแลเพศหญิงทั้ง 7 รายไม่เปิดเผยสถานภาพของตนกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

สำหรับผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (3 ราย) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์เป็นลูกชาย พี่ชายและหลานชาย (อย่างละ 1 ราย) มีอายุโดยเฉลี่ย 34 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 21 ปี และมีอายุสูงสุด 52 ปี จบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 2 ราย และจบประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 1 ราย ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท (2 ราย) และประกอบอาชีพส่วนตัว 1 ราย มีรายได้ต่ำสุด 7,500 บาทและรายได้สูงสุด 25,000 บาท และทั้ง 3 รายไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

5.2 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ผู้วิจัยได้พบปะพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลทั้ง 100 ราย แต่บางรายประมาณร้อยละ 30 จำต้องขออนัดสัมภาษณ์ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังได้พบปะกับทั้งผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลทุกเดือน เมื่อถึงกำหนดวันมารับยาที่โรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ฉะนั้นจึงเกิดความเข้าใจต่อกระบวนการ (Process) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถแบ่งได้ 3 ระยะในเชิงวิชาการ แม้ว่าในความเป็นจริงอาจมีการทับซ้อนกันบ้าง ขั้นตอนดังกล่าวคือ

ระยะที่ 1 ระยะการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

1.1 การรับรู้ของผู้ดูแล

1.2 วิธีการปรับตัวในระยะการรับรู้ที่จะควบคุมอารมณ์และความรู้สึก รวมถึง

แสวงหากำลังใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือ

ระยะที่ 2 ระยะการเรียนรู้ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

2.1 การเรียนรู้ของผู้ดูแล

2.2 วิธีการปรับตัวในระยะการเรียนรู้ในเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วย, วิธีการดูแลตนเอง

และเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล

ระยะที่ 3 ระยะการยอมรับ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

3.1 การยอมรับของผู้ดูแล

3.2 วิธีการปรับตัวให้ดียิ่งขึ้นในระยะการยอมรับ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย, การดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล

ระยะที่ 1 ระยะการรับรู้

ระยะนี้เป็นเวลาที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีการปรับตัวเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นและดำรงชีวิตต่อไปได้ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่าผู้ดูแลจำนวน 2 รายที่เพิ่งทราบผลการตรวจเลือดได้ไม่นานนักและอยู่ในกระบวนการรับรู้และมีจำนวน 8 รายที่ผ่านกระบวนการนี้ไปแล้ว จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่ามีประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลในระยะนี้ 2 ประเด็น กล่าวคือ

1.1 การรับรู้ของผู้ดูแล

การรับรู้ของผู้ดูแลแต่ละคนย่อมแตกต่างกันตามเงื่อนไข ประสบการณ์และบริบทแวดล้อม เมื่อผู้ดูแลทราบว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลแต่ละรายจะมีความรู้สึกแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลทั้ง 10 รายอธิบายความรู้สึกของตนเองในระยะแรกว่า รู้สึกตกใจ ไม่คาดคิดว่าเรื่องเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับตนและครอบครัว นอกจากนี้ยังยอมรับไม่ได้ในเบื้องต้น บางรายเกิดความวิตกกังวล บางรายก็รู้สึกโกรธเคือง ผิดหวังและเศร้าโศกเสียใจ เกิดอาการช็อก สับสน พุดจาไม่รู้เรื่อง ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจเป็นความรู้สึกที่หลากหลายหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ทั้งนี้ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมากในเรื่องของครอบครัว โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีภาระรับผิดชอบในครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัว ผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยาจะรู้สึกวิตกกังวลในขณะเดียวกันก็รู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยด้วยเช่นกัน หรือกรณีผู้ดูแลที่เป็นมารดาจะรู้สึกวิตกกังวล ผิดหวังและเสียใจมากที่สุด แต่ขณะเดียวกันก็รู้สึกสงสารและเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร ส่วนผู้ดูแลเพศชายจะเกิดความวิตกกังวลในเรื่องสังคมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ไม่เคยคิดเลยว่าจะเกิดเหตุการณ์แบบนี้ คิดมาตลอดว่าครอบครัวเราเป็นครอบครัวที่อบอุ่นอยู่กันอย่างมีความสุข เค้าเองก็เป็นคนขยันทำมาหากิน แต่ทำไมจึงเป็นแบบนี้ ผิดหวังจริงๆ แล้วลูกจะเป็นยังไง ทำอะไรทำไมไม่คิดถึงคนข้างหลังบ้าง มันไม่ได้เดือดร้อนแค่เค้าคนเดียวแต่มันเดือดร้อนทั้งครอบครัว” (กษมา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ทั้งเสียใจและสงสาร เค้าเป็นคนรักลูกรักเมียนะ แต่ตั้งแต่กลับจากทำงานที่ต่างจังหวัดก็เห็นซีมีๆ ไม่ค่อยพูดค่อยจา แม่ถามอะไรก็ไม่ค่อยตอบ จนวันนั้นเค้าเข้ามาบอกว่าเค้าติดเอดส์ เท่านั้นแหละแม่แทบเป็นลม ทั้งตกใจทั้งเสียใจ พอเมื่อยู๊ก็ทะเลาะกันใหญ่ สุดท้ายก็แยกกัน” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

นอกจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลแล้ว ยังมีอีกหลายสาเหตุที่สืบเนื่องจากโรคเอดส์ เช่น กลัวการไม่ยอมรับและถูกรังเกียจจากสังคม กลัวถูกไล่ออกจากงาน จะเห็นได้จากข้อค้นพบที่ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว นอกจากนี้ความกังวลในเรื่องเศรษฐกิจก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากผู้ดูแลทราบว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับผู้ป่วย จะเห็นได้จากข้อค้นพบที่ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนัก ดังนั้นจึงอาจเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย ซึ่งความหวาดกลัวและวิตกกังวลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ทุกวันนี้จะขึ้นรถลงเรือก็มีแต่คนรังเกียจ เพราะแถวบ้านๆ เค้าก็ล้อกันว่าป่าดูแลเค้าป่าก็ต้องติดเชื้อเอดส์ไปด้วย แต่มันก็จำเป็นเพราะต้องพาเค้าไปโรงพยาบาล ขนาดจะนั่งซื้อนมเอาเตอร์ไรต์รับจ้างเค้ายังไม่ให้บ้านเลย ป่าก็ต้องเดินไปเอง” (นัตดา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ไม่เอายากบอกใคร เพราะกลัวว่าสังคมจะไม่ยอมรับ อีกอย่างพี่เค้าเป็นคนอหยาอัยดี ชอบช่วยเหลือคนในชุมชนจึงเป็นที่รู้จักและนับถือพอสมควร หากบอกไปคนอื่นๆ คงหมดศรัทธาและไม่เคารพนับถือเค้าเหมือนเดิม” (กัลยา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

1.2 วิธีการปรับตัวในระยะเวลาการรับรู้

ผู้ดูแลแต่ละรายจะมีวิธีการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ แตกต่างกันไป แบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็น กล่าวคือ

1.2.1 ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก

เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะระงับความรู้สึกวิตกกังวลต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นอกจากความรู้สึกกังวลใจที่มีต่ออาการของผู้ป่วยแล้วนั้น ความรู้สึกสับสนและกังวลใจต่ออนาคตของครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะมีความสับสนและกังวลใจมากที่สุด เพราะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ต้องดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ผู้ดูแลบางรายจึงพยายามหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงอาการต่างๆ ของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และพยายามปลอบใจตนเองเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น บางรายก็หากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อจะได้ไม่รู้สึกวิตกกังวลมากนัก ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ก็ตกใจอยู่เหมือนกัน แต่เค้าก็คือแม่ของเรา เค้าเลี้ยงดูเรามาตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเค้าจะเป็นยังไงก็ตามเราก็ต้องดูแล เป็นห่วงอยู่อย่างเดียวกแล้วเค้าจะอยู่กับเราได้ไม่นาน ทุกวันนี้ก็พยายามดูแลอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเราทำได้” (วศิน) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

“ก็พอจะรู้ว่าโรคเอดส์ไม่ได้ติดต่อกันได้ง่ายๆ นอกจากมีเพศสัมพันธ์หรือได้รับเลือดที่มีเชื้อเอดส์ เลยไม่คิดว่ามันจะเกิดขึ้นกับครอบครัวเรา แม่เค้าติดเอดส์เพราะไปผ่าตัดแล้วติดเชื้อจากการรับเลือดซึ่งมันมีโอกาสเป็นไปได้ยากมากแต่มันก็เป็นไปแล้ว มันไม่ใช่ความผิดของแม่ ตอนไปโรงพยาบาลก็ยังไม่รู้เลยว่าแม่เป็นเอดส์เพราะอยู่กันมาตั้งหลายปีเค้าก็ดูแข็งแรงดี แล้วจู่ๆ หมอก็บอกว่าเป็นแม่เป็นเอดส์ระยะสุดท้าย ตกใจมากไม่รู้จะทำยังไง หมอยังบอกให้หนูทำใจว่าถ้าเป็นถึงขั้นนี้แล้วโอกาสรอดมีน้อย แต่หนูก็ไม่หมดหวังนะ” (ปรีญา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

1.2.2 แสวงหากำลังใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือ

เมื่อเกิดปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจผู้ดูแลจะคิดถึงคนในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบิดา-มารดา และญาติพี่น้อง โดยผู้ดูแลทุกรายต้องการที่จะระบายความรู้สึกอัดอั้น ความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ เนื่องจากไม่คาดคิดมาก่อนว่าคนในครอบครัวจะเป็นโรคเอดส์ จึงต้องแสวงหาคนที่เข้าใจ เห็นใจ และให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ซึ่งคนในครอบครัวจะมีความผูกพันใกล้ชิดกันและเห็นอกเห็นใจกันมากที่สุด นอกจากคนในครอบครัวแล้วผู้ดูแลบางรายที่ไม่สามารถบอกกล่าวกับคนในครอบครัวได้ อาจเพราะความอับอายหรือกลัวญาติพี่น้องจะรับไม่ได้ก็จะไปปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งสามารถให้คำแนะนำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ดูแลได้เช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้ในการใช้แหล่งสนับสนุนทั้ง 2 ทางสามารถใช้กลับไปกลับมาได้ ขึ้นอยู่กับความสบายใจและข้อจำกัดต่างๆ ของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามแหล่งสนับสนุนทั้ง 2 ทางทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล รู้สึกอุ่นใจและรับรู้ว่ามีบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ตอนแรกทีผู้สามีมีอาการค่อนข้างหนักต้องเข้าโรงพยาบาล เราเองยังไม่ทันเตรียมใจ ที่บ้านก็ยังไม่มีการรู้ ไม่กล้าบอกใคร แต่ต้องคุยกับหมอเพราะเราไม่รู้จะปรึกษาใคร หมอก็บอกว่าโรคนี้ถ้าคนไข้ดูแลตัวเองดีๆ กินยาให้ตรงเวลา รักษาร่างกายให้แข็งแรงภูมิคุ้มกันมันเพิ่มขึ้นก็จะช่วยยืดอายุต่อไปได้” (กัลยา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“แม่คงไม่กล้าบอกใคร ก็บอกแต่กับลูกสาวอีกคน เพราะแม่ไปโรงพยาบาลคนเดียวไม่ไหว เวลาพาลูกชายไปหาหมอมันลำบากต้องให้ลูกสาวไปด้วย ก็ยังโชคดีที่ลูกสาวไม่ได้รังเกียจพี่ชาย เขาก็ต้องทำงานของเขาแต่ก่อนไปก็จะหุงข้าวทำกับข้าวไว้เรียบร้อยแล้วก่อนไปทำงาน แม่ก็ไม่ต้องเหนื่อยมากนัก ส่วนญาติพี่น้องคนอื่นๆ แม่ก็ไม่กล้าบอกกลัวเขาจะรังเกียจแล้วเอาไปพูดต่อ ตอนนี้อยู่กันแค่สามคนแม่ลูก” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

ในขณะนี้ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด หากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าใจดังกล่าวก็จะนำไปสู่ความเครียดและส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย ทำให้ผู้ดูแลบางรายนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้จะเริ่มผ่อนคลายหากผู้ดูแลสามารถหาวิธีการต่างๆ มาช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการเรียนรู้

ระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดีเพื่อรักษาเสถียรภาพของครอบครัวให้สามารถดำเนินหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวต่อไปตามปกติ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่าผู้ดูแลจำนวน 8 รายที่ผ่านการปรับตัวในระยะการรับรู้มาแล้ว และจากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่ามีประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลในระยะนี้ 2 ประเด็น กล่าวคือ

2.1 การเรียนรู้ของผู้ดูแล

การเผชิญหน้ากับความจริงที่ว่าตนเองติดเชื้อเอดส์หรือตนเองต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นสิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจยังไม่พร้อมที่จะแก้ไขหรือเผชิญหน้ากับปัญหาที่จะตามมา เพราะนับเป็นบทบาทใหม่ในชีวิตของทั้งสองฝ่าย สำหรับผู้ป่วยนั้นก่อนที่จะติดเชื้อเอดส์บางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลัก บางรายก็เป็นโสดทำงานเพื่อสร้างอนาคตให้ตนเอง เมื่อตนเองต้องกลายเป็นคนป่วยด้วยโรคที่สังคมรังเกียจ ต้องปิดบังความจริงไม่ให้ใครรู้หรือในรายที่อาการรุนแรงก็ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมแม้แต่กิจวัตรประจำวันส่วนตัวก็ต้องมีคนคอยดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การยอมรับความจริงและเผชิญหน้ากับปัญหาที่จะตามมาจึงเป็นเรื่อง

ที่ทำให้ใจได้ยากและต้องใช้เวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลยิ่งต้องมีความอดทนอดกลั้นต่อความกดดันและบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ต้องแบกรับแทนผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายต้องกลายเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนที่สามีขณะเดียวกันก็ต้องทำงานบ้านจัดการงานต่างๆ ในครอบครัว บางรายเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ควรจะได้พักผ่อนพักใจและพึงพาอาศัยลูกหลานหลังจากที่ทำงานมาตลอดชีวิตแต่ก็ต้องมาคอยดูแลลูกหลานที่ป่วยถือเป็นภาระที่หนักสำหรับคนในวัยนี้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“บางครั้งก็เหนื่อยเหมือนกัน ไม่ค่อยได้พักผ่อน ต้องทำงานทั้งนอกบ้านในบ้าน กลับมาก็รีบหุงข้าวทำกับข้าวอีก ยิ่งถ้าตอนที่เขาเป็นหนักๆ ไม่ได้พักเลยทั้งเหนื่อยกายเหนื่อยใจ ตอนนั้นลำบากมาก เงินก็ไม่มี ไม่รู้จะไปพึ่งใคร ลูกก็ถามว่าพ่อเป็นอะไรต้องโกหกลูกว่าพ่อไม่สบายไม่กล้าบอกลูกว่าเป็นเอดส์ กลัวลูกรับไม่ได้ แต่ถ้าเขาโตขึ้นกว่านี้คงจะโกหกเขาไม่ได้แล้ว ก็คิดอยู่เหมือนกันว่าถ้าวันหนึ่งลูกรู้ความจริงเขาจะรับได้มั้ย ขนาดเราเองยังทำใจไม่ค่อยได้เลย” (กานดา) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

“พอเห็นเขาไม่สบายแล้วรู้สึกว่ามันทรมานมากๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องคอยป้อนน้ำป้อนข้าวป้อนยา เวลาอาบน้ำเราก็ต้องคอยเช็ดตัวให้ จากคนตัวโตๆ แข็งแรง พอป่วยขึ้นมาน้ำหนักลดลงไปมาก กินอะไรไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนละคน เขาเป็นหนักจนตอนนี้ตาเริ่มมองไม่เห็น จะลุกเดินไปไหนก็ไม่สะดวก แม่ต้องคอยดูแลเขาใกล้ๆ กลัวเขาหกล้ม” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

2.2 วิธีการปรับตัวในระยะเวลาการเรียนรู้

แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น กล่าวคือ

2.2.1 เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย

เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเรื่อยๆ ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มป่วย ผู้ดูแลบางรายที่ไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ก็ต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจกับลักษณะอาการของโรคและวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลเมื่อเกิดอาการต่างๆ กับผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลทุกรายเรียนรู้ว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจมากที่สุด เพราะผู้ป่วยต้องรวบรวมความกล้าอย่างมากที่จะเปิดเผยต่อผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยเองทราบดีว่าเมื่อตนติดเชื้อเอดส์ตนเองต้องพบกับความสูญเสียมากมาย และโรคเอดส์ก็ยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจและไม่มีทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ จึงเกิดความทุกข์ทรมานใจไม่กล้าที่จะเปิดเผยแม้กระทั่งคนในครอบครัว เพราะหากเปิดเผยแล้วครอบครัวอาจรังเกียจหรือเป็นสาเหตุให้ชีวิตสมรสต้องสิ้นสุดลง ดังนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

มากที่สุดคือกำลังใจจากคนในครอบครัว ผู้ดูแลจึงเรียนรู้ที่จะปรับตัวโดยการแสดงออกถึงความเข้าใจ เห็นใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย พุดคุยและทำกิจกรรมต่างๆ เหมือนเดิม เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน ดูทีวีด้วยกัน ไปทำบุญตักบาตรที่วัดด้วยกัน เมื่อผู้ป่วยไม่สบายก็จะคอยดูแลอย่างใกล้ชิด พาไปหาหมอที่โรงพยาบาล คอยเตือนให้รับประทานยาให้ตรงตามเวลาและให้ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เช่น ไม่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดต่างๆ ไม่ไปรับเชื้อเพิ่มขึ้นอีกหรือไปแพร่เชื้อโรคแก่ผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งและยังมีคนคอยช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถดูแลตนเองได้ มีวินัยในการรับประทานยา ร่างกายมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ตอนแรกๆ ก็ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องโรคนี้เท่าไรแต่พ่อแม่เป็นเราก็เริ่มศึกษาทำความเข้าใจมากขึ้น ส่วนใหญ่จะหาอ่านเอง ดูตามเว็บไซต์บ้าง อ่านหนังสือคู่มือที่เขาแจกบ้าง ก็พอมีความรู้ ก็ไม่ได้รู้สึกกลัว เวลาอยู่กับแม่ก็ทำตัวเหมือนเดิมยัง กินข้าวด้วยกัน ใช้ห้องน้ำเดียวกัน กันเหมือนเดิม เราทำทุกอย่างให้เหมือนเดิม แม่ก็ไม่จะไม่เครียด เราเองก็ไม่เครียดด้วย” (วศิน) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

“ก็คอยให้กำลังใจแม่ตลอด เวลามีปัญหาอะไรก็จะรับฟังและค่อยๆ หาวิธีแก้ไขไปที่ละจุด คอยให้กำลังใจแม่อยู่เรื่อยๆ” (ปรีญา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

2.2.2 เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง

การได้ตระหนักถึงความจริงว่าคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกดดันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะเวลาการรับรู้ต่อเนื่องมาจนถึงระยะนี้ เพราะผู้ดูแลต้องปรับบทบาทของตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดีและรับผลกระทบจากการดูแลน้อยที่สุด ผู้ดูแลทุกรายมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลและบทบาทหน้าที่ใหม่ในชีวิต เพราะต้องดูแลทั้งผู้ป่วย ดูแลสมาชิกในครอบครัวและที่สำคัญที่สุดคือดูแลตนเองทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะในเวลานี้ผู้ดูแลเป็นเหมือนความหวังของครอบครัวและของตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาการของโรคที่รุนแรง ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีคนคอยช่วยเหลือ ต้องแบกรับภาระหนักเพียงลำพังเป็นเวลานาน นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นคู่สามีภรรยาซึ่งหากมีเพศสัมพันธ์ก็ต้องมีการป้องกันตนเองมากขึ้นโดยการสวมถุงยางอนามัยหรือบางรายหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งในส่วนนี้ผู้ป่วยเองก็เต็มใจเพราะกลัวคู่สมรสจะติดเชื้อตามไปด้วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทราบดีว่าหาก

ตนเองไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่จะส่งผลเสียทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลทุกรายจึงพยายามเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลจากการศึกษาด้วยตนเองและจากการแสวงหาข้อมูลต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ พยายามทำความเข้าใจกับอาการของโรคเอดส์และวิธีการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“มันก็เป็นธรรมดาที่จะรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้บ้างบางเวลา แต่เขาก็คือลูก คนเรามันก็ผิดพลาดกันได้ แคนี่เขาก็รู้สึกแย่มากพอแล้ว เขาเคยบอกกับแม่ว่าอยากตายไปให้พ้นๆ จะได้ไม่ต้องเป็นภาระแม่ แม่ฟังแล้วน้ำตาจะไหล ไม่อยากให้เขาคิดมาก ก็คิดมาตลอดว่าแม่จะต้องอดทน ถ้าไม่มีแม่แล้วเขาจะอยู่อย่างไร” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“ตอนแรกก็กลัวอยู่เหมือนกัน กลัวจะติดโรคไปด้วย เคื่อก็บอกให้เราไปตรวจที่โรงพยาบาล ก็ทำใจอยู่นานกว่าจะตัดสินใจไปตรวจ ผลออกมาเราไม่ติดเอดส์ ก็เลยคิดว่าอย่างน้อยไซค์ยังดีที่เราไม่ติดเอดส์ไปด้วยไม่อย่างนั้นครอบครัวคงลำบากกว่านี้ ลูกๆ ก็ยังเรียน ตอนนี้อยู่คิดว่าชีวิตเราคงไม่มีอะไรจะแย่ไปกว่านี้อีกแล้ว เราก็ต้องรับภาระทั้งหมด ก็ต้องทำใจ คิดถึงแต่ลูกอยู่ได้ก็เพราะลูก ทำให้มีกำลังใจมากขึ้น” (กานดา) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

2.2.3 เรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล

เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะต้องมีการปรับการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองต่อความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (7 จาก 10 ราย) ที่ถูกสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอยู่ในวัยทำงาน ต้องเผชิญกับปัญหาและภาระหน้าที่มากมายทั้งชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวัน บางรายต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้นำครอบครัว ต้องทำงานหารายได้เพิ่มเติมเพื่อจุนเจือครอบครัว เช่น บางรายออกไปรับจ้างล้างจาน บางรายที่มีฝีมือเย็บปักถักร้อยก็จะรับงานฝีมือมาทำที่บ้านเพื่อจะได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งต้องจัดการเรื่องต่างๆ ในครอบครัว เช่น ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าใช้จ่ายในบ้าน การดูแลสมาชิกในครอบครัว สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น สำหรับผู้ดูแลบางรายแม้จะมีหน้าที่การงานที่มั่นคงแต่อย่างไรก็ตามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก็ส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นกัน ทั้งนี้เพราะในแต่ละเดือนผู้ป่วยต้องไปรับยาต้านไวรัสเอดส์และบางรายที่มีอาการหนักต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ผู้ดูแลบางคนต้องลางานมาเพื่อพาผู้ป่วย

ไปรับยาที่โรงพยาบาล บางรายที่ผู้ป่วยอาการหนักมาก ๆ ผู้ดูแลต้องลาออกจางานเพื่อคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ตอนนี้ข้าก็ยังทำงานอยู่นะ ทำงานไปกลับคืนตั้งแต่ตี 4 กว่าจะไปถึงที่ทำงานก็เจ็ดโมงเช้าเริ่มงานตั้งแต่แปดโมงเลิกงานก็เย็นกว่าจะกลับถึงบ้านก็มีมืดแล้ว กลับมาก็ต้องคอยดูแลเขาเพราะบางครั้งเขาลืมกินยา หลงๆลืมๆ ข้างปลาก็ไม่กิน นอนซึ่มอยู่กับบ้านอย่างเดียว แล้วจะไม่ห่วงได้ยังไง ทำงานไปก็ห่วงไป บางครั้งกว่าจะได้นอนก็สี่ห้าทุ่ม” (นัดดา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“วันนี้พี่ก็กลางมาครึ่งวันเดี๋ยวต้องรีบกลับไปทำงานต่อ ก็ต้องทำอย่างนี้ทุกเดือนเดือนละครั้ง เพราะเราไม่ได้บอกใคร ก็กลัวมีผลกับงานเหมือนกันเพราะช่วงที่เขาไม่สบายหนักพี่กลางบ่อยมากวิ่งเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยๆ แต่จะทำยังไงได้ไม่ทำก็ไม่ได้ส่งสารเขาเพราะนอกจากเราก็ก็นี่ไม่มีใครรู้เรื่องนี้เลย” (ปราณี) สัมภาษณ์เมื่อ 17 มกราคม 2550

อย่างไรก็ตามทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างก็ต้องเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อให้สามารถประคับประคองครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้ ในระยะนี้กระบวนการปรับตัวในด้านต่างๆ จะดำเนินไปพร้อมกัน โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นฝ่ายที่ปรับตัว ปรึบใจ และเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากที่ไม่เคยมีความรู้และไม่มีประสบการณ์ก็เริ่มที่จะเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วย คอยสังเกตอาการและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนเริ่มมีประสบการณ์และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติสุข

ระยะที่ 3 ระยะการยอมรับ

ในระยะนี้เป็นช่วงเวลาของผู้ดูแลผ่านกระบวนการรับรู้ กระบวนการเรียนรู้มาแล้ว มีผู้ดูแลที่ถูกสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 5 ราย ที่ผ่านกระบวนการปรับตัวในระยะการเรียนรู้เข้าสู่ระยะการยอมรับ จนถึงปัจจุบัน จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่ามีประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลในระยะนี้ 2 ประเด็น กล่าวคือ

3.1 การยอมรับของผู้ดูแล

ในระยะนี้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นเพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถจัดการกับภาระหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ดูแลจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ แตกต่างไปจากระยะแรกๆ โดยเป็นการสั่งสมประสบการณ์

ตั้งแต่ระยะการรับรู้และเรียนรู้จนสามารถทำใจยอมรับกับสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตามความเป็นจริง และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ด้วยความเต็มใจ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในกระบวนการปรับตัว อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองโดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้เพราะตลอดระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ป่วยแสดงอาการ ผู้ดูแลทุกรายพยายามเรียนรู้และทำความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยและเรียนรู้วิธีการที่เหมาะสมในการดูแลมาโดยตลอด ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ตอนนี้ไม่กลัวอะไรเพราะเขาก็อยู่กับเรามาตั้งแต่หลายปีแล้ว เราดูแลเขามาตั้งเกือบสิบปี เขาก็ยังแข็งแรงดี มีอยู่แค่ครั้งสองครั้งที่เป็นหนัก แต่หลังจากนั้นเขาก็พยายามดูแลตัวเองด้วย เลยไม่คิดมากอีกแล้ว” (กัลยา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“ก็ดูแลแม่มาตลอด จนตอนนี้อาการก็ดีขึ้น ขนาดตอนนั้นหมอบอกว่าให้ทำใจแล้วหนูก็ยังไม่ท้อเลย ก็คิดมาตลอดว่าถ้าวันนั้นหนูหมดกำลังใจตอนนี้ก็คงไม่ได้เห็นหน้าแม่อีกแล้ว” (ปรีญา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

3.2 วิธีการปรับตัวในระยะการยอมรับ

แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น กล่าวคือ

3.2.1 ปรับวิธีการดูแลผู้ป่วย

เมื่อผู้ดูแลสามารถปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับได้แล้ว ผู้ดูแลจะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่ให้ยาวนานที่สุด โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาและแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมในการรักษาพยาบาลทั้งจากเอกสาร วารสาร หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นสำหรับผู้ป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่พาผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสเอชไอวี สำหรับทางเลือกในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลใช้วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น ยาหม้อ ยาสมุนไพรลูกกลอนต่าง ๆ ตลอดจนใช้วิธีการทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ในเบื้องต้นผู้ดูแลก็จะชื้อยามารับประทานเองตามอาการและเอาใจใส่คอยสังเกตอาการเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด แต่หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยกำเริบมากก็จะรีบนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ทำการตรวจรักษาต่อไป ในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถสังเกต

ความเปลี่ยนแปลงและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ว่าจะมีอาการอย่างไร และสามารถประเมินอาการในเบื้องต้นได้ว่าควรต้องดูแลหรือพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีการใด ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ก็พยายามทุกวิถีทางพาแม่ไปรักษาทั้งหมดแผนปัจจุบันทั้งไสยศาสตร์ ที่ไหนว่าดีว่ารักษาแล้วหายก็ไปมาหมดแล้ว ไปวัดไหนก็จะขอพรให้แม่หายป่วย จนแม่อาการดีขึ้นหนักก็ดีใจ ตอนนี้นำกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิมแล้วแต่ก็ต้องดูแลอย่างดี ต้องกินยาสม่ำเสมอและตรงเวลา” (ปรีญา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

“ถ้าเขาไม่เป็นอะไรมากเราก็พอจะดูแลเองได้ แต่ถ้าเขาเป็นหนัก บางครั้งอาเจียน ท้องเสียมากจนลุกไม่ไหว แม่ก็ต้องพาไปหาหมอ แต่ยังไงก็ต้องพาเขาไปรับยาต้านทุกเดือนอยู่แล้ว” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“เขาเองก็ไม่อยากเป็นภาระให้เราหรอก แต่ทำยังไงได้ เขาก็พยายามช่วยเหลือตัวเองนะ อย่างเวลากินยาตอนแรกเราต้องเตือนเขาบ่อยๆ แต่ตอนนี้ไม่ต้องเตือนแล้ว ถึงเวลาเขาก็ของเขาเองเพราะยาพวกนี้ผิดเวลาไม่ได้เลย ต้องกินให้ครบกินให้ตรงเวลา ไม่อย่างงั้นมันจะยิ่งแย่มากกว่าเดิม” (กัลยา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

3.2.2 ปรับวิธีการดูแลตนเอง

ผู้ดูแลสามารถหาวิธีในการเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเอง สามารถปรับตัวปรับใจให้ยอมรับสภาพการเป็นผู้ดูแล สร้างความหวังให้กับตนเองและผู้ป่วย มีกำลังใจในการดูแลรักษาสุขภาพกายสุขภาพใจของตนเอง โดยการปรับวิธีคิด ปรับเปลี่ยนเป้าหมายในชีวิต และอาศัยหลักธรรมคำสอนเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความเห็นตรงกันว่าต้องทำใจยอมรับให้ได้ บางรายก็บอกกับตนเองว่าโรคเอดส์ก็เป็นแค่โรคธรรมดาโรคหนึ่งถึงจะไม่ใช่โรคเอดส์ก็สามารถเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ได้อีกมากมาย เช่น มะเร็ง หรืออาจเจ็บป่วยพิการจากอุบัติเหตุอื่นๆ ก็เป็นได้ บางรายก็คิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองและผู้ป่วย บางรายก็มีความหวังว่าในอนาคตอาจมีการค้นพบยาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ เมื่อคิดอย่างนี้แล้วจึงทำให้สบายใจ และรู้สึกปลื้มใจ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ดูแลสามารถผ่านกระบวนการปรับตัวในระยะเวลาต่างๆ มาถึงปัจจุบันผู้ดูแลจะมีทัศนคติทางบวกมากกว่าในระยะแรกๆ ซึ่งการมีทัศนคติทางบวกเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การเผชิญกับความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย ผู้ดูแลจึงเรียนรู้ที่จะ

ดูแลตนเองด้วยการไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลและขอคำแนะนำจากแพทย์ในการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้รู้สึกสบายใจและมีสุขภาพกายที่แข็งแรงสามารถดูแลและเป็นที่พักแก่ผู้ป่วยต่อไปได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“ถึงเขาไม่เป็นเอดส์ แต่ปัจจุบันโรคร้ายแรงกว่าเอดส์ก็มีเยอะแยะไป บางคนเป็นมะเร็งอยู่ได้ไม่นานก็ตาย บางคนหัวใจวายตายไม่รู้ตัวก็มี ที่ตายหรือพิการจากอุบัติเหตุก็มีให้เห็นกันเยอะแยะ แต่โรคนี้เขาเป็นเขาก็รู้ตัว ยิ่งทำให้รักตัวเองมากขึ้นแล้วก็ไม่ประมาท” (ปราณี) สัมภาษณ์เมื่อ 17 มกราคม 2550

“ยังไงเขาก็ลูกเรา หัวอกคนเป็นพ่อเป็นแม่เวลาเห็นลูกทุกข์ทรมาน พ่อแม่เจ็บปวดยิ่งกว่าเขาหลายร้อยเท่า ต่อให้ลูกทำผิดสักกี่ครั้งพ่อแม่ก็ให้อภัยได้เสมอ ตอนนี่แม่ก็ไม่ได้หวังอะไรมากมายขอแค่ให้เขามีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปแม่ก็ดีใจแล้ว” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“ก็ต้องไม่ปล่อยให้ตัวเองเครียด เราคิดว่าเราเครียดเราทุกข์มานานพอแล้วมันก็ไม่ได้ช่วยให้อะไร? มันดีขึ้น ยิ่งถ้าเราเครียดเราทุกข์ ต้องเข้าโรงพยาบาลไปอีกคน โอ๊ย แม่ ใครจะมาคอยดูแลเราละ เราก็ต้องอดทนต้องดูแลตัวเองด้วย ไม่อยากเจ็บไม่อยากไข้เลย เดี่ยวเป็นอะไรไปอีกคนจะลำบากกันหมด” (กานดา) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

3.2.3 ปรับวิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถปรับแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงสามารถวางแผนการในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตได้ มีความรู้สึกเข้าใจและเต็มใจที่จะปรับตัวเข้ากับผู้ป่วยเพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลมากที่สุด และสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ดูแลทุกรายต้องปรับวิธีการใช้จ่ายเงินของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ในรายที่มีรายได้ประจำก็จะเก็บออมเงินไว้ส่วนหนึ่งทุกๆ เดือนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงและประหยัดมากขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ประจำก็จะทำงานหารายได้เพิ่มเติมและเข้าร่วมกลุ่มฝึกอาชีพกับทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ในจำนวนนี้มีผู้ดูแลที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาจึงต้องเรียนไปทำงานไปเพราะไม่อยากเป็นภาระของมารดาในเรื่องค่าเล่าเรียน นอกจากนี้ผู้ดูแลบางส่วนได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

ในรูปแบบของเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ป่วยและมีเงินทุนเป็นค่าเล่าเรียนบางส่วนสำหรับบุตรของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ ถึงแม้ผู้ดูแลจะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงแต่อย่างน้อยก็สามารถแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้บ้าง สำหรับขั้นตอนของการขอความช่วยเหลือนั้น ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ยืนยันจึงจะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งในเบื้องต้นผู้ดูแลทุกรายยังไม่ทราบขั้นตอนและไม่เข้าใจในกฎระเบียบต่างๆ จนเมื่อผู้ดูแลได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นจึงตัดสินใจที่จะขอรับความช่วยเหลือดังกล่าว ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

“จะใช้จ่ายอะไรก็ต้องคิด เพราะเรามีภาระเพิ่มขึ้น ถึงเขาจะทำงานได้เหมือนเดิมแต่รายได้ไม่ได้เยอะมาก ไหนจะค่าใช้จ่ายในบ้านอีกเราก็ต้องยังต้องกินต้องใช้อยู่ทุกวัน อยู่เฉยๆ มันก็ไม่มีรายได้อะไร ลูกก็ยังเรียนหนังสือ ตอนแรกก็อยู่กับบ้านเป็นแม่บ้าน แต่ตั้งแต่เขาเริ่มป่วยเราก็คิดว่ามันไม่มีอะไรแน่นอนต้องคิดเผื่ออนาคตถ้าเขาเป็นอะไรไปเรากับลูกจะอยู่ยังไง ก็เลยหางานทำด้วย” (กานดา) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

“ตอนแรกๆก็ยังไม่ค่อยรู้เรื่องหรอก แต่พอไปที่โรงพยาบาลเขาบอกว่าให้ไปแจ้งชื่อที่อำเภอ เพราะที่อำเภอเขามีเงินช่วยเหลือผู้ป่วยเดือนละ 500 บาท มันก็ไม่ใช่ว่ามากมาย แต่มันก็ยังดีกว่าไม่มี อย่างน้อยก็พอเป็นค่ารถค่าเรือพาเขาไปหาหมอก็นั่งดี” (นัตดา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ตอนนี้เรียนใกล้จบแล้ว ก็เริ่มทำงานไปด้วยตั้งแต่แม่ไม่สบาย ทำมาสองปีกว่าๆ แล้วแต่ก็หยุดทำงานไปช่วงหนึ่งเพราะตอนนั้นแม่อาการหนักมากต้องไปเฝ้าแม่ที่โรงพยาบาล พอแม่หายกลับบ้านได้ ก็กลับไปช่วยที่ร้าน พอดีหนูไปช่วยขายของที่ร้านญาติๆ ถ้าเสาร์อาทิตย์ก็ทำทั้งวัน แต่ช่วงวันธรรมดาจะมาช่วยตอนหลังเลิกเรียน ที่บ้านญาติๆ ก็รู้ว่าแม่เป็นอะไรแต่เขาไม่ได้รังเกียจ เขาสงสารเพราะรู้ว่าแม่ติดเอดส์ตอนผ่าตัดไม่ใช่ติดเอดส์เพราะอย่างอื่น” (ปริยา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

“ยังไม่อยากคิดเรื่องอื่น ตอนนี้อยู่กับแม่สองคนก็มีความสุขดี อีกอย่างเราไม่รู้ว่าเขาจะอยู่กับเราได้อีกนานแค่ไหน ก็อยากจะทำดีให้ดีที่สุด ทุกวันนี้ก็ไม่ค่อยได้ไปเที่ยวที่ไหน มีเพื่อนชวนไปเที่ยวบ้างเหมือนกัน แต่ไม่อยากจะไป ทำงานเสร็จเราก็รีบกลับบ้านเป็นห่วงแม่ เพราะเขาอยู่คนเดียว” (วศิน) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

โดยสรุป การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีประเด็นที่คล้ายคลึงกันทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลเอง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะภรรยาจะมีความกังวลกับอนาคตของตนเองและบุตร เนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิดและหวังที่จะเป็นที่พึ่งพิงในอนาคต (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540: 62) ซึ่งผู้ดูแลแต่ละคนก็มีวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและเหตุการณ์แตกต่างกันไปโดยใช้วิธีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก แสวงหากำลังใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือ เป็นการการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ หรือปัญหาอย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เพื่อที่จะได้แก้ไขได้ถูกจุด (นิภา นิธยานน, 2530: 72-75) ผู้ดูแลที่มีความคับข้องใจและเกิดความเครียดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ภาวะเครียดที่เกิดจากการรับรู้ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน หมั่นป้อนอาหาร เช็ดตัวและให้กำลังใจ แม้จะมีความหวังเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในระยะสุดท้ายของชีวิต และผู้ดูแลมีความสบายใจที่ได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (มนุญ ตนะวัฒนา, 2526: 132 อ้างถึงใน พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545: 24-25) นับเป็นการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กล่าวคือ การรับรู้ที่เกิดจากตนเอง และการรับรู้การกระทำของคนอื่น ๆ ที่มีต่อตน รวมทั้งรับรู้สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนรู้สึกสมดุ คือ สบายใจ ผ่อนคลาย โดยเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ Roy (1999 อ้างในปริญา สิริอัฐตะกุล, 2546: 22-25)

เมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการสนองตอบเพื่อสร้างความสมดุลเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญในการปรับตัว กล่าวคือ การเรียนรู้ เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ในชีวิตไปเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ จึงทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจกับลักษณะอาการของโรคและวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลเมื่อเกิดอาการต่างๆ กับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ที่จะจัดการกับความรู้สึกกดดันต่างๆ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลต่อไปได้ พร้อมกับการเรียนรู้การดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล เพื่อตอบสนองต่อความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ตลอดจนทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว นับเป็นการใช้การศึกษาเรียนรู้ ฝึกฝนตนเองเป็นกระบวนการที่ดำเนินการโดยใช้ความพยายามและความตั้งใจในระดับจิตสำนึก เรียนรู้วิธีการปรับตัวหรือกลไกการป้องกันตนเอง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540: 23-24) ทำให้มีประสบการณ์ในการแก้สถานการณ์หรือปัญหามากพอ (นิภา นิธยานน, 2530: 72-75)

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อกระบวนการปรับตัว คือ การยอมรับ เนื่องจาก การยอมรับกับสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตด้วยความเต็มใจ เพราะเมื่อผู้ดูแลสามารถปรับสภาพจิตใจให้

ยอมรับได้แล้ว ผู้ดูแลจะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และมีแนวคิดเชิงบวก (Positive Thinking) ซึ่งเป็นแนวคิดของพระธรรมปิฎกที่ให้เปลี่ยนมุมมองของเหตุการณ์นั้นๆ ด้านลบ มีความขัดแย้ง ความหดหู่ ท้อแท้ เป็นมุมมองเชิงบวก ให้ถือว่าวิกฤตินั้นเป็นโอกาสทำให้เกิดความมุมานะ เกิดความพากเพียรที่จะฟันฝ่าอุปสรรคแทนที่จะจมปลักหรือท้อแท้ตลอดไป (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2545: 163-164 อ้างถึงใน สุมนนมาลย์ พิพัฒน์นบวร, 2547: 31-32) และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างดีที่สุด สร้างความหวังให้กับตนเองและผู้ป่วยเอดส์ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยไม่ว่าเป็นการกดดันทางอารมณ์ (Suppression) เป็นกระบวนการที่รู้ตัว (Conscious Process) ที่ไม่ถือเอาเรื่องนั้นๆ มาก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อตนเอง เป็นการขจัดความเครียดออกจากตัวเองอย่างมีสติ และเป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Altruism / Concern for Others) ยอมรับความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้งในด้านความคิดเห็น เห็นข้อขัดแย้งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาแทนที่จะโกรธแค้น (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2545: 163-164 อ้างถึงใน สุมนนมาลย์ พิพัฒน์นบวร, 2547ก: 31-32)

อย่างไรก็ตามกระบวนการปรับตัวเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและซับซ้อนอาจมีการกลับไปกลับมาในแต่ละกระบวนการ เนื่องจากในระหว่างกระบวนการปรับตัวตั้งแต่ระยะการรับรู้ ระยะการเรียนรู้จนเข้าสู่ระยะการยอมรับนั้น ผู้ดูแลแต่ละรายอาจใช้ระยะเวลาแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ ทั้งนี้หากผู้ดูแลสามารถปรับสภาพจิตใจยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากสมาชิกในครอบครัว องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5.3 ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

จากการรวบรวมข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจำนวน 100 รายประกอบกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายกรณีจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวประสบปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวดังต่อไปนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย

สภาพปัญหาที่ผู้ดูแลประสบส่วนใหญ่เป็นเรื่องของปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากในเบื้องต้นที่ผู้ดูแลทราบว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอดส์ ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลอย่างมากและสะสมความเครียดเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลบางรายอยู่ในภาวะกินไม่ได้ นอนไม่หลับ ร่างกายขาดความสมดุลส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่มีผู้มาผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิด

ความอ่อนเพลียและเหน็ดเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ดูแลบางรายที่เป็นผู้สูงอายุด้วย สุขภาพกายไม่ค่อยแข็งแรงเป็นทุนเดิมอยู่แล้วเมื่อต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอลงและเจ็บป่วยบ่อยขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาการปรับตัวด้านร่างกายจะเกิดควบคู่กับ ปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ หากผู้ดูแลสามารถปรับตัว ปรับใจให้ยอมรับและเผชิญหน้ากับ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพกายเช่นเดียวกัน

“ตอนนั้นบ้าเครียดมาก กินไม่ได้นอนไม่หลับอยู่หลายวัน พอตอนไปทำงานที่โรงงานทำป๊อป มัน รู้สึกเพลียๆ แผลอหับในโดนเครื่องใบมีดที่เครื่องจักรบาดนิ้ว เป็นอย่างนี้อยู่บ่อยเหมือนกัน ก็ อย่างที่เห็นมีแต่รอยเย็บเต็มไปหมด” (นัดดา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ก็กลัวมันนะ แม่เองก็ไม่ค่อยแข็งแรงเท่าไร ก็โรคคนแก่ มือไม้ก็ไม่ค่อยมีแรง เดินเหินไม่ค่อย สะดวก กลัวก็แต่เราจะไปก่อนเขาแล้วไม่มีคนดูแล” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“จะเครียดมากเวลาที่เขาไม่ทำตามหรือไม่ฟังเวลาที่เราห้าม อย่างบางที่เขาชอบกินเหล้า เราบอกว่า มันไม่ดีเป็นโรคนี้ก็จะแย่อยู่อะไรจะเพิ่มโรคเข้าไปอีก” (กษมา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกในครั้งแรกคือ ตกใจ และความรู้สึกต่างๆ ก็จะตามมามากมาย เช่น ความกลัว ความคับข้องใจ ความอับอาย ความโกรธแค้น ความสับสน ความสงสัย ความผิดหวัง ความเสียใจ ความสงสัย ตลอดจนคำถามมากมายที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทั้งนี้ความรู้สึกและความคิดต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวลและกดดันกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่คาดคิดว่าจะเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นกับตนเองและสมาชิกใน ครอบครัว จึงไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจและยังไม่รู้วิธีการที่จะจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็น สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่อาจทำใจยอมรับความจริงและเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยความเต็มใจ ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวด้านจิตใจและทำให้การปรับตัวในด้านอื่นๆ เป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

“ก็กลัวติดเชื้อด้วยเหมือนกัน ไม่กล้าไปตรวจกลัวผลออกมาแล้วเรารับไม่ได้ ก็ตัดสินใจอยู่นาน กลุ้มใจ คิดแล้วคิดอีกจนทนไม่ไหว นอนไม่หลับทั้งคืน เลยตัดสินใจ ไปตรวจเช้าวันนั้นเลย” (กษมา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ไม่คิด ไม่คิดมาก่อนเลยว่าเราจะเจอเรื่องแบบนี้ ไม่คิดว่าจะเป็นคนใกล้ตัว ตอนนั้นร้องไห้ อย่างเดียวเลย” (ปรีญา) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

“ทั้งโกรธทั้งเสียใจ สารพัดอย่าง ใครไม่เป็นอย่างผมไม่รู้หรือว่ารู้สึกยังไง แค่พูดถึงผมยังกลัวเลยมันติดตาเคยเห็นในทีวีบางคนตัวผอมแห้งเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก บางคนก็มีแผลเป็นตุ่มเป็นหนองทั่วตัว แต่ตอนนี้ผมต้องมาดูแลคนเป็นเอดส์ มันก็ไม่ใช่เรื่องง่ายนะ” (วาทีน) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

“บางทีก็น่าเบื่อเหมือนกันเพราะเวลาเขาหยุดหงิดอารมณ์ไม่ดีก็มาลงที่เรา” (วิทยา) สัมภาษณ์เมื่อ 10 มกราคม 2550

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นการยากที่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะทำใจยอมรับได้ในทันที ทั้งนี้เนื่องจากสังคมยังมองว่าการติดเชื้อเอดส์เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของแต่ละบุคคล และด้วยอาการที่ปรากฏของผู้ป่วยเอดส์ซึ่งสังคมได้รับรู้ผ่านสื่อต่างๆ นำเสนอในมุมมองของผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการรุนแรง สภาพร่างกายอ่อนแอ มีอาการของโรคแทรกซ้อนต่างๆ และดูน่ากลัว สร้างทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนผู้ดูแลและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวอีกด้วย ถึงแม้จะมีการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์มาโดยตลอดแต่ก็ไม่อาจลบความรู้สึกกลัวและรังเกียจของคนในสังคมได้ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่กล้าที่จะเปิดเผยความจริงต่อสังคม เพราะความอับอายและอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนวิถีชีวิตประจำวัน การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่โดยไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลหลายรายไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ยากขึ้น

“ถ้าเป็นโรคทั่วๆ ไปก็ไม่เป็นไร แต่ตอนนี้โรคเอดส์นะ ไม่มีใครอยากคบค้าสมาคมกับคนเป็นเอดส์หรอก ตอนที่ผมมาโรงพยาบาลกับเขายังต้องหลบๆ ซ่อนๆ เลย โรงพยาบาลมันไม่ได้ใหญ่โตอะไร มีคนเข้าออกตั่งเยอะตั่งแยะ ถ้ามีคนรู้จักแถวบ้านมาเห็นกลัวเขาจะสงสัย เพราะเขาจะรู้ว่าชั้นนี้ โชนี่ถ้ามีคนมากันเยอะแล้วใช่เลยติดเอดส์ทั้งนั้น” (วาทีน) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

“ทำตัวลำบากเหมือนกันเวลาเพื่อนบ้านเขาพูดถึงพวกโรคเอดส์ในด้านไม่ดี แม่ก็ทุกครั้ง เพราะสังคมไม่เคยยอมรับคนที่เป็นโรคนี้” (นัยนา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“ก็คงต้องปิดเป็นความลับต่อไป เพราะถ้าคนอื่นรู้แล้วเห็นสภาพไม่ดีก็คงจะวิจารณ์กันไปต่าง ๆ นานา” (กานดา) สัมภาษณ์เมื่อ 9 มกราคม 2550

“มันไม่มีประโยชน์หรอก เวลาพาแม่ไปหาหมออะ ถ้าไม่ใช่หมอไม่ใช่พยาบาลที่เขาทำหน้าที่เกี่ยวกับตรงนั้นเขาก็ไม่อยากจะหรอก ขนาดเขามีความรู้มากกว่าเรานะเขายังเป็นแบบนี้แล้วถ้าเป็นชาวบ้านคนอื่น ๆ เขาไม่รังเกียจเรายิ่งกว่านี้หรอก” (วศิน) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

4. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

สภาพปัญหาที่ผู้ดูแลประสบส่วนใหญ่เป็นเรื่องของปัญหาการเงินที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าเดินทางในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ค่าอาหาร ค่าเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้รายได้ของครัวเรือนลดลงแต่มีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้ดูแลจะพยายามทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามด้วยภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำและค่าครองชีพสูง ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำและยังขาดทักษะในการทำงานจึงไม่สามารถแข่งขันกับแรงงานที่มีความรู้ความสามารถคนอื่น ๆ ได้ ทำให้ไม่สามารถเลือกงานและต้องทำงานที่มีรายได้ค่อนข้างน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลบางรายต้องไปขอยืมเงินจากแหล่งทุนต่างๆ บางรายก็เป็นหนี้จนระบบทำให้ในแต่ละเดือนต้องเก็บเงินส่วนหนึ่งไว้สำหรับใช้หนี้และไม่เหลือเงินที่จะเก็บออม

“ก็อย่างที่บอก แม่ก็จะหกลีบแล้ว ที่โรงงานเขาคงไม่อยากจ้างคนแก่มาทำงานหรอกแต่ที่เขา ยังให้ทำอยู่ก็เพราะสงสาร แต่ร่างกายเราก็ไม่ค่อยไหว นี่ถ้าเขาให้ออกก็ไม่ว่าจะไปทำงานอะไร ลูกชายก็ทำอะไรไม่ได้ ยิ่งสภาพเขาตอนนี้เป็นตุ่มเป็นหนองไปทั้งตัว คงไม่มีใครจ้างให้ทำงานหรอก ไหนจะค่าน้ำค่าไฟ ค่าอยู่ค่ากิน ค่ายาการรักษาเขาก็คง สรรพทุกอย่าง ก็ไม่รู้จะทำยังไง เหมือนกัน” (นัดดา) สัมภาษณ์เมื่อ 31 มกราคม 2550

“ช่วงนี้ก็เริ่มมีปัญหาการทำงานเหมือนกัน ขาดงาน ไปทำงานสายเพราะต้องไปดูแลเค้า” (ปราณี) สัมภาษณ์เมื่อ 17 มกราคม 2550

“เขาก็ได้เงินช่วยเหลืออยู่ทุกเดือนแต่มันไม่พอหรอก ถึงจะไม่ต้องจ่ายค่ายาแพงๆ แต่เวลาไปหาหมอครั้งหนึ่งมันก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเหมือนกัน บ้านอยู่ไกลเหมือนกันต้องนั่งเรือมาแล้วก็มานั่งรถต่อไปอีก บางครั้งไม่พอก็ต้องไปขอยืมจากญาติๆ แต่ก็ไม่กล้าไปรบกวนเขาบ่อยๆ หรือเกรงใจเขา” (กัลยา) สัมภาษณ์เมื่อ 19 มกราคม 2550

“ช่วงนั้นนางานบ่อยมาก กลัวเจ้านายจะให้ออกอยู่เหมือนกัน แต่มันจำเป็น ที่จริงเราจะอยู่ทำโอทีต่อก็ได้แต่ก็นั่นแหละต้องรีบกลับมาดูเค้า ก็เท่ากับเราเสียโอกาสตรงนั้นไป” (วศิน) สัมภาษณ์เมื่อ 4 มกราคม 2550

โดยสรุป ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ค่อยประสบปัญหาในการปรับตัวด้านร่างกายมากนัก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ประกอบกับการปรับตัวด้านร่างกายเป็นกลไกที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเพื่อรักษาความสมดุล (Homeostasis) ของร่างกาย (สมนึก สกฤษสิโรสถ, 2540: 23-24)

ส่วนปัญหาที่ผู้ดูแลทุกรายต้องประสบในเบื้องต้น คือ ปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ดูแลไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ดังนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเกิดความกดดัน (Pressure) เป็นปัญหาการปรับตัวเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะการณ์ที่ผลัดหรือเรียกร้องหรือบังคับให้บุคคลจำต้องกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Rankin, 1994: 241-243) รวมทั้งความรู้สึกผิดหวังและกังวลใจกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และยังไม่รู้วิธีการจัดการกับปัญหาและบทบาทหน้าที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) เป็นปัญหาการปรับตัวที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการนั้นถูกขัดขวาง ทำให้บุคคลไม่สามารถไปสู่จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่ตนต้องการได้เป็นผล ทำให้บุคคลนั้นได้รับความหงุดหงิด กระทบกระชวยใจ กลุ้มใจ (Rankin, 1994a: 241-243) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจ (Conflict) เป็นปัญหาการปรับตัวเมื่อบุคคลมีความต้องการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้บุคคลนั้นเกิดความลำบากใจ หนักใจ อึดอัดใจ เมื่อต้องมีการตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อสภาวะการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ เช่น เหตุการณ์ด้านลบทั้งสองด้าน (Avoidance-avoidance conflict) ผู้ดูแลต้องการทำแผลให้ผู้ป่วยแต่มีความกลัวต่อภาพและกลิ่นของแผล และกลัวว่าจะทำให้แผลติดเชื้อถ้าหากทำไม่สะอาด (Rankin, 1994b: 241-243)

สำหรับปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัญหาการปรับตัวด้านสังคม เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยต่อสังคมเพราะกลัวจะได้รับผลกระทบทางลบต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความไม่เข้าใจและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ นับเป็น 'ตราบาปทางสังคม' ที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิบัติจากสังคมและคุกคามการดำเนินชีวิตของ

ผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังถูกรังเกียจจากสังคม ถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่ หมดกำลังใจ ก่อให้เกิดความเครียด จนไม่สามารถดำเนินบทบาทในสังคมได้ตามปกติ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; อะเคื้อ อุดมলেখกะและคณะ, 2537 อ้างในนงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540: 11-14 และคาราพรรณ อุทัย, 2545: 23-25)

ประการสุดท้ายนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คือ ปัญหาการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ เมื่อผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัวต้องลาออกจากงานหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้ครอบครัวประสบปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างหนัก ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวและเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้านรวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนั้นขณะเจ็บป่วยก็ต้องการผู้ดูแล ทำให้การทำงานต่างๆ ของครอบครัวถูกระงับเพราะต้องใช้เวลามาดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ปัญหาทางการเงินก็จะยิ่งรุนแรงขึ้น และถ้าผู้ป่วยเอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจก็ยิ่งรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; อะเคื้อ อุดมলেখกะและคณะ, 2537 อ้างในนงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540ก: 11-14 และคาราพรรณ อุทัย, 2545ก: 23-25)

จะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จะเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของกระบวนการปรับตัว โดยความรุนแรงของปัญหาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย ความพร้อมและบริบทแวดล้อมของแต่ละบุคคล และทุกปัญหาต่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ปัญหาหนึ่งอาจนำไปสู่อีกหลายปัญหา หากผู้ดูแลสามารถหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาได้และทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะสามารถมองเห็นหนทางที่จะแก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นอีก

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว พบว่ามีเงื่อนไขสำคัญบางประการที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล นั่นคือ อาการและความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่าหากผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว

2. แหล่งความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับ ส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาด้วยตนเอง โดยการรับเอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากโรงพยาบาล สถานีอนามัยและจากหน่วยงานที่มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเอดส์ ตลอดจนการติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อวิทยุและโทรทัศน์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและสถานอนามัยที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแล

3. ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (7 จาก 10 ราย) ไม่เปิดเผยให้บุคคลภายนอกรู้ และอีก 1 ราย ไม่เปิดเผยกับญาติพี่น้องคนอื่นๆ ในครอบครัวรวมถึงบุคคลภายนอกด้วยเช่นกัน ส่วนอีก 2 รายเปิดเผยกับบุคคลภายนอกโดยมี 1 รายที่ตั้งใจจะเปิดเผยและมี 1 รายที่ไม่ได้ตั้งใจจะเปิดเผยตามความจริงแต่บุคคลภายนอกรับรู้ (เพื่อนบ้านและคนในชุมชน) เพราะสงสัยและติดตามอาการจนทราบแน่ชัด จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยให้กับสังคมหรือแม้กระทั่งบุคคลในครอบครัวได้รับรู้เพราะกลัวผลกระทบที่ตามมาและมีความเห็นตรงกันว่าหากที่ไม่มีใครรู้จะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิมและมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

4. สำหรับผู้ดูแลที่เปิดเผยให้บุคคลภายนอกรู้ทั้งที่เต็มใจและไม่เต็มใจ พบว่า สังคมภายนอกยังไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร ยังคงมีท่าทีรังเกียจผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์จากการใกล้ชิดหรือสัมผัสเพราะมีความคิดว่าผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามท่าทีดังกล่าวจะลดความรุนแรงลงหากบุคคลภายนอกเห็นว่าผู้ดูแลไม่ได้แสดงอาการของโรคเอดส์ที่เด่นชัด เช่น มีตุ่มเป็นหนองขึ้นตามเนื้อตัวหรือร่างกายชุ่มผอม ตัวดำคล้ำและตกสะเก็ด ทำให้บุคคลภายนอกมีความคิดว่าผู้ดูแลอาจจะไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ จึงสามารถพูดคุย ไปมาหาสู่กันได้ดังเดิม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลต่างๆ ก่อนหน้านี้ด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ” ในบทนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการสรุปผลการศึกษา ส่วนที่ 2 จะเป็นการอภิปรายผลการศึกษา และส่วนสุดท้ายเป็นข้อเสนอแนะที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้า

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว กระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว รวมทั้งเพื่อให้ข้อมูลและเสนอแนะแนวทางแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ มีตัวแปรตามคือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว และตัวแปรอิสระคือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทักษะเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสมุทรปราการซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้ใช้แรงงานในสัดส่วนสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์จำนวน 100 รายที่เป็นผู้ใช้แรงงานและพาผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

การสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และแบบโควต้า (Quota sampling) โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอของจังหวัดสมุทรปราการโดยได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์ (Guideline Question) สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อการสัมภาษณ์เป็นรายกรณี

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 100 ชุด และจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายกรณีจำนวน 10 ราย ซึ่งคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 100 รายที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการปรับตัว ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 38 ปี ในเรื่องการศึกษาทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่มีการศึกษาโดยเฉลี่ยในระดับประถมศึกษา ส่วนเรื่องอาชีพก็เช่นเดียวกันทั้งเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/โรงงาน ผู้ดูแลเพศหญิงมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,866 บาทต่อเดือนและผู้ดูแลเพศชายมีรายได้โดยเฉลี่ยประมาณ 8,560 บาทต่อเดือน สำหรับสถานภาพสมรสทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ในครอบครัวทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ย 4 คน สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเพศหญิงมีระยะเวลาในการดูแลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 ปีและผู้ดูแลเพศชายมีระยะเวลาในการดูแลโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี 7 เดือน เรื่องการเปิดเผยว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

สำหรับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลาง และผู้ดูแลเพศชายมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระดับน้อย ส่วนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทางบวกใกล้เคียงกัน

ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับมาก นอกจากนี้ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่า ทั้งผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลเพศหญิงส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชนในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน

1.2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

การปรับตัวโดยรวมทั้งผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีการปรับตัวระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายมีการปรับตัวในด้านร่างกายได้มากที่สุด แต่ขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวในด้านเศรษฐกิจได้น้อยที่สุด

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง

โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีต่อตัวแปรตามว่ามีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ และมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่ามีตัวแปรอิสระ 6 ตัวที่มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และตัวแปรอิสระ 1 ตัวที่มีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานแต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ส่วนตัวแปรอิสระอีก 3 ตัวมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอิสระบางตัวที่มีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ

1.3.2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง

การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระหลายตัวพร้อมกัน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

1.3.2.1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถรวมอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 45 และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว มีตัวแปรอิสระเพียง 4 ตัว ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติใน

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ดีที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามลำดับ

1.3.2.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุกล่าวคือ ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยังคงเป็นตัวแปรเดิม 4 ตัว ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 20 โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวได้ดีที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 17 ตัวแปรอิสระตัวที่สองที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 10 ตัวแปรอิสระตัวที่สามที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 5 และตัวแปรอิสระตัวสุดท้ายที่เข้าสู่สมการคือ ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สามารถอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 3 ส่วนตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการรับรู้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด หากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าใจดังกล่าวก็จะนำไปสู่ความเครียด ในระยะนี้ผู้ดูแลจะใช้วิธีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก การแสวงหากำลังใจและแหล่งให้ความช่วยเหลือเพื่อเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการเรียนรู้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดี ผู้ดูแลจะปรับตัวโดยการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง และเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล ในระยะนี้กระบวนการปรับตัวในด้าน

ต่างๆ จะดำเนินไปพร้อมกัน โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นฝ่ายที่ปรับตัว ปรับใจ และเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจนเริ่มมีประสบการณ์และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติสุข

ระยะที่ 3 ระยะการยอมรับ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลผ่านกระบวนการรับรู้ กระบวนการเรียนรู้มาแล้ว ผู้ดูแลจะปรับตัวโดยการปรับวิธีการดูแลผู้ป่วย ปรับวิธีการดูแลตนเอง และปรับวิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล ในระยะนี้ผู้ดูแลจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ แตกต่างไปจากระยะแรกๆ โดยเป็นการสั่งสมประสบการณ์ตั้งแต่ระยะการรับรู้และเรียนรู้จนสามารถทำใจยอมรับกับสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตามความเป็นจริง และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ด้วยความเต็มใจ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดในกระบวนการปรับตัว

นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไขสำคัญบางประการที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล ได้แก่ อาการและความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางลบอย่างมากต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว

2.2 ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวประสบปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวดังต่อไปนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย

ปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบเป็นเรื่องของปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความวิตกกังวลและความเครียดในเบื้องต้นที่ทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอดส์ ร่างกายจึงขาดความสมดุลส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนเพลียและเหน็ดเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเมื่อต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจะทำให้ร่างกายอ่อนแอลงและเจ็บป่วยบ่อยขึ้น

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ

ความรู้สึกละแวกและความคิดต่างๆ ในขณะที่ยังไม่ทราบว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอดส์ ทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวลและกดดันกับสถานการณ์ดังกล่าว เพราะไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจและยังไม่รู้วิธีการที่จะจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลไม่อาจทำใจยอมรับความจริงและเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยความเต็มใจ ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวด้านจิตใจและทำให้การปรับตัวในด้านอื่นๆ เป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม

ความรู้สึกลัวและรังเกียจของคนในสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่กล้าที่จะเปิดเผยความจริงเพราะความอับอายและการเปิดเผยอาจส่งผลกระทบต่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิด ตลอดจนวิถีชีวิตประจำวัน การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ดูแลและผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่โดยไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต

4. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

สภาพปัญหาที่ผู้ดูแลประสบส่วนใหญ่เป็นเรื่องของปัญหาการเงินที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าเดินทางในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ค่าอาหาร ค่าเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้นเพราะการขาดรายได้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลต้องไปขอยืมเงินจากแหล่งทุนต่างๆ เกิดเป็นหนี้จนระบบทำให้อันตรายต่อเดือนต้องเก็บเงินส่วนหนึ่งไว้สำหรับใช้หนี้และไม่เหลือเงินออม

6.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 75 เปรียบเทียบกับร้อยละ 25) และมีสถานภาพเป็นภรรยาที่ดูแลสามีที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงยังคงเป็นกลุ่มหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจาก วัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นพนักงานหารายได้ และตัวญาติผู้ดูแลที่เป็นหญิงส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวังนี้ด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยมักยอมรับการเป็นบทบาทการเป็นผู้ดูแลไว้ที่ตนเองทั้งหมด (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541: 76) ดังนั้นผู้ดูแลเพศหญิงจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจและช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ เพราะนอกจากผู้ดูแลเพศหญิงจะต้องดูแลสามีหรือบุตรที่เป็นผู้ป่วยเอดส์แล้ว ผู้ดูแลบางรายยังต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวและเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังต้องรับผิดชอบงานต่างๆ ภายในบ้านพร้อมกับดูแลบุตรหลานอีกด้วย (Multiple tasks) ทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระอย่างหนัก โดยเฉพาะหากผู้ดูแลไม่เปิดเผยกับบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อหน้าที่ทุกอย่างเพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและมีรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นบุตรหลานที่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งสิ้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับบุคคลดังกล่าวจึงทำให้ครอบครัวต้องประสบปัญหาเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถเผชิญกับปัญหาและทำหน้าที่ดูแล ตลอดจนสามารถปรับตัวและจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

โดยภาพรวมผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านร่างกายได้มากที่สุด แต่ขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวด้านเศรษฐกิจได้น้อยที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี (ร้อยละ 82) และเป็นผู้ใช้แรงงานจึงจำเป็นต้องดูแลให้สุขภาพแข็งแรงเพื่อสามารถทำงานและรับผิดชอบภาระหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวเป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายจึงทำให้มีการปรับตัวในด้านร่างกายได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของก้านจิต ศรีนนท์ (2541: 60) ที่พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มีการปรับตัวในด้านร่างกายอยู่ในระดับดี และการศึกษาของเพยาร์ ประเสริฐศรี (2545: 98) พบว่าการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีผู้ดูแลบางรายที่ประสบปัญหาในการปรับตัวด้านร่างกาย เนื่องจากต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ขณะเดียวกันก็ต้องทำงานอย่างหนักทั้งงานในบ้านและนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุร่างกายจึงไม่แข็งแรงเหมือนวัยทำงาน เมื่อต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนและร่างกายขาดความสมดุล ส่งผลให้สุขภาพอ่อนแอและเจ็บป่วยบ่อยขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ส่วนการปรับตัวในด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลปรับตัวด้านจิตใจในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะความวิตกกังวลและกดดันกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เห็นได้จากการศึกษาในเชิงคุณภาพผู้ดูแลทุกรายไม่อาจทำใจยอมรับได้ในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพและความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะคู่สมรส (ภรรยาร้อยละ 46.7 สามีร้อยละ 60) จึงมีความรู้สึกผูกพันและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เป็นญาติที่ดีของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541ก: 76) แม้จะมีความวิตกกังวลในเบื้องต้นแต่ก็สามารถทำใจยอมรับได้ในภายหลัง เพราะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีส่วนช่วยในการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือด้านการเงิน ฉะนั้นครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์

สำหรับการปรับตัวด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลปรับตัวด้านสังคมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะปัญหาเรื่องการตีตราบาปและการเลือกปฏิบัติจากคนในสังคม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเปิดเผยความจริงเพราะกลัวผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยเอดส์ และสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยต่อสังคม (ร้อยละ 83) ซึ่งในการศึกษาเชิงคุณภาพ มีประเด็นที่น่าสนใจ กล่าวคือ ผู้ดูแลหลายรายให้ความเห็นตรงกันว่า การไม่เปิดเผยต่อสังคมทำให้ตนเอง ผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติมากกว่าที่จะเปิดเผยต่อสังคม เพราะการไม่เปิดเผยตัวทำให้สังคมไม่อาจรู้ได้ว่าครอบครัวมีผู้ป่วยเอดส์ทำให้ไม่ต้องกลัวการถูกคุกคามหรือคอยวิตกกังวลว่าจะมีคนรังเกียจ นอกจากนี้บางกรณีที่ผู้ดูแลไม่ตั้งใจที่จะเปิดเผยแต่สังคมรับรู้เพราะอาการของผู้ป่วยปรากฏชัดเจนหรือกรณีที่มีคนสงสัยและติดตาม ซึ่งกรณีดังกล่าวเมื่อมีคนรับรู้ว่าผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว นอกจากสังคมจะไม่ยอมรับและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์แล้วยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์จึงยังมีความจำเป็นและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เพราะบุคคลเหล่านี้ก็เป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคมที่มีสิทธิเสรีภาพในการดำเนินชีวิตโดยไม่ถูกคุกคามและเลือกปฏิบัติ หากสังคมมีความเข้าใจและให้ออกาสยอมส่งผลให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์ และสมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ในสังคม

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านเศรษฐกิจยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับตัวเนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือเป็นเขตอุตสาหกรรมและผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานรับจ้างในโรงงาน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆ เห็นได้จากระดับการศึกษาและรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ เมื่อต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์และแบกรับภาระในเรื่องของค่ายา ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อขาดผู้หารายได้หลัก ภาระและความรับผิดชอบต่างๆ จึงตกอยู่กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลบางรายต้องทำงานหนักมากขึ้นเป็นสองเท่าเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรือผู้ดูแลบางรายต้องไปกู้ยืมเงินจากแหล่งเงินทุนต่างๆ ในอัตราดอกเบี้ยที่สูง ส่งผลให้ปัญหาด้านเศรษฐกิจกลายเป็นปัญหาหลักของผู้ดูแลและยากที่ผู้ดูแลจะแก้ปัญหาแต่เพียงฝ่ายเดียว จึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถประกอบอาชีพและมีทางเลือกในการตัดสินใจ นอกจากการใช้แรงงานรับจ้าง โดยเฉพาะผู้ดูแลเพศหญิงซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม เช่น โรงงานทำกระดาษ โรงงานทำป๊อป หรือเป็นแรงงานรับจ้างทั่วไป เช่น พนักงานล้างจาน พนักงานทำความสะอาด ซึ่งทำให้มีรายได้น้อยและไม่แน่นอน

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวทั้ง 3 ปัจจัยในสมมติฐานหลัก คือ ลักษณะทางประชากร ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และการสนับสนุนทางสังคม มีเพียง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว คือ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีเพียง 2 ตัวแปรเท่านั้น คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์

ในเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผู้ดูแลเพศชาย เนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงมีความสนใจและต้องการที่จะมีความรู้ในเรื่องการป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ทั้งนี้เพราะเพศหญิงจะถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ในฐานะมารดา ภรรยา หรือบุตรสาว เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว เพศหญิงจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลทำให้มีความต้องการที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในขณะที่เพศชายจะถูกคาดหวังจากสังคมในบทบาทของการเป็นผู้นำครอบครัวและการทำงาน ประกอบกับผู้ดูแลเพศหญิงส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยาซึ่งคอยดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างใกล้ชิดจึงให้ความสนใจและต้องการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการรักษาพยาบาลด้วย ทำให้มีความพยายามในการเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายโรงพยาบาลเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ข้อค้นพบดังกล่าวทำให้ทราบว่าผู้ดูแลเพศชายซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะสามียังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่วิตกกังวลในการเข้ามามีส่วนร่วมและกลัวว่าจะมีเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานสงสัย ทำให้ผู้ดูแลเพศชายไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์และส่งผลให้ความรู้ในเรื่องการดูแลอยู่ในระดับน้อย ซึ่งในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีผู้ดูแลเพศชายบางรายมีความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อินเทอร์เน็ต วารสารเกี่ยวกับสุขภาพ และแผ่นพับต่างๆ ดังนั้นสื่อเหล่านี้จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์แม้จะไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลก็ตาม นับเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เปิดเผยต่อสังคม อย่างไรก็ตามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัว และยังมีผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งที่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นอีกจุดหนึ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกและเข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้มากขึ้น

สำหรับเรื่องทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์ในฐานะภรรยาและสามีซึ่งมีความใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันคิดว่าผู้ป่วยเอดส์เป็นคนสำคัญคนหนึ่งในการครอบครัวจึงมีความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลได้จัดขึ้นและความสนใจในการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับแนวคิดของแครทโฮล บลูม และเมเซีย (Krathwohl, Bloom and Masia, 1964 อ้างในบุญชม ศรีสะอาด ,2537: 19-32) ที่กล่าวว่า การรับรู้หรือการให้

ความสนใจ (Receiving or Attending) หมายถึง การมีความตั้งใจหรือรับรู้สิ่งเร้าบางอย่าง เช่น ในขณะที่เรียนผู้เรียนรับรู้ในสิ่งที่เรียน มีความตั้งใจในเรื่องนั้น และการตอบสนอง (Responding) หมายถึง การเข้าไปผูกพัน หรือมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์และกิจกรรมนั้น ทำให้ได้รับความพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่ยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย เห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ดูแลบางรายยังไม่สามารถทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะรับผิดชอบในครอบครัว เช่น เป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยาจะรู้สึกวิตกกังวลในการต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในขณะที่เดียวกันก็ต้องแบกรับภาระต่างๆ ในครอบครัวแทนสามี หรือกรณีผู้ดูแลที่เป็นมารดาซึ่งมีความหวังที่จะพึ่งพาอาศัยบุตรแต่กลับต้องมาดูแลบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคเอดส์ก็ย่อมจะมีความผิดหวังและเสียใจเป็นธรรมดา หรือกรณีของพี่ชายที่เพิ่งทราบผลการตรวจได้ไม่นานแต่ต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลน้องชายที่เป็นเอดส์ ยังคงมีความวิตกกังวลและยังไม่อาจทำใจยอมรับได้ในเบื้องต้น ซึ่งกรณีดังกล่าวผู้ดูแลอาจต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำปรึกษาและกำลังใจ เพื่อผ่อนคลายความกังวลและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก เนื่องจากครอบครัวนับเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกันและเห็นอกเห็นใจกันมากที่สุด ผู้ดูแลสามารถพูดคุยขอคำปรึกษาและระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล รู้สึกอุ่นใจและรับรู้ว่ามีบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ดูแลหลายรายได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเอดส์มีอาการทรุดหนักและผู้ดูแลต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาลก็จะมีสมาชิกในครอบครัวมาผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ดูแลประสบปัญหาทางการเงิน แม้จะช่วยเหลือได้ไม่เต็มที่นักแต่สมาชิกในครอบครัวเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี อาจกล่าวได้ว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวแต่หากมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์ ก็จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจและสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไปได้ โดยไม่รู้สึกเป็นกังวลมากนัก อย่างไรก็ตามยังมีผู้ดูแลบางรายที่ไม่เปิดเผยต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เช่น ผู้ดูแลบางรายที่เป็นภรรยาไม่กล้าบอกกับลูกว่าสามีเป็นเอดส์เพราะกลัวลูกจะเสียใจและอับอายที่มีพ่อเป็นเอดส์ กรณีดังกล่าวเมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ไม่สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวได้ เพราะไม่กล้าเปิดเผยความจริงและต้องคอยระมัดระวังไม่ให้เป็นที่สงสัย อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดระแวง ขาดกำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

ดังนั้นการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์จึงนับเป็นอีกช่องทางหนึ่งและมีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่ไม่เปิดเผยต่อครอบครัวและสังคม

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับมาก เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลจึงได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเมื่อประสบปัญหาในการดูแล โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความรู้และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ก่อให้เกิดความหวังกำลังใจ และสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับผู้ดูแลบางรายที่ไม่เปิดเผยต่อครอบครัวก็จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยเอดส์ เช่น การอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นเพื่อรับทราบข้อมูลข่าวสาร และมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว เป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของเพียว์ ประเสริฐศรี (2545: 97) พบว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ สถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องประกอบกับกำลังใจที่ดีและการสนับสนุนด้านความจำเป็นพื้นฐานต่างๆ ซึ่งความจำเป็นดังกล่าวผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยในส่วนของความรู้ความเข้าใจผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลและการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนกำลังใจและความจำเป็นพื้นฐานต่างๆ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลในครอบครัวต่างมีบทบาทความสำคัญต่อผู้ดูแลและสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน

ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยต่อสังคมว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน ตลอดจนองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลเพราะไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัดทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์และเตรียมการในการช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม แม้หน่วยงานต่างๆ จะให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องนี้มากขึ้นแต่เนื่องจากปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาที่เรื้อรังและกระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศ การให้ความช่วยเหลือจึงไม่เพียงพอกับความต้องการและครอบครัวไม่ถึงผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

จากการพบปะพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลทั้ง 100 ราย และมีผู้ดูแลบางรายประมาณร้อยละ 30 จำต้องขอนัดสัมภาษณ์ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังได้พบปะกับทั้งผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลทุกเดือนเมื่อถึงกำหนดวันมารับยาที่โรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ฉะนั้นจึงเกิดความเข้าใจต่อกระบวนการ (Process) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ว่าสามารถแบ่งได้ 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะการรับรู้ ระยะการเรียนรู้ และระยะการยอมรับ ทั้งนี้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์นับเป็นปัจจัยภายนอกที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ แต่ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยภายในที่ผู้ดูแลสามารถสร้างได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความรู้ในระดับปานกลางและเพศชายมีความรู้ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า ยังมีผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เห็นได้จากกรณีที่ผู้ดูแลเพียงทราบว่าเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอดส์ทำให้มีความรู้สึกกลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ จนผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยทำความเข้าใจกับแพทย์จึงรู้สึกคลายความกลัวและรังเกียจได้บ้าง หรือกรณีที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แต่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องทัศนคติก็เช่นเดียวกันแม้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่ขณะเดียวกันก็ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่ยังไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ จึงนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กระบวนการปรับตัวเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ดังนั้นเพื่อเป็นการลดขั้นตอนของกระบวนการปรับตัวและทำให้การปรับตัวเป็นไปอย่างราบรื่นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายหลักในการปรับตัว คือ สามารถพึ่งพาตนเองและดำรงชีวิตท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่ขึ้นต่อปัจจัยภายนอก กล่าวคือ ผู้ดูแลยอมรับสภาพในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ได้ด้วยความเต็มใจในสังคมที่ยังมีการตีตราบาป (Stigma) และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ (Discrimination) ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยความเข้าใจและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้ตัวผู้ดูแลเองตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักในความสำคัญในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และการเสริมสร้างทัศนคติทางบวก โดยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจและการปรับทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการพึ่งพาตนเองและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นับเป็นการช่วยลดภาระของสถานพยาบาลในการดูแลและลดปัญหาเรื่องงบประมาณของรัฐในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ดูแลรวมถึงผู้ป่วยเอดส์ต่อไป ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้มีอำนาจเชิงบริหารในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้มีเวลาเพิ่มขีดความสามารถของตนเอง (Capacity building of health personnel) ในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก และทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น การเพิ่มความสามารถในการจัดปฐมนิเทศน์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้มีความรู้ในการดูแล ให้มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

และให้มีความสามารถในการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาอาชีพเสริม โดยอาจเป็นตัวกลางติดต่อกับองค์กรที่มาให้ความรู้และการอบรมอาชีพ เช่น กศน. เป็นต้น

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยอภิปรายไว้เบื้องต้นในเรื่องการปรับตัวและกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่อภิปรายต่อแต่จะนำเสนอในส่วนของข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

6.3 ข้อเสนอแนะ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะจะเป็นการเสนอแนะต่อผู้ให้การดูแล ผู้รับการดูแล และผู้ให้บริการทางการแพทย์ตลอดจนภาคเอกชนที่มีความสนใจในประเด็นการปรับตัว กล่าวอีกนัยหนึ่งคือเสนอต่อทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ทั้งผู้ดูแล ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์

6.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เปิดเผยแม้กระทั่งต่อครอบครัวของตนเองควรเปิดเผยให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ และควรขอความสนับสนุนทั้งการดูแลผู้ป่วยเอดส์และการดูแลตนเองทั้งในด้านการให้กำลังใจและการแบ่งเบาภาระ

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรมีการรวมกลุ่มกันเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมและพิทักษ์สิทธิในด้านต่างๆ ตลอดจนจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลเองและต่อผู้ป่วยเอดส์

- เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ดูแลในแต่ละครอบครัว เพื่อให้เกิดกำลังใจและมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่นๆ

- เพื่อหาทางรวมตัวกันในการทำอาชีพเสริมและอาจจัดตั้งกองทุนส่งเสริมอาชีพเพื่อเป็นแหล่งทุนและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาทางการเงิน อันจะเป็นวิธีส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีอาชีพเสริมและมีรายได้เสริมที่แน่นอนโดยไม่ต้องไปเป็นหนี้ระบบดังที่เป็นอยู่ตลอดจนสามารถดูแลผู้ป่วยเอดส์ในขณะที่ทำงานหลักไปด้วย

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรติดตามข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เพื่อจะได้ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ใหม่ๆ และบริการทางการแพทย์ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ตลอดเวลาและสม่ำเสมอเพื่อจะได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเหมาะสม

1.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยเริ่มจากการรวมกลุ่มภายในโรงพยาบาลและขยายเครือข่ายไปสู่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ระดับจังหวัด ระดับภาค รวมทั้งระดับประเทศ เพื่อประสานความร่วมมือในแต่ละระดับกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์อันจะเป็นการช่วยลดภาระของรัฐได้อีกทางหนึ่ง

2. ข้อเสนอแนะต่อสมาชิกในครอบครัว

2.1 สมาชิกในครอบครัวควรตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวก็ต้องมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถปรับตัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

2.2 สมาชิกในครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยการการสนับสนุนความช่วยเหลือต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยปรึกษา หรือระบายความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่นใจและมีความมั่นคงทางอารมณ์เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์อีกทางหนึ่ง

3. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานทางการแพทย์และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

3.1 ควรสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากรในการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร (Capacity building) ในการปฏิบัติงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น การสร้างสมรรถภาพให้สามารถฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เป็นการปฐมนิเทศน์เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Orientation) ที่จะทำให้อันตนาการปรับตัวใช้เวลาอันน้อยลง หรือการฝึกอบรมผู้ที่จะเป็นผู้ฝึกอบรมในอนาคต (Training of trainers) ในกรณีของผู้ให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งให้คำปรึกษาและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น การติดตาม/เยี่ยมบ้านในชุมชน (Home health care) ตลอดจนจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงครอบครัวและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างทั่วถึง

3.2 ควรมีการติดตามและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ประเมินอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือองค์กรภายนอกที่ให้ความสำคัญกับ

ประเด็นนี้ จะทำให้ผู้ประเมินสามารถทำความเข้าใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลประสบ

3.3 ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ วิธีการดูแลผู้ป่วยตลอดจนวิธีการป้องกันตนเองเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยอาจนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดนิทรรศการ วิทยุเทป แผ่นพับ วารสาร จุลสาร โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของทางโรงพยาบาลและสามารถขยายผลต่อเนื่องไปถึงผู้ดูแลที่ไม่มาที่โรงพยาบาล

3.4 ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยการจัดกลุ่มให้คำปรึกษา (Counseling) การจัดอบรมความรู้ (Training) หรือการจัดกลุ่มบำบัด (Psychological Rehabilitation groups) เพื่อผ่อนคลายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

3.5 หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและเป็นผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้เข้าถึงบริการได้โดยง่ายและไม่เสียค่าใช้จ่ายมากนัก

3.6 ควรมีการพัฒนาวิธีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่ได้ผลอย่างต่อเนื่องในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อลดการตีตราบาป การเลือกปฏิบัติและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์

6.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวระหว่างผู้ดูแลที่เปิดเผยกับสังคมกับผู้ดูแลที่ไม่เปิดเผยกับสังคม เพื่อเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียในการเปิดเผยต่อสังคม และนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยมีความถูกต้องมากขึ้นและจะทำให้เพิ่มโอกาสที่ประชาชนทั่วไปยอมรับว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่ยอมรับได้และสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมโดยสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้

2. ควรมีการศึกษาระบบการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเอดส์เต็มใจที่จะเปิดเผยสถานภาพของตนเองและระบบการที่ทำให้คนในสังคมลด/เลิกการตีตราบาปและการเลือกปฏิบัติ

3. ควรมีการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อที่จะสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้มากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในด้านต่างๆ เช่น พื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กลุ่มชาติพันธุ์และอื่นๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- มหาดไทย, กระทรวง กรมการปกครอง. ประชากรจากการทะเบียน เนื้อที่ ความหนาแน่น และบ้าน
จำแนกตามภาค และจังหวัด พ.ศ. 2548. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat23/toc1/1.1.1-4.xls>. [28 กรกฎาคม 2549].
- ก้านจิต ศรีนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาในการ
ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่
และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์. ปัญหาสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น (1977),
2543.
- งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามอำเภอและปัจจัย
เสี่ยงของจังหวัดสมุทรปราการตั้งแต่เดือนกันยายน 2527 - 20 พฤษภาคม 2549. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://www.spko.moph.go.th/control/Haids.htm>. [28 กรกฎาคม 2549].
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์.
6, 2 (2531): 96-106.
- จิตรา เจริญภัทรภักดิ์. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น : ศึกษาเฉพาะ
กรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศนราดรุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล
และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- เชิดเกียรติ แก้ววกลีกิจ. KM ถ่ายทอดความรู้: ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://gotoknow.org/blog/pharm/8412>. [19 สิงหาคม 2549].
- ดวงสมร พันธุเสน และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์เอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. กรุงเทพมหานคร:
สุภา, 2538.

- คาราพรรณ อุทัย. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ถวิล ธาราโกชน และศรันย์ คำวิสุข. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ, 2543.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- นริสรา พึ่งโพธิ์สม. การแยกประเภทขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนเขตบางกะปิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- นิภา นิธยาน. การปรับตัวและบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2530.
- บุญชม ศรีสะอาด. การพัฒนาการสอน. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, 2537.
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. นครปฐม: ภาควิชาศึกษาศาสตร์, 2534.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์, 2537.
- ปริญญา สิริอรรถกุล. การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีวิทยาการศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- เพียว ประเสริฐศรี. การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.
- พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ. ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทบวงมหาวิทยาลัย, 2539.

- ภัศสร ลิมานนท์. เอดส์: ข้อควรพิจารณาด้านการป้องกันการรักษา และการดูแล. วารสารประชากรศาสตร์. 20, 2 (กันยายน 2547): 6.
- มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการ วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- รุ่งทิพย์ เป้าตู่. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การ สนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546.
- ละออ หุดาตุกร. หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย รังสิต, 2534.
- วนิดา ยืนยง. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัย บางประการกับการ ปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- วรรณิ์ ตั้งเสาวภาคย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของแรงงานผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติชาวพม่า ในอำเภอ แม่สาย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- วราพร กระหมุดควม. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของวัยรุ่น ที่มีต่อการ รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2545.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสาร พยาบาลศาสตร์. 12, 4 (2537): 33-37.
- วิมาลา เจริญชัย. พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าอิสระหลักสูตร ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สนิท นายโท. บทบาทของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ใน ตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะเหลียน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2541.

สนธิ สัมครการ. สถาบันครอบครัว เครือญาติ และระบบอุปถัมภ์. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมไทย.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2537.

สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลด

ความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเอดส์ : วิเคราะห์สถานการณ์. [ออนไลน์].

แหล่งที่มา: http://www.aidsthai.org/sathana_050131.html. [31 กรกฎาคม 2549].

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยเอดส์

อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร:

เพื่อฟ้า พรินต์ติ้ง จำกัด, 2546.

สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร. การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

สุมาพร บรรณสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การ

สนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่

ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2545.

สุรางค์ จันทน์โฮม. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2540.

เหมือนฝัน มณีฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ กับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

อรทัย อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นัคลาจารย์. เครือข่ายอาสาสมัครเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอดส์.

รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและ

ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร, 2540.

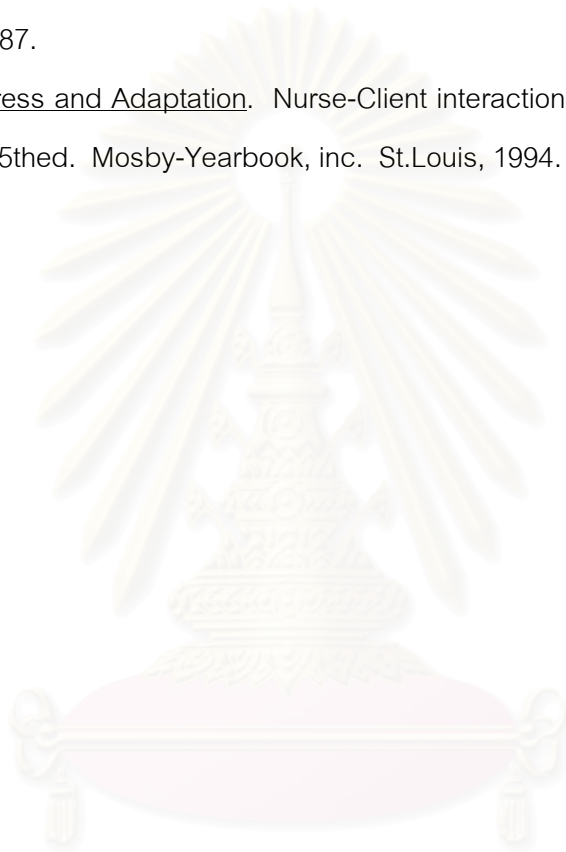
ภาษาอังกฤษ

Hinson Langford, C.P., Bowsher, J., Maloney, J.P., and Lillis, P.P. Social support: A conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing. 25(1997): 95-100.

Jacobson, E.D. Type and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior. 27(September 1986): 250-264.

Pender, Nola J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1987.

Rankin, E.Ad. Stress and Adaptation. Nurse-Client interaction: Implementing the nursing process. 5th ed. Mosby-Yearbook, inc. St.Louis, 1994.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

หมายเลขแบบสอบถาม

[] [] []

วันที่/...../.....

แบบสอบถาม
เรื่อง

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

คำชี้แจงการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. แบบสอบถามนี้ใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชุมชนและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

3. การเข้าร่วมการศึกษานี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน คำตอบของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและครอบครัวแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาโดยรวมเท่านั้น จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและครบทุกข้อ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสังคมในการนำไปใช้วางแผนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวต่อไป ในระหว่างเข้าร่วมการศึกษา ถ้ามีข้อสงสัยประการใด ข้าพเจ้ายินดีตอบข้อสงสัยของท่าน ตลอดเวลาและขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(นางสาวอรุณวรรณ มุขแก้ว)

นิสิตสาขาพัฒนาชุมชนและสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเรื่อง

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้
กรณีที่มีเครื่องหมาย (⇨) ให้ท่านข้ามไปทำตามข้อที่ระบุไว้

- A1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
- A2. ท่านอายุเท่าใด (โปรดระบุอายุเต็ม)ปี
- A3. อาชีพ
 () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. แม่บ้าน/พ่อบ้าน
 () 3. ทำการเกษตรของตนเอง/ครอบครัว () 4. รับจ้างทั่วไป
 () 5. ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน () 6. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 () 7. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- A4. สถานภาพสมรส
 () 1. โสด () 2. สมรสอยู่ด้วยกัน () 3. สมรสแยกกันอยู่
 () 4. หย่าร้าง () 5. หม้าย
- A5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด (โปรดระบุ)
- A6. ท่านมีรายได้จากการประกอบอาชีพโดยเฉลี่ยเดือนละเท่าใด (ระบุจำนวน).....
- A7. ปัจจุบันครัวเรือนของท่านมีสมาชิกอาศัยอยู่.....คน (รวมทั้งตัวท่านด้วย)
- A8. ท่านเป็น
 () 1. บิดา/มารดา () 2. คู่สมรส () 3. บุตรชาย/บุตรสาว
 () 4. พี่ชาย/พี่สาว () 5. น้องชาย/น้องสาว () 6. ญาติสนิท(โปรดระบุ.....)
- A9. ท่านดูแลผู้ป่วยเอดส์มานานเท่าใด (โปรดระบุ).....ปี/เดือน
- A10. ท่านเปิดเผยต่อเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวหรือไม่
 () 1. เปิดเผย
 () 2. ไม่เปิดเผย ⇨ (ข้ามไปตอบข้อ B5.)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่าน

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
B1	ท่านรู้สึกว่าเป็นที่บ้านและเพื่อนร่วมงานปฏิบัติต่อท่านเหมือนเดิม เมื่อทราบว่าในครอบครัวท่านมีผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
B2	ท่านได้รับความกำลังใจจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
B3	ท่านได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน	5	4	3	2	1
B4	ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน	5	4	3	2	1
B5	เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจท่านสามารถขอคำปรึกษา คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวได้	5	4	3	2	1
B6	สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้	5	4	3	2	1
B7	ท่านได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากสมาชิกในครอบครัว	5	4	3	2	1
B8	ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว	5	4	3	2	1
B9	เมื่อท่านมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ท่านได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	4	3	2	1
B10	เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจท่านสามารถขอคำปรึกษา คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	4	3	2	1
B11	แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้	5	4	3	2	1
B12	ท่านได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	4	3	2	1

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
B13	ท่านสามารถใช้บริการส่งคัมส่งเคราะห์ของทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นได้	5	4	3	2	1
B14	ท่านได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรภาครัฐและเอกชน	5	4	3	2	1
B15	ท่านสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ	5	4	3	2	1
B16	ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากองค์กรภาครัฐและเอกชน	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
C1	ผู้ป่วยเอดส์ควรตรวจเลือดวัดจำนวนซีดี 4 ทุกๆ 3 เดือน	3	2	1
C2	การใช้ห้องน้ำหรือห้องส้วมร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้น	3	2	1
C3	ถ้ามีบาดแผลที่มือ ใช้ผ้าสะอาดพันแผล หรือใช้พลาสติกปิดแผลก่อนดูแลผู้ป่วย	3	2	1
C4	ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีซีดี 4 ต่ำกว่า 200 จำเป็นต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส	3	2	1
C5	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยเอดส์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์สูง	3	2	1
C6	ผู้ดูแลควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับประทานยาตรงตามเวลาและครบตามจำนวน	3	2	1
C7	การใช้ยาร่วมกันหลายตัวจะให้ประสิทธิภาพการรักษาสูงกว่าและอัตราการดื้อยาช้ากว่า	3	2	1
C8	หากผู้ป่วยเอดส์ไม่แสดงอาการใดๆ ไม่จำเป็นจะต้องพาไปตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์	3	2	1
C9	เครื่องใช้ที่ต้องแยกใช้เฉพาะผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ แปรงสีฟัน มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ	3	2	1
C10	การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย จะช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจดีขึ้น	3	2	1

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่าน

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
D1	ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว	5	4	3	2	1
D2	การดูแลผู้ป่วยเอดส์ทำให้ท่านและผู้ป่วยเอดส์เข้าใจกันดี	5	4	3	2	1
D3	ครอบครัวสามารถดูแลพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ได้	5	4	3	2	1
D4	ผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ	5	4	3	2	1
D5	ผู้ป่วยเอดส์สามารถทำงานได้เหมือนกับบุคคลอื่น	5	4	3	2	1
D6	การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นภาระที่หนักหน่วงสำหรับท่าน	5	4	3	2	1
D7	ผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจของสังคม	5	4	3	2	1
D8	การป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นเรื่องเสื่อมเสียและน่าอับอาย	5	4	3	2	1
D9	ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวป่วยด้วยโรคเอดส์จะมีผลเสียต่อครอบครัว	5	4	3	2	1
D10	ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของตนเอง ไม่สมควรให้ความเห็นใจ	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการปรับตัวของผู้ดูแลตั้งแต่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่าน

ข้อ	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
E1	ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	5	4	3	2	1
E2	ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและเหน็ดเหนื่อยในการดูแล	5	4	3	2	1
E3	ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ	5	4	3	2	1
E4	ท่านมีอาการท้องผูกและขับถ่ายไม่ปกติ	5	4	3	2	1
E5	ท่านรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยบ่อยขึ้น	5	4	3	2	1

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
E6	ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E7	ท่านคิดว่าตัวท่านมีคุณค่าและความสำคัญต่อผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E8	ท่านรู้สึกเครียดและวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E9	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E10	ท่านรู้สึกไม่สบายใจหากคนทั่วไปรู้ว่า มีผู้ป่วยเอดส์อยู่ในครอบครัว	5	4	3	2	1
E11	ท่านสามารถทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวได้เหมือนเดิม	5	4	3	2	1
E12	ท่านสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยดี	5	4	3	2	1
E13	ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	5	4	3	2	1
E14	ท่านสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไปแก่บุคคลอื่นได้ตามปกติ	5	4	3	2	1
E15	ท่านสามารถไปร่วมงานสังสรรค์และร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ	5	4	3	2	1
E16	ท่านสามารถแบ่งเวลาสำหรับดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้โดยไม่กระทบกับการทำงาน	5	4	3	2	1
E17	ท่านมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E18	ท่านประสบปัญหาทางการเงินและก่อให้เกิดหนี้สินจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5	4	3	2	1
E19	การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว	5	4	3	2	1
E20	ท่านเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 6 ตั้งแต่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ท่านประสบปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวหรือไม่ อย่างไร

1. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านร่างกาย

.....
.....
.....

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านจิตใจ

.....
.....
.....

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านสังคม

.....
.....
.....

4. ปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ

.....
.....
.....

ส่วนที่ 7 ท่านมีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....

*****ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ*****

คำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. การเปลี่ยนแปลง

- ความรู้สึกเมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี
- ความรู้สึกของครอบครัวและปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี (สำหรับกรณีที่เปิดเผย)
- ความรู้สึกและปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลและสังคมรอบข้าง เมื่อทราบว่าท่านต้องดูแลผู้ป่วยเอชไอวี (สำหรับกรณีที่เปิดเผย)

2. ผลกระทบ

- ด้านร่างกาย ตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
- ด้านจิตใจ ท่านมีปัญหาหรือความวิตกกังวลใจในเรื่องใด และท่านปรึกษาใคร
- ด้านสังคม ท่านได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมกับบุคคลอื่นบ้างหรือไม่ อย่างไร
- ด้านเศรษฐกิจ ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง และแบ่งเวลาอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี

3. การดูแลผู้ป่วยเอชไอวี

- เพราะเหตุใดท่านจึงตัดสินใจดูแลผู้ป่วยเอชไอวี
- ภารกิจประจำวันในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีต้องทำอะไรบ้าง
- สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยเอชไอวีได้หรือไม่ อย่างไร

4. ความต้องการสนับสนุนและช่วยเหลือ

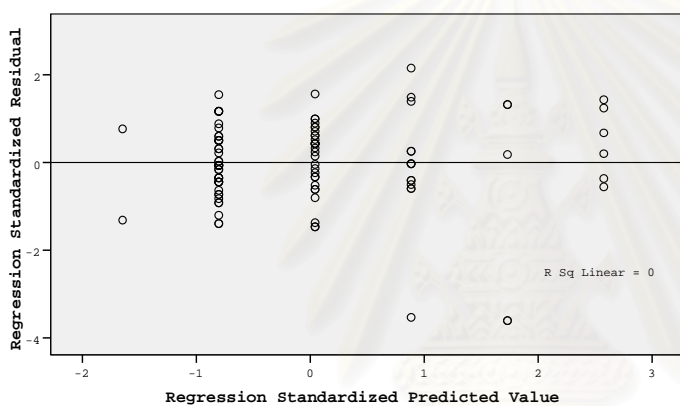
- ท่านเคยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อบ้างหรือไม่
- ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด และให้ความช่วยเหลือท่านในเรื่องใดบ้าง
- หากท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ท่านมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง

ภาคผนวก ข
การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ถดถอย

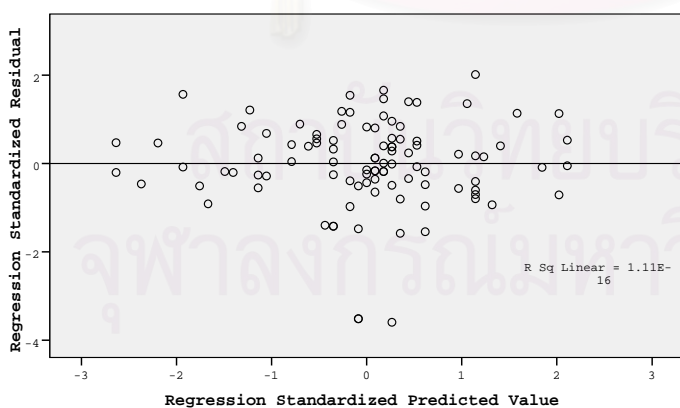
การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอย (Mendenhall and Sincich, 1996: 115-116 อ้างถึงใน นริศรา พิงโพธิ์สภ, 2545: 87-100) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

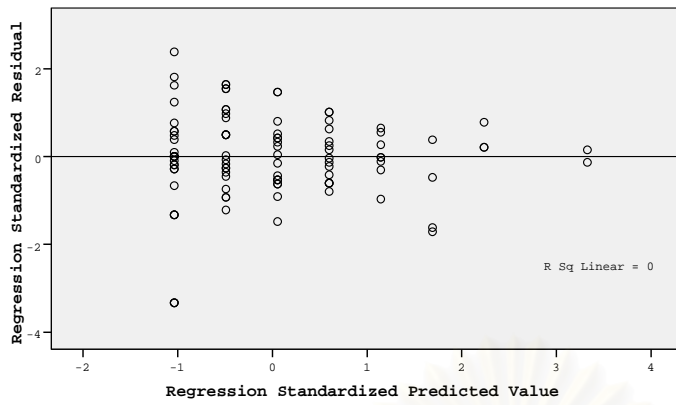
ผลการตรวจสอบพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังแสดงในรูป



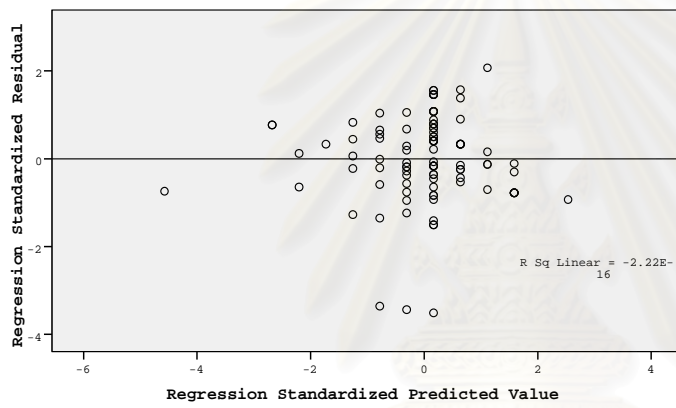
รูปที่ 1.1 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและอายุ



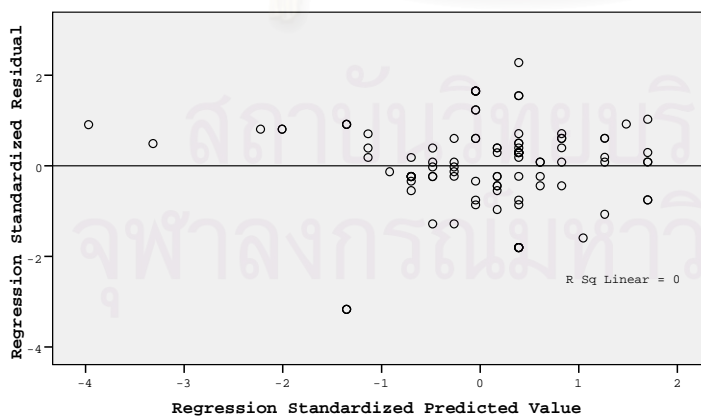
รูปที่ 1.2 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและระดับการศึกษา



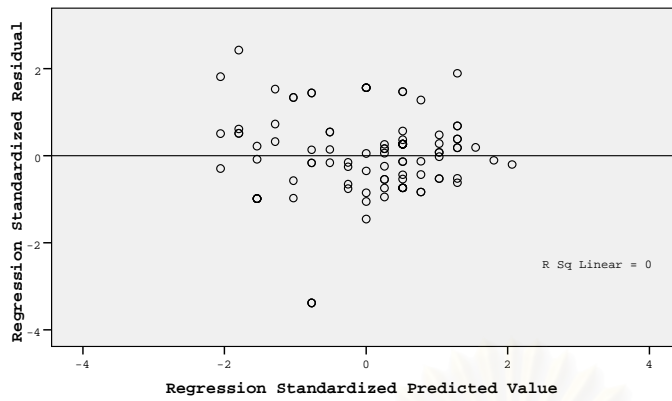
รูปที่ 1.3 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน



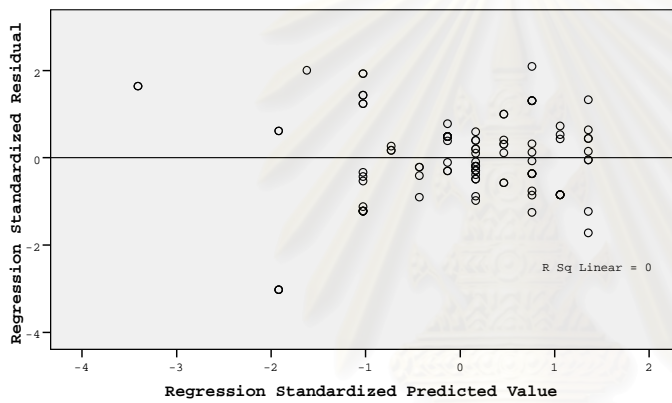
รูปที่ 1.4 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



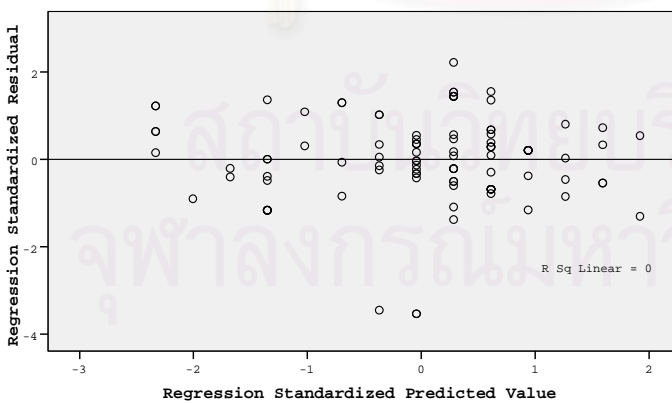
รูปที่ 1.5 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



รูปที่ 1.6 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว



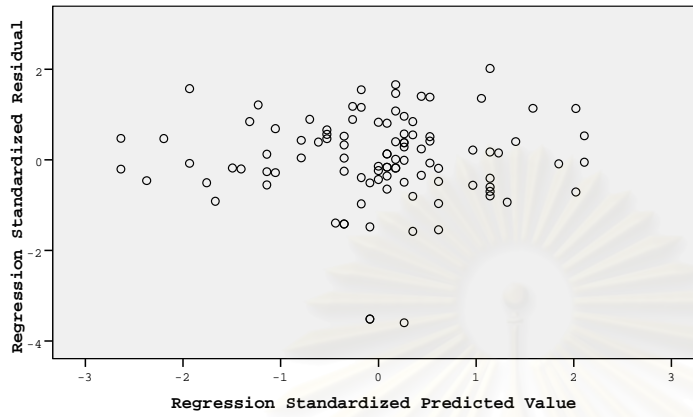
รูปที่ 1.7 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์



รูปที่ 1.8 แผนภาพการกระจายของการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

2. ค่าแปรปรวนของค่าเคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่

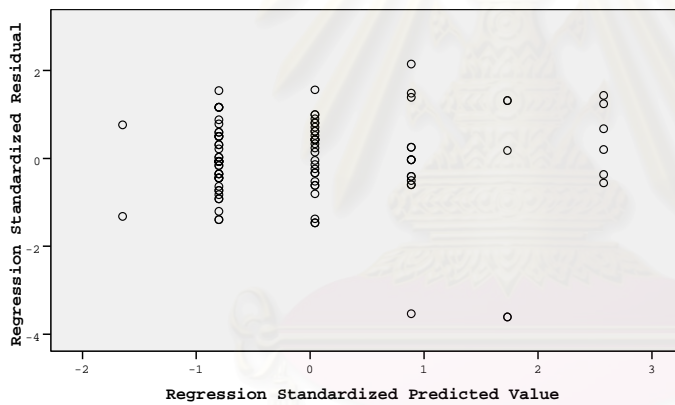
ผลการตรวจสอบพบว่าค่าแปรปรวนของค่าเคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่ทุกค่าของตัวแปรอิสระดังแสดงในรูป



ตัวแปรอิสระ: อายุ

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

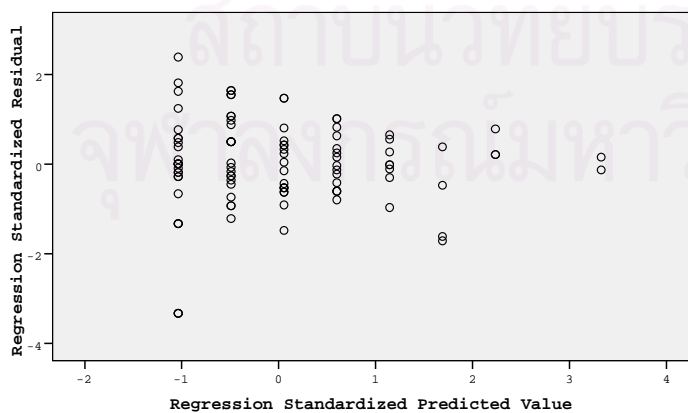
รูปที่ 2.1 แผนภาพการกระจายค่าเคลื่อนคลาดของอายุ



ตัวแปรอิสระ: ระดับการศึกษา

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

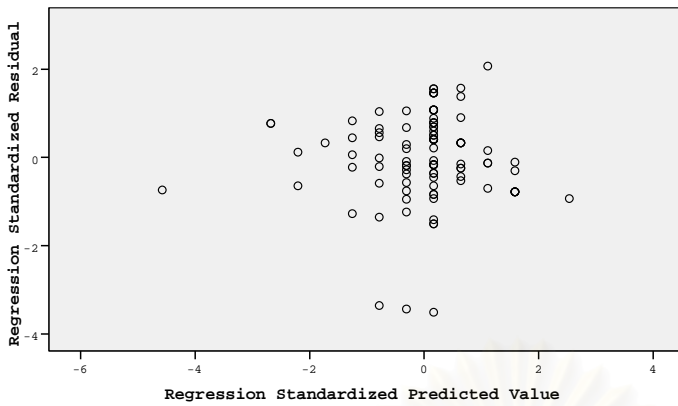
รูปที่ 2.2 แผนภาพการกระจายค่าเคลื่อนคลาดของระดับการศึกษา



ตัวแปรอิสระ: จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

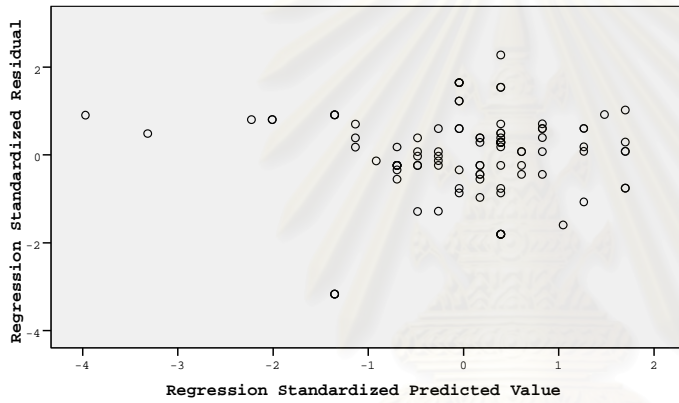
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.3 แผนภาพการกระจายค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน



ตัวแปรอิสระ: ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.4 แผนภาพการกระจายค่าเคล็ดอนคลาดของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



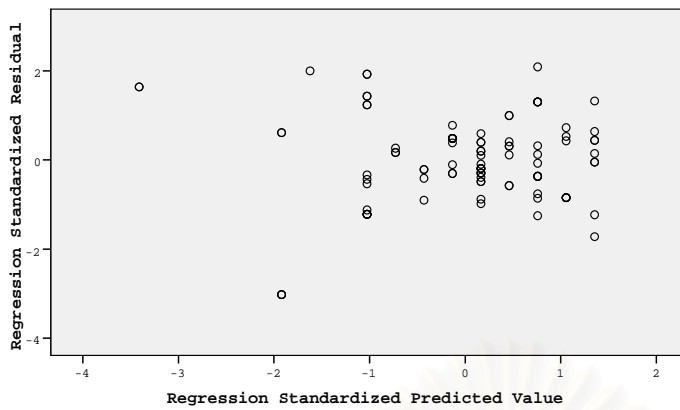
ตัวแปรอิสระ: ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.5 แผนภาพการกระจายค่าเคล็ดอนคลาดของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



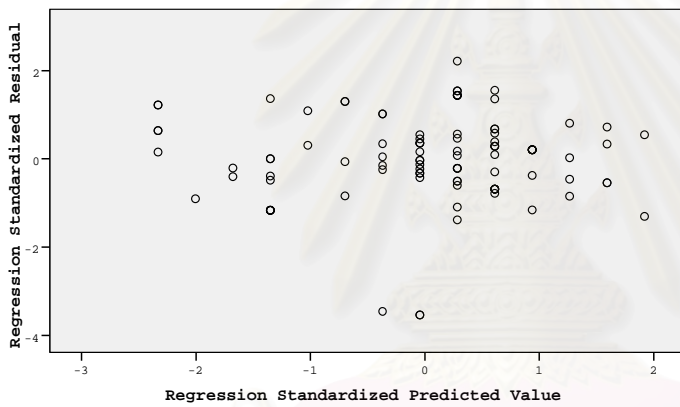
ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคม
จากบุคคลในครอบครัว
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.6 แผนภาพการกระจายค่าเคล็ดอนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว



ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคม
จากบุคลากรทางการแพทย์
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.7 แผนภาพการกระจายค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์

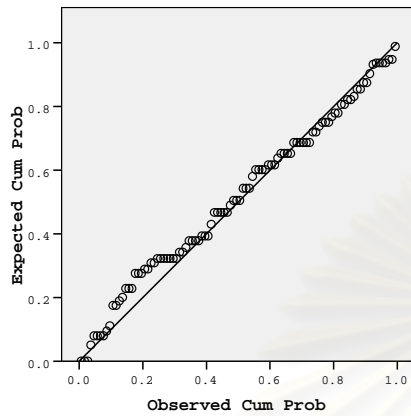


ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคม
จากองค์กรภาครัฐและเอกชน
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 2.8 แผนภาพการกระจายค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

3. ค่าเคลื่อนคลาดมีการแจกแจงแบบปกติ

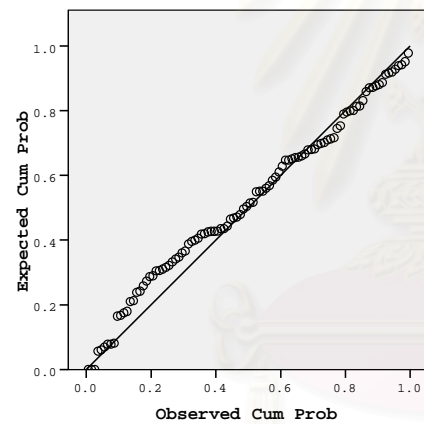
ผลการตรวจสอบพบว่าค่าเคลื่อนคลาดของตัวแปรอิสระทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติดังแสดงในรูป



ตัวแปรอิสระ: เพศ

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

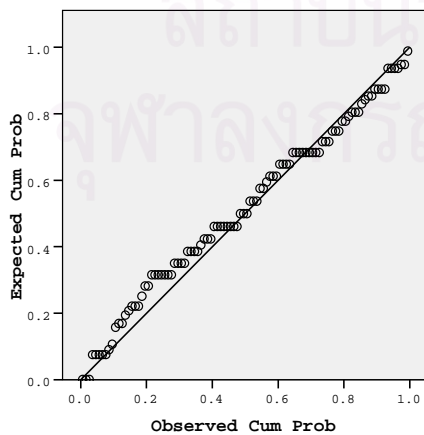
รูปที่ 3.1 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของเพศ



ตัวแปรอิสระ: อายุ

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

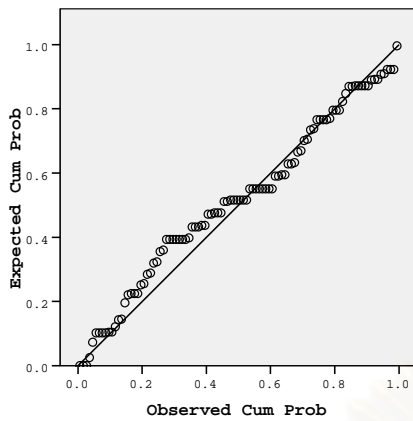
รูปที่ 3.2 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของอายุ



ตัวแปรอิสระ: ระดับการศึกษา

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

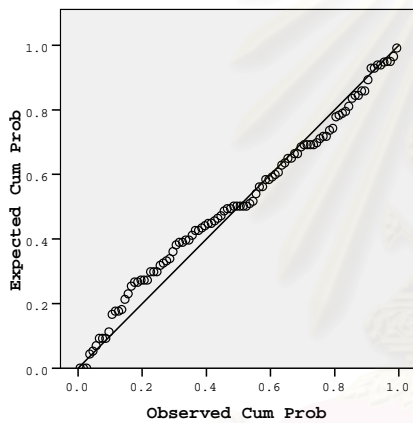
รูปที่ 3.3 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของระดับการศึกษา



ตัวแปรอิสระ: สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

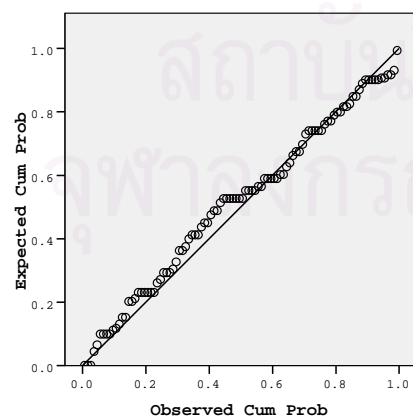
รูปที่ 3.4 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน



ตัวแปรอิสระ: จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

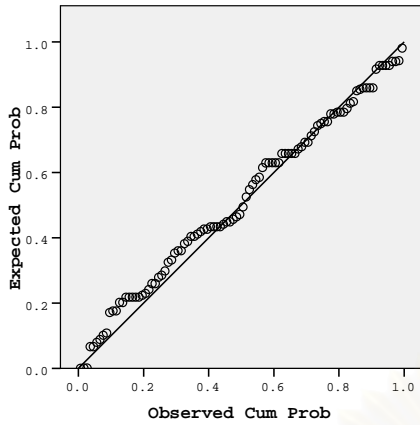
รูปที่ 3.5 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน



ตัวแปรอิสระ: ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์

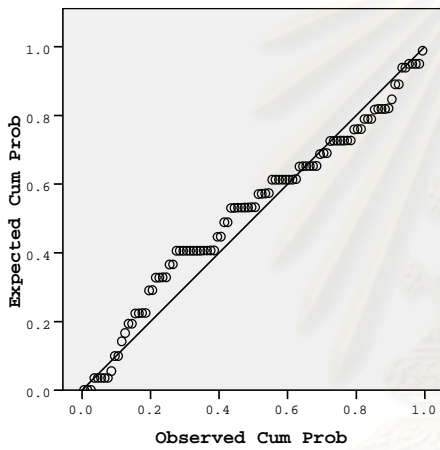
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.6 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์



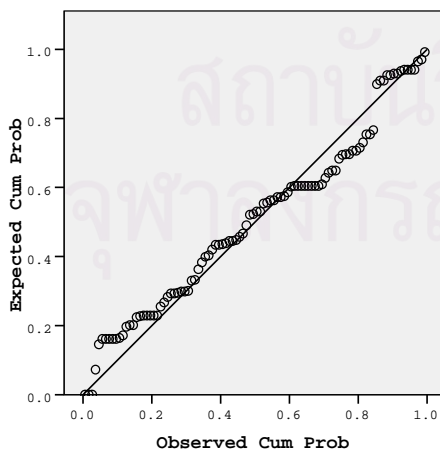
ตัวแปรอิสระ: ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
 ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.7 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



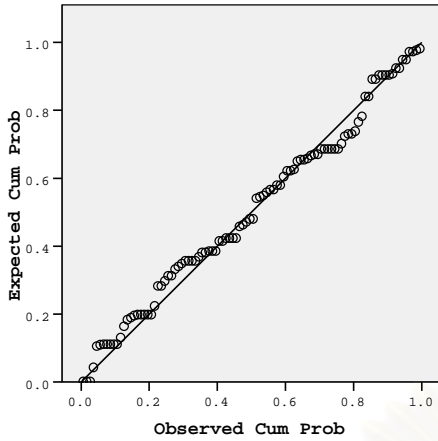
ตัวแปรอิสระ:ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์
 ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.8 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์



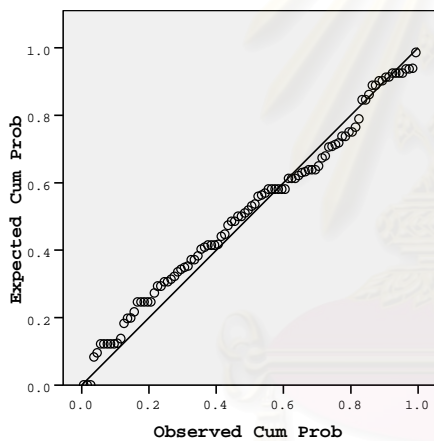
ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
 ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.9 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว



ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.10 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์



ตัวแปรอิสระ: การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน
ตัวแปรตาม: การปรับตัวของผู้ดูแล

รูปที่ 3.11 การลงจุดความน่าจะเป็นปกติของค่าเคลื่อนคลาดของการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

4. ค่าเคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน

ผลการตรวจสอบพบว่าค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าค่าเคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ	ค่า Durbin-Watson
เพศ	1.846
อายุ	1.897
ระดับการศึกษา	1.855
สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน	1.947
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	1.932
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอดส์	1.881
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	1.872
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์	1.971
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	1.796
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	1.818
การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรภาครัฐและเอกชน	1.611

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุณวรรณ มุขแก้ว เกิดเมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2526 ที่จังหวัดพังงา สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนสตรีพังงา ปีการศึกษา 2543 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี ศึกษาศาสตรบัณฑิต (เทคโนโลยีการศึกษา) เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปีการศึกษา 2547 และเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท ปีการศึกษา 2548 ในสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย