ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

นางนิตยา คชศิลา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2121-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTS OF USING INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION ON ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF PERSON WITH SYMPTOMATIC HIV

MRS. NITTAYA KHOTSILA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2005

ISBN 974-14-2121-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ
โดย	นางนิตยา คชศิลา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฤาชา)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางนิตยา คชศิลา : ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ. (THE EFFECTS OF USING INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION ON ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF PERSON WITH SYMPTOMATIC HIV) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์, 139 หน้า. ISBN 974-14-2121-4.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงคะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนนและความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ได้กลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberger นำไปหาความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....นิตยา คชศิลา.....

ปีการศึกษา .....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....สุรีพร ธนศิลป์.....

4777584736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM / PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION / ANXIETY / FAMILY CAREGIVER / SYMPTOMATIC HIV

NITTAYA KHOTSILA : THE EFFECTS OF USING INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION ON ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF PERSON WITH SYMPTOMATIC HIV. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D. N. S., 139 pp. ISBN 974-14-2121-4.

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of using informational and emotional support program combined with progressive muscle relaxation on anxiety of family caregivers of person with symptomatic HIV. 40 family caregivers of person with symptomatic HIV were purposively selected from the medical inpatient of King Chulalongkorn Hospital. The subjects were assigned equally into control and experimental group. The informational and emotional support program combined with progressive muscle relaxation developed by the researcher was provided for the subjects in the experimental group for 3 weeks of practice. The anxiety assessment form use in this study was the State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 of Spielberger et al (1983). The data were analyzed by using t-test.

Major results were as follows :

1. The post test state anxiety of the experimental group was significantly lower than at the pre test phase ($p<.05$).

2. The post test state anxiety of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p<.05$).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study .....Nursing Science.....Student's signature.....Nittaya Khotsila.....

Academic year .....2005.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูง ของ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำโดยเฉพาะในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ชั้น 2 และ 3 หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม โอสถานุเคราะห์ชั้น 2 และ 3 หอผู้ป่วยหลิ่มซีลั่น และหอผู้ป่วยวชิราวุธของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทุกท่านที่ได้เข้าร่วมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม โอสถานุเคราะห์ชั้น 2 และ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานหนักขึ้นในขณะที่ผู้วิจัยกำลังลาศึกษา และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นสำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ คุณราชัญ คชศิลา และสมาชิกครอบครัวทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 6

คำถามการวิจัย..... 6

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

ขอบเขตการวิจัย..... 11

คำจำกัดความ..... 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 13

บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์..... 14

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล..... 18

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล..... 16

บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล..... 39

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้..... 46

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ..... 48

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ..... 52

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 54

.....

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 57

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 60
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 67
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... 68
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 68

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 71

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
สรุปผลการวิจัย..... 81
อภิปรายผลการวิจัย..... 82
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 88

รายการอ้างอิง..... 90
ภาคผนวก
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 104
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ
ในการเก็บข้อมูลวิจัย..... 106
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัย..... 112
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 116
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 135
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่.....	59
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี.....	72
3	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการวินิจฉัยโรค……..……..…….……	74
4	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ…	76
5	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	76
6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง……..……..……...……...	77
7	การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง……...…….	77
8	แสดงการแจกแจงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Komorgorov-Smirnov……..…...	136
9	แสดงการแจกแจงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Komorgorov-Smirnov…….…….	137
10	แสดงค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรจำนวนครั้ง/นาที ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ……...……..	138

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอ็ชไอวี และโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ถึงแม้ปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตยังมีจำนวนสูงอยู่ คือผู้ป่วยจำนวน 191,673 ราย และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 79,568 ราย (ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2548) เนื่องจากในปัจจุบันนี้ มีการใช้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiretroviral drugs; ARV) ซึ่งเป็นยาที่สามารถหยุดยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอ็ชไอวี และช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ออกไปได้ แต่การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้น ไม่สามารถกำจัดเชื้อเอ็ชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้หรือรักษาผู้ติดเชื้อให้หายจากโรคนี้ได้ เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาและบรรเทาตามอาการ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น (ปาริชาติ จันทร์จรัส, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, นุชนารถ เดชศิริ, และจิราภรณ์ ยาชมภู, 2537)

การติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังประเภทอื่นๆ ทั้งจากผลของการรักษาด้วยยา ที่อาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ และเนื่องจากตัวเชื้อเอ็ชไอวีเองที่สามารถอยู่ในร่างกายเป็นเวลายาวนาน และเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เป็นต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการไข้อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการให้การดูแล (Land, & Hudson, 2002) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันนั่นเอง (สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, 2543)

การติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง คุกคามต่อชีวิต และมีผลกระทบอย่างมากต่อตัวผู้ติดเชื้อ (Long, Phipp, & Cassmeyer, 1993; Fortinash, & Holoday-Worret, 1996) ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิด (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) ทั้งนี้เนื่องจาก การติดเชื้อเอ็ชไอวีนั้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการให้การดูแล การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ถือว่าเป็นภาระงานที่หนัก ต้องใช้ทั้งพลังกาย พลังใจ บางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะในระยะ

ที่ผู้ติดเชื้อมีอาการแสดงของโรคเอดส์ปรากฏ ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากการที่ร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลที่เกิดขึ้น ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการนั้นมากขึ้นกว่าในระยะแรก (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) และการที่ผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรุนแรง เป็นการเพิ่มความกดดันให้กับผู้ดูแล ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เพราะการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (นิตยา ปัญจมีดิถี, 2536) เป็นภาวะวิกฤติที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล (Brown & Powell-Cope, 1991; Brown & Powel-Cope, 1993) ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ของปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ เกิดความรู้สึกหมดหนทาง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน คาดคะเนไม่ได้ว่าผู้ติดเชื้อและตนเองจะเป็นอย่างไรต่อไป สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแล (Green & McCreaner, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของวรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2540) ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เป็นระยะๆ เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ประเมินว่าเป็นความเครียด และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ เกิดความวิตกกังวลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกิดจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อ กลัวการติดเชื้อจากการให้การดูแล ขาดกำลังใจ (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545; สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ, 2543; อรทัย โสมนรินทร์ และคณะ, 2540; วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542; กิตติกร นิลมานัต, 2538; McCann & Wadsworth, 1992; Stewart et al., 1995; Weiler, 1995 cited in Theis et al., 1997) การกลัวการแพร่กระจายเชื้อเอ็ชไอวี ไม่แน่ใจในวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ปฏิบัติอยู่ (Brown & Powel-Cope, 1991) เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา และอนาคตของผู้ป่วย (Chekryn, 1989) ผู้ดูแลจึงมีความต้องการด้านข้อมูลและความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2543; นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, 2542) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องการกำลังใจ การประคับประคองทางด้านจิตใจ และการผ่อนคลายความเครียดในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกวัน (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545; นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, 2542) ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย (McCann & Wadsworth, 1992; Stewart, Hart, & Mann, 1995; Weiler, 1995 cited in Theis et al., 1997) ต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการท้องร่วง การลดความเจ็บปวด การหายใจไม่ออก (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542) และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (ธารินี เพชรรัตน์, 2541)

จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอ็ชไอวี ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ดูแลได้ไม่น้อยไปกว่าที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ติดเชื้อเอง เนื่องจากต้องรับผิดชอบและดูแลผู้ติดเชื้อทั้งทางด้านร่างกายและต้องช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจของผู้ติดเชื้ออีกด้วย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537; Treiber, Shaw, & Malcolm, 1987 cited in Lego, 1994) โดยผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบในด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่นๆ (Fortinash & Holoday-Worret, 1996) ผลกระทบดังกล่าว คือ ความวิตกกังวล ซึ่งบางรายอาจมีความวิตกกังวลถึงขั้นรุนแรง (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) จากการศึกษาของ Trice (1988) ที่ทำการศึกษาในมารดาที่ดูแลบุตรที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรจะมีความรู้สึกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ถูกแบ่งแยก ถูกไล่ออกจากงาน และพบว่าร้อยละ 80 มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงในระยะเวลาหลังจากการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ 3 สัปดาห์ คือ ไม่กล้าให้การดูแล เนื่องจากกลัวการติดเชื้อ กลัวการติดต่อของโรค กลัวการถูกละทิ้งจากสังคม เกิดความโกรธ จากการที่ผู้ติดเชื้ออาจจะเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาต่อสังคม และการที่ไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อลดความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Atkin & Amenta (1991) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเครียดและวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ McShane, Bumbalo, & Patsdaughter (1994) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลที่สูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินผิดพลาดได้ (Spear, 1996)

แม้ว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่พบเป็นปกติในชีวิตของมนุษย์ และเกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตประจำวัน (Blair & Ramones, 1996; Salzman & Labowitz, 1991) ความรุนแรงของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้นลง ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดความขัดแย้ง สับสน การทำงานต่างๆ หยุดชะงักลง (Green & McCreaner, 1996) การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต หากไม่แสวงหาวิธีการใดวิธีการหนึ่ง มาแก้ไขหรือลดความวิตกกังวลจะมีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ การปรับตัว สิ่งที่จะช่วยทำให้ความวิตกกังวลลดลงสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การปรับตัวยอมรับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เพื่อให้มีความพร้อมและสามารถรับมือกับปัญหา (Reed, Kemeny, Taylor, Wang, & Visscher, 1994) การลดความกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดย การระบายความรู้สึก การให้ข้อมูลเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสิน การพูดระบายความรู้สึกต่างๆ (อุบล นิวัติชัย, 2535; ปนัดดา โรจน์ทนงชัย, 2543) นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การออกกำลัง

กาย การนวด การฝึกสมาธิ การใช้จินตนาการ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น (อุบล นิวัติชัย, 2535)

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ดูแลส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ขาดข้อมูลในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ มีความรู้สึกไม่แน่นอนจากอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย จนไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง หรือความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาจะถูกกระทบจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเครียด หรือความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผลของความเครียดหรือความวิตกกังวลต่อตนเอง และต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริม หรือพัฒนาความสามารถให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ ดังคำกล่าวของ Orem (1995) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น จะต้องเป็นความสามารถที่จะกระทำหรือให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้กระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การที่บุคคลที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาจะมีความสามารถที่จะริเริ่มหรือปฏิบัติการในการดูแลเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยนั้น บุคคลเหล่านั้นจะต้องมีความรู้และความสามารถในการกระทำ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองอย่างจงใจของบุคคล อันจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วยต่อไป โดยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถนั้นจะต้องใช้ระบบการพยาบาลซึ่ง Orem ได้แบ่งชนิดของระบบการพยาบาลตามระบบการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยการนำแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลมักจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ แต่เป็นผู้มีความบกพร่องในการดูแล มาใช้เป็นแนวทางในการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลทั้งในด้านของข้อมูลและอารมณ์ซึ่งประกอบด้วยการชี้แนะการสอน โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การให้การสนับสนุนเพื่อส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

ถึงแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวล โดยการสนับสนุนด้วยคำพูด หรือกิริยาท่าทางของผู้วิจัย เช่น การมอง การสัมผัส ซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์และผู้ดูแลแต่ละคน รวมถึงการสนับสนุนโดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ดูแล การให้การสนับสนุนนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย ทำให้มีกำลังใจมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้น จะยึดหลักการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายตามแนวคิดของ Jacobson (1938) เนื่องจาก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายสามารถเรียนรู้โดยบุคคลใดก็ได้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกท่าทางต่างๆ หรือต้องออกกำลังกายอย่างมาก ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ช่วยให้คลายอาการเครียดหรือวิตกกังวล ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ช่วยให้มีสมาธิและความจำที่ดีขึ้น มีผลต่อการปฏิบัติงาน ช่วยให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2536) ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เนื่องจากสามารถช่วยให้คลายความเครียดและวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลมีพลัง สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดและวิตกกังวลได้ ทำให้ผ่อนคลาย เนื่องจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียดได้ เพราะร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ เมื่อจิตใจเกิดความวิตกกังวล จะมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรง โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด เมื่อกล้ามเนื้อของร่างกายตึงเครียด จะส่งผลต่อความรู้สึกทางจิตใจเช่นเดียวกัน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลาย เป็นวิธีขจัดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เป็นผลมาจากการมีความตึงเครียดทางจิตใจ โดยอาศัยหลักของการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วน เพื่อให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้การเครียดมากและคลายมาก เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายเพื่อเรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบรวมกันเป็นหนึ่ง มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2536) ดังการศึกษาของ Leventhal (1993) ที่พบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา ภรณ์ ภูครองหิน (2539) ที่พบว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการนำรูปแบบการพยาบาลใดมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี การศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวียังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้ และจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถ

พัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวให้พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่พบเป็นปกติในชีวิตของมนุษย์ เกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตประจำวัน (Blair & Ramones, 1996; Salzman & Labowitz, 1991) แต่ความรุนแรงของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ ระบบความคิดความรู้สึก ประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเรียนรู้ และการปรับตัว Speilberger (1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ซึ่งเกิดจากการถูกคุกคาม ขาดความมั่นคงไม่ปลอดภัย โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจจะมีจริง หรืออาจเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการนั้น เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องเผชิญปัญหากับอาการความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้บ่อย และการที่ผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลที่สูง (Trice, 1988; Atkin & Amenta, 1991; McShane, Bumbalo, & Patsdaughter, 1994) ซึ่งความวิตกกังวลในระดับที่สูง จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากระดับความวิตกกังวลที่สูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินผิดพลาดได้ (Spear, 1996)

สาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกิดจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อ กลัวการติดเชื้อจากการให้การดูแล ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ต้องการกำลังใจ การประคับประคองด้านจิตใจ และการผ่อนคลายความเครียดที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกวัน (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545; สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ, 2543; อรทัย โสมนรินทร์ และคณะ, 2540; วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542; กิตติกร นิลมานัต, 2538; McCann & Wadsworth,1992; Stewart et al., 1995; Weiler, 1995 cited in Theis et al., 1997) เนื่องจากการรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นภาระที่หนัก ต้องใช้ทั้งพลังกายและพลังใจ บางครั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) และการที่ต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นทั้งทางกายและอารมณ์ ด้านร่างกาย เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ร่างกายถดถอยและมีโอกาสติดโรคได้ ส่วนผลต่อจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ หมดพลังในการทำงาน มองโลกในแง่ร้าย เบื่อ เหงา เป็นต้น(สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545) สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นภาวะกดดันทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) เมื่อจิตใจเกิดความเครียดหรือวิตกกังวลขึ้น จะมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรง โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เกิดความตึงเครียดไปด้วย เมื่อกล้ามเนื้อร่างกายเกิดความตึงเครียด จะมีผลกระทบทำให้อารมณ์และความคิดผิดปกติ และเมื่อยิ่งคิดแต่เรื่องไม่ดี อารมณ์จะเสีย หงุดหงิด เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น (วัลลภ ปียะมโนธรรม, 2536)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยอาศัยหลักของการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วนตามแนวคิดของ Jacobson เพื่อลดความกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการโดยรูปแบบการพยาบาลระบบ

สนับสนุนและให้ความรู้นั้น จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537; Orem, 1995) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การพิจารณาและการตัดสินใจ และระยะของการดำเนินการกระทำและผลของของการกระทำ แต่บุคคลมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง ถูกกระทบจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเครียด หรือความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผลของความเครียดหรือความวิตกกังวลต่อตนเอง และต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริม หรือพัฒนาความสามารถให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถได้นั้น วิธีการหนึ่งคือการใช้ระบบการพยาบาลซึ่ง Orem ได้แบ่งชนิดของระบบการพยาบาลตามระบบการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำแทน การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 1995)

การพยาบาลระบบสนับสนุน เป็นรูปแบบการพยาบาลระบบหนึ่งของ Orem ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่ไม่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537) โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการลดความวิตกกังวล โดยนำมาใช้เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ โดยเป็นผู้ชี้แนะ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องการ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่สงบ ซึ่งจะสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ และยังช่วยให้ผู้ดูแลประเมินตัดสินเหตุการณ์ใหม่ (Reappraisal) ภายหลังได้รับข้อมูลเพิ่มเติมและได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์แล้ว ทำให้สามารถลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับคำกล่าวของอุบล นิวัติชัย (2535) ที่กล่าวว่า วิธีการที่จะช่วยลดความวิตกกังวลได้นั้น ได้แก่ การเปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้พูดระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ การให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ดังการศึกษาของถนอมศรี คูอารยะกุล(2538) ที่ศึกษาพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้น เป็นวิธีขจัดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งความตึงเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการมีความตึงเครียดทางจิตใจ ซึ่ง Jacobson (1938) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคาม ซึ่งจะกระตุ้นระบบ

ประสาทอัตโนมัติ การถูกกระตุ้นทำให้บุคคลมีการตื่นตัว และร่างกายมีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนองทางสรีระ ในแนวทางที่จะต่อสู้หรือถอยหนี มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ รวมทั้งความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ดังนั้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความตึงเครียด ถ้าหากมีเหตุการณ์เหนี่ยวนำให้เกิดความตึงเครียดบ่อยครั้ง ไม่เพียงแต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อนี้จะคงอยู่เท่านั้น แต่ระดับความตึงตัวจะมีระดับสูงขึ้นไปอย่างไม่ลดละ การฝึกให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย มีผลในการขัดขวางต่อการป้อนกลับที่เพิ่มระดับความวิตกกังวล ถ้าหากมีการขัดขวางการป้อนกลับชั่วระยะหนึ่ง พบว่าความวิตกกังวลจะลดลง รู้สึกสบายขึ้น มีการผ่อนคลาย และสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น

นอกจากนี้ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยอาศัยหลักการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วน เป็นวิธีการทำให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้การเครียดมาก และการคลายมาก เป็นการส่งให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง (วัลลภ ปิยมโนธรรม, 2536) เนื่องจากในขณะที่มีการผ่อนคลาย จะเกิดปฏิกิริยาของการผ่อนคลาย (Relaxation) และมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus โดยจะลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตลดลง มีการลดลงของกรด Lactic ในกระแสเลือด และมีการหลั่งสาร Endorphin จากต่อมใต้สมอง และกระจายไปยังสมองส่วน Thalamus เป็นสารก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Benson, 1976) นอกจากนี้ในขณะที่มีการผ่อนคลาย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง ระบบประสาท Limbic ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์จึงสงบลง ไม่เกิดอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกกระวนกระวาย ฟุ้งซ่านหงุดหงิด กลัว ซึมเศร้า หมดหวัง โกรธ ทำให้เกิดความรู้สึกสงบ แจ่มใส นอกจากนี้ การผ่อนคลายยังทำให้เกิดสมาธิ จิตใจสงบ มีความตั้งมั่น มีสติสามารถหาเหตุผลเป็นการหาทางออกให้กับจิตใจ เป็นกลไกทางจิตแบบหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถยอมรับความจริงตามสภาพที่เผชิญอยู่ (Benson, Kotch,& Crassweller, 1977) โดยความวิตกกังวลหรือความเครียดจะลดลงได้หลังจากการฝึกเป็นเวลา 8-12 ครั้ง โดยจะต้องฝึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ละเอียด ชูประยูร, 2538) ดังการศึกษาของทวี นำสกุลวงศ์ (2541) ที่ทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายให้กับนักศึกษาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล เพ็ญสุข (2544) ที่ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อการลดความเครียดของผู้สูงอายุ โดยใช้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายสัปดาห์ละ 2 ครั้งจำนวน 8 ครั้ง พบว่า หลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีระดับความเครียดลดลง และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อขึ้นมา โปรแกรมนี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลต่างๆ ตามความต้องการ ได้แก่ วิธีการดูแลติดเชื้อตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การให้ข้อมูลจะกระทำเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องปัจจัยพื้นฐาน และโดยธรรมชาติของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลส่วนใหญ่จะไม่พูดคุยปัญหาและความต้องการต่างๆ กับบุคคลที่ตนไม่คุ้นเคย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกไว้วางใจ สามารถให้คำแนะนำ ให้ความรู้ คำปรึกษาในปัญหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญได้ดีกว่า ก่อนการให้ข้อมูลนั้น จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ ในระหว่างการให้ข้อมูลจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ร่วมกับให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแล ซึ่งสามารถกระทำได้โดยคำพูด หรือกิริยาท่าทางของผู้วิจัย เช่น วิธีการมอง การสัมผัส โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้ดูแลแต่ละบุคคล มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ นอกจากนี้ ยังมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์วิธีหนึ่ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย โดยอาศัยหลักการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วน เป็นวิธีการทำให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้การเครียดมาก และการคลายมาก เป็นการส่งให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้เหมาะสม และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมรณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลองทันที เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 25 มีนาคม 2549

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลตามสถานการณ์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน เน้นการให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ดูแล โปรแกรมนี้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ดูแล โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียด

ขั้นที่ 1 การประเมินปัญหา เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการและผู้ดูแล และประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลและฝึกทักษะ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสอนผู้ดูแลให้ตรวจนับชีพจรด้วยตนเอง และเป็นผู้นำฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง โดยปฏิบัติตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ การป้องกัน

การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา พร้อมๆ กับการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน และการกระตุ้นชี้แนะ

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน โดยแจกเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และให้บันทึกผลการฝึกและชีพจรก่อนและหลังผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยแจกให้

ขั้นที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินความรู้ของผู้ดูแลภายหลังการให้ความรู้ ประเมินการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจากแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองที่บ้าน และประเมินปัญหาและอุปสรรคของการฝึก

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความหวาดหวั่น เป็นทุกข์ ความกระวนกระวายใจ หรือความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และต้องเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล วัดได้โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y -1) (STAI form Y-1) ของ Speilberger และคณะ (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534)

ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ หรือน้อง ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของพยาบาลประจำการ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อาการ การรักษา ค่ารักษาพยาบาล และคำแนะนำทั่วๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทางออกในการลดความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร บทความวิจัยต่างๆ ในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
4. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล
5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
    5.1 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
    5.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
6. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอ็ชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายมนุษย์ ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมถอย หรือเสียไปเรื่อยๆ จนในที่สุดร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคใดๆ ได้ ร่างกายจะอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย ในที่สุดก็เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ (opportunistic infection) และเป็นโรคมะเร็งบางอย่างได้ง่ายกว่าคนปกติ

1.1 สาเหตุและการแพร่กระจายของโรคเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเอ็ชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) สามารถทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการแพร่กระจายของโรคเอดส์นั้น เกิดจากเชื้อเอ็ชไอวีที่อยู่ในโลหิต น้ำ หรือของเหลวที่ออกจากร่างกายของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำลาย น้ำตา น้ำนม น้ำเหลือง ปัสสาวะ เสมหะ โดยที่เชื้อเอ็ชไอวีจะติดต่อจากผู้ที่มีเชื้อไปยังผู้สัมผัสโดยวิธีต่างๆ ดังนี้

1.1.1 ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งแบบรักร่วมเพศและรักต่างเพศ พบว่าอัตราการติดเชื้อจากเพศชายสู่หญิงสูงกว่าอัตราการติดเชื้อจากเพศหญิงสู่ชาย (Healy & Coleman, 1989) นอกจากนี้การร่วมเพศทางทวารหนักจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น

1.1.2 ทางกระแสเลือด พบได้ 3 กรณี คือ การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และการปลูกถ่ายอวัยวะที่บริจาคโดยผู้ติดเชื้อ

1.1.3 การถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีจากมารดาสู่ทารก พบได้ระหว่างการตั้งครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์ได้ 15 อาทิตย์ เชื้อเอ็ชไอวีสามารถผ่านจากรกไปสู่ทารกได้ และมารดาที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีหลังคลอดจะสามารถถ่ายทอดเชื้อเอ็ชไอวีไปสู่บุตรทางน้ำนมได้ (Healy & Coleman, 1989)

ยังไม่มีรายงานว่ามีการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจ หรือการสัมผัสระหว่างบุคคล ทางแมลง ทางยุง น้ำ สระว่ายน้ำ ห้องสมุด การรับประทานหรือดื่มโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกันหรือใช้วัสดุอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ เสื้อผ้าร่วมกัน

1.2 ระยะของการดำเนินโรค

บุคคลที่ได้รับเชื้อเอ็ชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนและความรุนแรงของเชื้อเอ็ชไอวีที่เข้าสู่ร่างกายและภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้รับเชื้อ ในกรณีที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น จะมีระยะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่มีอาการ หรือระยะเลือดบวก ภายใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังได้รับเชื้อเอ็ชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 10 จะมีอาการคล้ายๆ ไข้หวัด คือ มีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่นตามตัว แขนขาชาหรือไม่ค่อยมีแรง มีอาการอยู่ประมาณ 10-14 วัน แล้วหายไปเอง ประมาณ 6-8 สัปดาห์ภายหลังได้รับเชื้อเอ็ชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ถ้าตรวจเลือดอาจพบว่ามีเลือดบวกได้ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะยังคงมีสุขภาพดี และดูแข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่ก็สามารถแพร่เชื้อเอ็ชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มมีอาการ อาการที่พบบ่อยในช่วงนี้ ได้แก่ มีไข้เรื้อรัง หรือท้องเสียเรื้อรัง และน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีเชื้อราหรือเริมในปาก เบื่ออาหาร หรือเป็นงูสวัด ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ใช่อาการเฉพาะสำหรับโรคเอดส์เสมอไป อาจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคอื่นได้เช่นกัน

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ บ่อยและอาจเป็นมะเร็งของผนังเส้นเลือดที่เรียกว่า Kaposi sarcoma ได้

1.3 การวินิจฉัยโรค

การตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอ็ชไอวีในเลือด จากสารที่ออกจากร่างกายเป็นวิธีการวินิจฉัยโรคเอดส์เบื้องต้นที่นิยมในปัจจุบัน เนื่องจากตรวจได้ง่าย ราคาถูก มีความไวและความจำสูงถึงร้อยละ 95-99

วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) ถ้าผลบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ควรตรวจยืนยันผลโดยวิธี Western Blot หรือ Immunofluorescence แต่ถ้าผลเป็นลบ ควรตรวจซ้ำอีกครั้งภายหลังการตรวจครั้งนี้ 3-6 เดือน ก่อนยืนยันผลว่าไม่ได้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในกรณีที่ผลเลือดคลุมเครือ อาจตรวจยืนยันด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดขาว จะพบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง อัตราส่วน T-helper cell (T3) ต่อ T-suppresser cell (T4) ต่ำกว่า 1 (ปกติ 1.7-2.1) การตรวจหา Reverse Trancriptase Enzyme หรือ HIV antigen เป็นต้น

ซึ่งการตรวจพบเชื้อไวรัสและ antibody ในเลือดนั้น หลังจากที่พบเชื้อราว 1 สัปดาห์ จะตรวจพบแอนติบอดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะตรวจพบ antibody ได้ประมาณสัปดาห์ที่ 3-12 บางรายมีการสร้าง antibody แต่เกือบทั้งหมดจะพบ antibody ในเวลา 6 เดือน ดังนั้นในผู้ติดเชื้อระยะแรกอาจมีเชื้อไวรัสแพร่สู่ผู้อื่นได้ แต่ตรวจไม่พบ Anti-HIV อยู่นานราว 1 สัปดาห์ เรียก window period

1.4 การรักษาโรคเอดส์

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ให้หายขาด หรือกำจัดเชื้อไวรัสให้หมดไปจากร่างกายได้ แต่ถ้าสามารถหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสได้ จะช่วยยับยั้งการดำเนินโรค ชะลอเวลาที่จะเจ็บป่วย ดังนั้นการรักษาโรคเอดส์ จึงแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ (วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, 2545)

1.4.1 การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ (Opportunistic infections) มะเร็ง และอาการอื่นๆ เช่น ไข้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเป็นต้น ปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อนที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นมาจริงๆ เช่น การให้ยาป้องกันปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis ยาป้องกันเชื้อราขึ้นสมอง และยาป้องกันวัณโรค เป็นต้น

1.4.2 การรักษาที่มุ่งกำจัดเชื้อเอ็ชไอวี ในปัจจุบันถึงแม้ว่ายังไม่มียาที่ได้ผลแน่นอนในการฆ่าทำลายเชื้อเอ็ชไอวี แต่ก็มียาที่สามารถหยุดยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอ็ชไอวี และช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ออกไปได้ ยาเหล่านี้มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์ ทั้งที่เริ่มมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำลง และที่มีระดับภูมิคุ้มกันยังไม่ต่ำ แต่มีเชื้อเอ็ชไอวีปริมาณมากในเลือด การให้ยาต้านเชื้อเอ็ชไอวีจะทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับดีได้นานขึ้น และมีการติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง

1.4.3 การเสริมหรือกระตุ้นภูมิต้านทานที่เสียไป โดยใช้ยาหรือสารกระตุ้น ให้อาหารที่มีประโยชน์เพียงพอ รักษาประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจ

1.4.4 การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษา แนะนำ การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การให้การรักษาอาการทางจิตใจที่อาจจะเกิดขึ้นจากความกดดันหลายๆ ด้าน ตลอดจนการสงเคราะห์ด้านการงานอาชีพ และการรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดในรายที่ติดยา

1.5 ผลกระทบของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทุกคนในสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม นั่นคือ จะส่งผลกระทบต่อชีวิตบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้าง คือ ครอบครัวและชุมชน

1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยเอดส์ด้านจิตใจเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์ จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอน และกลัวการถูกเปิดเผยความลับ เพราะกลัวการรังเกียจจากญาติพี่น้อง และบางรายอาจมีปัญหากับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่ยอมรับ และเมื่อถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวในสังคม ผู้ติดเชื้อมักจะเกิดความว้าเหว่ และกังวล ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความต้องการที่พึ่งทางจิตใจอย่างมาก

1.5.2 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเชื้อเอ็ชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว อาจมีระยะเวลาตั้งแต่รับเชื้อเอดส์จนเริ่มมีอาการแสดงจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและกำลังใจของผู้ติดเชื้อแต่ละราย ในระยะแรกของการติดเชื้อเอดส์นั้นยังไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด จะมีเพียงอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ และจะหายไปเองภายในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ต่อมา หากไม่ได้ดูแลตนเองก็จะทำให้มีการเจริญเติบโตและขยายจำนวนเชื้อเอดส์ในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรงตามมา และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.5.3 ผลกระทบทางด้านสังคม การติดเชื้อเอ็ชไอวีอาจมีผลกระทบทางด้านสังคมภายในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้องของครอบครัวและชุมชน ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกไร้ค่า มีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

1.5.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอ็ชไอวีอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ สูญเสียรายได้ อีกทั้งยังต้องมีภาระจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอ็ชไอวีส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการนั้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการให้การดูแล เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีต้องเข้ามานอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ คือ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด เนื่องจากโรคเอดส์ยังไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ ทำให้เสียชีวิต และเป็นที่รังเกียจของสังคม เมื่อการรักษายังไม่

ได้ผล การพยาบาลให้การดูแลจึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องพิจารณาการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเหมาะสมด้วย โดยใช้หลักทางวิทยาศาสตร์และศิลปะมาประยุกต์ใช้เน้นความสำคัญในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยอันดีแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเสมอภาคและทัดเทียมกัน

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การดูแลรักษาไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ติดเชื้อย่อมต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการให้การดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่มักจะเป็นญาติผู้ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542)

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทของผู้ดูแล ที่จะต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับโรคเรื้อรัง หรือทุพลภาพนั้นอย่างมีความสุขตามอัตภาพ สมาชิกครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลใกล้ชิด เป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ต้องรับผิดชอบเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกาย และความต้องการส่วนบุคคล รวมทั้งการให้การดูแลตามแผนการรักษาต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้ยาตามเวลา เป็นต้น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ทราบความต้องการของผู้ป่วย การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่สามารถตัดสินใจและสั่งการหรือมอบหมายงานให้กับผู้ช่วยเหลือ หรือสมาชิกคนอื่นๆ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างแทนได้ ถือว่าเป็นผู้ดูแลรอง เป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเป็นบางช่วงเวลา โดยส่วนใหญ่รับผิดชอบในเรื่องการให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เป็นการจัดการ เช่น การติดต่อประสานงาน การแสวงหาค่าใช้จ่าย และอาจรวมไปถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลักก็จะเป็นผู้ที่รับภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และต้องรับผิดชอบภาระงานทั้งหมด ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ต้องการปกปิดไม่ให้คนอื่นๆ รู้ว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ แม้กระทั่งคนในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องให้การดูแลตามลำพัง ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ, 2541; ประณีต ส่งวัฒนา, 2541) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วย มีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ คือ (วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, 2545)

1) ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมลงของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย จนถึงระดับที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตในสังคมภายนอกบ้านก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การทำแผล การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภาระงานหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบและทำให้กับผู้ป่วยเหล่านี้ มักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาล่วงหน้าได้ว่าจะทำอะไร

2) ปัญหาความผิดปกติทางความคิด สติปัญญา หรือความผิดปกติของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ภาระการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ ดังนั้น ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวล ไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการดังกล่าวขึ้นเมื่อใด

3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ภาระการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่

จากปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จึงนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องทำให้ผู้ป่วย ประการแรก ได้แก่ การให้การดูแลโดยตรงในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งดูแลปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ประการที่สอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การช่วยเหลือ ปลอบโยนทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น จะต้องคอยประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประการที่สาม ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากรหรือหน่วยงานทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย ประการสุดท้าย ผู้ดูแลที่บ้านบางคนอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเงินอีกด้วย

2.1 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการ

การรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีนั้นจะมีบทบาทมากเมื่ออยู่ที่บ้าน แต่เมื่อผู้ติดเชื้อเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะมีบทบาทน้อยลง โดยผู้ดูแลจะมีบทบาทในเรื่องของการช่วยเหลือประสานงานกับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล การช่วยเหลือด้านจิตสังคม เช่น การเอาใจ ให้กำลังใจ สนใจในความรู้สึกของผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีควรรับรู้ปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลควรเตรียมตัวในเรื่องการศึกษาหาความรู้ และความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์เป็นอย่างดี รู้จักวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการ เช่น เมื่อมีไข้ควรเช็ดตัวลดไข้ มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี รวมทั้ง

คนอื่นๆ ในครอบครัวมีการปรึกษาหารือกัน โดยยึดหลักการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และร่วมกันแก้ปัญหา รู้แหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่พึ่งทางใจ เมื่อรู้สึกท้อแท้ และทนสภาพที่เป็นอยู่ไม่ไหว (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2540; จรรยา รัตนวิภา, กมลาภรณ์ คงสุข วิวัฒน์, และอุทิศ จิตเงิน, 2540) โดยผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1.1 กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลตามปกติ และกิจกรรมการดูแลขณะมีอาการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (Greif & Golden, 1994)

2.1.1.1 การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีการติดเชื้อวัณโรคแทรกซ้อน บางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ทำให้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บางรายรับประทานยายาก มีแผลในปากหรือมีปัญหาการกลืน ผู้ดูแลต้องบดยาและผสมน้ำเชื่อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ง่ายขึ้น

2.1.1.2 การทำแผล ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการส่วนใหญ่จะมีแผลพุพองตามผิวหนัง ฝี เป็นหนอง รวมทั้งแผลกดทับ ถ้าเป็นแผลที่ไม่ใหญ่มาก ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ทำแผลเองที่บ้าน เป็นงานที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากต้องมีเทคนิคการทำแผลที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องมีความรู้และสามารถสังเกตแผลที่มีลักษณะผิดปกติได้ ส่วนแผลที่มีขนาดใหญ่ และมีการติดเชื้อ ผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยไปทำแผลที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน

2.1.1.3 การดูแลขณะมีไข้ ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการส่วนใหญ่มักมีไข้เป็นๆ หายๆ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในรายที่มีไข้สูง และไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ผู้ดูแลต้องเช็ดตัวลดไข้ให้ และจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีลมพัดโบก เพื่อช่วยให้ระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ดีขึ้น

2.1.1.4 การดูแลขณะมีอาการปวด ส่วนใหญ่แล้วเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะ หรือปวดตามร่างกาย ในกรณีที่มีอาการปวดไม่รุนแรง ผู้ดูแลอาจหลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด มาใช้การบีบนวด การดูโทรทัศน์ การฟังเพลงหรือการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งอื่น อาจทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง แต่ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อราหรือพยาธิในเยื่อหุ้มสมอง อาการปวดศีรษะจะรุนแรง ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาบรรเทาปวด ต้องสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการให้การดูแลเบื้องต้นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น การเจ็บปวดรุนแรงเหนื่อยหอบ การมองเห็นเปลี่ยนไป ชัก อาเจียน ซึมลง และไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นอาการที่ต้องรีบนำผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยเร็ว

2.1.1.5 การดูแลขณะมีอาการท้องเสีย ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปห้องน้ำได้เอง ผู้ดูแลจำเป็นต้องสอดกระโถนนอน หรือพยุงผู้ป่วยนั่งกระโถน ผู้ป่วยบางรายที่มี

อาการอ่อนเพลียมาก ผู้ดูแลอาจต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ต้องคอยดูแลผลัดเปลี่ยนผ้าอ้อม รวมทั้งทำความสะอาดทวารหนักทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระและเช็ดให้แห้ง เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก นอกจากนั้นผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่บ่อยๆ รวมทั้งการจัดเตรียมอาหารอ่อน ย่อยง่ายให้ผู้ป่วยรับประทาน

2.1.1.6 การดูแลขณะมีผื่นตามร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำอุ่น และสบู่อ่อนๆ ผู้ดูแลจะต้องสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิวแห้งหรือไม่ หากผู้ป่วยมีอาการผิวแห้ง ผู้ดูแลต้องดูแลทาครีมบำรุงผิวให้ภายหลังการอาบน้ำ

2.1.1.7 การดูแลขณะมีปัญหาในช่องปาก ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการมักเป็นฝ้าที่ลิ้น และกระจายไปถึงคอและหลอดอาหาร บางรายมีตุ่มหรือแผลที่คอทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ในรายที่ไม่สามารถแปรงฟันได้เอง ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดปาก ฟัน และลิ้นให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ทาริมฝีปากด้วยเจลหรือลิปเพื่อรักษาริมฝีปากให้มีความชุ่มชื้นอยู่ตลอดเวลา ต้องเตรียมอาหารอ่อนย่อยง่าย มีรสจืด ให้ผู้ป่วยรับประทาน นอกจากนั้น ต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เช่น อาการเจ็บในปากและคอจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้ มีเลือดออกจากปากและฟันไม่หยุด เป็นต้น

2.1.1.8 การดูแลขณะเกิดอาการไอและหายใจลำบาก ผู้ดูแลต้องจัดท่านอนศีรษะสูง หรือนั่งพิง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไอเอาเสมหะออกมาได้สะดวก และช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก

2.1.1.9 การดูแลขณะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมอาหารแห้งๆ ที่ไม่มีกลิ่นไว้ให้ผู้ป่วยรับประทาน รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่ให้มีกลิ่นกระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปาก ฟันบ่อยๆ

2.1.1.10 การดูแลขณะมีอาการอ่อนเพลีย ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน รวมทั้งการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.1.2 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงเข้านอน เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลมากกว่ากิจกรรมอื่น กิจกรรมด้านนี้ประกอบด้วย (Greif & Golden, 1994)

2.1.2.1 การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้จัดเตรียมหรือปรุงอาหารเองเฉพาะสำหรับผู้ป่วยรับประทาน ต้องคอยดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ป้อนอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2.1.2.2 การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า โกนหนวด สระผม หวีผม ตัดเล็บ เป็นต้น ในรายที่พอจะสามารถทำได้เอง ผู้ดูแลต้องจัดหา

อุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยทั้งหมด

2.1.2.3 การแต่งกาย ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่ใส่สบาย สามารถสวมและถอดได้ง่าย

2.1.2.4 การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ การจัดเตรียมกระโถนให้ผู้ป่วยนั่งถ่าย ในรายที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ผู้ดูแลต้องให้ผู้ป่วยใช้กระโถนนอน หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูป ต้องคอยช่วยเหลือทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย

2.1.2.5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มียุงหรือแมลงรบกวน การถ่ายเทอากาศดี สะอาด และอุณหภูมิพอเหมาะ

2.1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านร่างกาย ที่พบบ่อย คือ อาการอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ต้องการการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว โดยเริ่มตั้งแต่การพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนบนเตียง การช่วยประคองให้ลุกขึ้นยืนหรือเดิน เป็นต้น

2.1.4 การดูแลด้านจิตใจ เป็นการดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้และหมดหวัง ผู้ดูแลต้องให้กำลังใจ ปลอบใจ หรือแม้แต่การสัมผัสอย่างอ่อนโยนเพื่อปลอบประโลมผู้ป่วย การตอบสนองทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมากับผู้ป่วย และการอยู่เป็นเพื่อน การสนับสนุนให้ผู้ป่วยศึกษาศาสนา การฟังเทศน์ ทำสมาธิ หรือแม้แต่การหางานอดิเรก งานเบาๆ ให้ผู้ป่วยทำ รวมทั้งการสนับสนุนให้เข้าร่วมเครือข่ายผู้ติดเชื้อในชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะได้พบปะผู้ติดเชื้อด้วยกันและมีสันทนาการร่วมกัน ผู้ดูแลต้องอาศัยทักษะในการสังเกตและจับความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในด้านการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และต้องมีความอดทนและใจเย็นพอ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร

2.1.5 การเฝ้าดูหรือสังเกตอาการ ผู้ป่วยเอดส์มักเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ถึงลักษณะอาการ ความรุนแรง และระยะเวลาที่จะเกิดอาการกำเริบได้ (Powell-Cope, 1994) ทำให้ผู้ดูแลต้องหมั่นสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องคอยระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และยังต้องมีความใจเย็นพอที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ซ้ำๆ

2.1.6 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ คือ คิดมาก เก็บตัว ซึมเศร้า การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ไปจนถึงความพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลจำเป็นต้องสังเกตพฤติกรรมเหล่านี้อย่างใกล้ชิด และพยายามหาวิธีการที่จะจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ รวมทั้งการจัดการเก็บอาวุธหรือสิ่งที่จะใช้เป็นอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่นอย่างมิดชิด

2.1.7 การช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ แทนผู้ป่วยเอดส์

2.1.8 การรับภาระในการสรรหาค่าใช้จ่ายต่างๆ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเป็นผู้รับภาระในการสรรหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าใช้จ่ายในด้านค่ายา ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน รวมทั้งค่าเดินทาง ค่าน้ำมัน หรือยานพาหนะเป็นต้น

2.1.9 การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง ผู้ป่วยเอดส์ต้องเดินทางไปตรวจรักษา และตรวจตามนัดค่อนข้างบ่อย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดการเรื่องการเดินทางทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อ วางแผนจัดสรรเรื่องเวลา ยานพาหะ อาหาร ที่พักอาศัย นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจต้องเดินทางไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วย

2.1.10 การวางแผนและเตรียมกิจกรรมพิเศษต่างๆ เช่น การพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด การพาไปร่วมกิจกรรมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

2.1.11 การทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น งานบ้านที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การทำความสะอาดภาชนะต่างๆ การกำจัดสารคัดหลั่งต่างๆ เป็นต้น

2.1.12 การทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ประกอบกับการขาดรายได้จากการเจ็บป่วยของสมาชิกที่เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เพิ่มขึ้น

2.1.13 การติดต่อกิจธุระนอกบ้าน การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ต้องเป็นผู้ที่ไปติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ แทนผู้ป่วย เช่น การไปธนาคาร การไปซื้อของ การไปจ่ายค่าบริการต่างๆ รวมไปถึงการติดต่อประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

จากความรับผิดชอบของผู้ดูแลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนอย่างมาก เนื่องจากกิจกรรมการดูแลมีความจำเจ ปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมา เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยมากขึ้น หรือซับซ้อนขึ้น ผู้ดูแลก็อาจจะต้องหาวิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการดูแล ทำให้มีความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น หรือเมื่อใดที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เนื่องจากความเรื้อรังของโรค เช่น เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้หรือซึมเศร้า ก็จะส่งผลต่อสภาพอารมณ์จิตใจของผู้ดูแลได้เช่นกัน จึงเป็นธรรมดาของผู้ดูแลที่อาจเกิดความเครียด ความกังวลในการดูแลผู้ป่วย (วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, 2545)

2.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว

การที่สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการของโรคเอดส์ปรากฏ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง และส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไม่น้อยไปกว่าที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ติด

เชื้อเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิด รับผิดชอบและดูแลผู้ติดเชื้อ เพราะนอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายแล้ว ผู้ดูแลยังต้องช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อด้วย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาและความต้องการ ซึ่งแบ่งออกเป็นรายด้าน ดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ต้องใช้เวลา 21-30 ชั่วโมง/สัปดาห์ (Theis et al., 1997) ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ความสนใจต่อสุขภาพตนเองลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา (อรทัย โสมนรินทร์, 2538)

2.2.2 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้น ด้านจิตใจของผู้ดูแลได้รับผลกระทบสูงกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวล ความกลัวและความไม่แน่นอนทั้งของตนเอง ผู้ติดเชื้อ สมาชิกในครอบครัวและสังคมรอบข้าง (อรทัย โสมนรินทร์, 2538) คับข้องใจในการเก็บความลับ (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ, 2541) ไม่กล้าให้การดูแล เกิดความกลัวในเรื่อง กลัวการติดเชื้อ กลัวการถูกละทิ้งจากสังคม เกิดความโกรธ จากการที่ผู้ติดเชื้ออาจจะเป็นปัญหาต่อสังคม การไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงขึ้น การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โกรธจากการที่สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตต่างๆ ขึ้น ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้บทบาทในการดูแลเพื่อช่วยพิจารณาตัดสินใจในการดูแลผู้ติดเชื้อ จากการศึกษาของกิตติกร นิลมานัต (2539) พบว่าผู้ดูแลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อตนเองได้ จากการขาดประสบการณ์ในการดูแล ไม่ทราบว่าควรจะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากใคร ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการที่คาดหวัง ไม่สามารถหาคำตอบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ เกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ และความวิตกกังวลจะมีผลต่อการรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (อรทัย โสมนรินทร์, 2538)

2.2.3 ด้านสังคม การติดเชื้อเอ็ชไอวีนั้นเป็นโรคที่แตกต่างไปจากโรคอื่นๆ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย สังคมรังเกียจ มีลักษณะการแพร่กระจายไปในกลุ่มที่มีปัญหาในสังคม ขาดการยอมรับ (Norbeck et al., 1991) ถูกปฏิเสธจากสังคม ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียอิสระ รู้สึกสูญเสียการดำเนินชีวิต สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสูญเสียอนาคต (Brown & Powell-Cope, 1993)

2.2.4 ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานานตลอดชีวิตของผู้ป่วย ต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ผู้ติดเชื้อบางรายไม่สามารถทำงานได้เนื่องสุขภาพไม่ดี หรือสังคมรังเกียจ ทำให้ขาดรายได้ นอกจากนั้น ขณะเจ็บป่วยก็ต้องการผู้ดูแล ทำให้การทำงานต่างๆ ของครอบครัวถูกกระทบ เพราะต้องใช้เวลามาดูแลผู้ป่วย ทำให้ปัญหาการเงินยิ่งรุนแรงมากขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537)

จะเห็นได้ว่า การเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมากในทุกๆ ด้าน เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว อีกทั้งเกิดความรู้สึกกลัวในความไม่แน่นอนในอนาคตที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและกับตนเอง กลัวการติดเชื้อ กลัวสังคมรับรู้ ไม่กล้าให้การดูแล เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การดูแล และไม่มีความรู้เบื้องต้นในการให้การดูแลผู้ป่วย ผลกระทบดังกล่าว ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และอาจจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และภาวะจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นอีกผู้หนึ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจในภาวะสุขภาพ อารมณ์ และจิตใจ เพราะสิ่งต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และบทบาทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีแนวโน้มที่จะทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจถดถอยลง มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, 2545)

2.3 บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล

พยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล ดังต่อไปนี้ (วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, 2545)

2.3.1 ร่วมกับญาติในการประเมิน หรือคัดเลือกผู้ที่มีความเหมาะสมที่จะทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โดยประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แรงจูงใจ และความสามารถในการดูแล รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

2.3.2 จัดหาโอกาส หรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้คำปรึกษา สอน ฝึกทักษะการดูแลต่างๆ จนผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยร่วมประเมินผล และติดตามผลเป็นระยะๆ

2.3.3 ช่วยติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

พยาบาลเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่สอน และช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี ภาระงานต่างๆ ของผู้ดูแลเป็นผลมาจากความจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ความผิดปกติทางความคิดหรือพฤติกรรม และความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความเหนื่อยล้าในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และวิตกกังวลได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล พัฒนาทักษะที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแล พร้อมทั้งการประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่น รัดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน หมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ความรู้สึกตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ และความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต (Stuart & Suddeen, 1979) ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ เกิดได้กับบุคคลในทุกระยะของวงจรชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกเตือนให้ทราบว่ามีความสมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ (Johnson, 1993)

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้หลายท่าน ดังนี้

Zung (1971) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นเพียงระดับความรู้สึกจากภายในชั่วระยะเวลาสั้นๆ ของบุคคล เช่น รู้สึกกระวนกระวายใจเล็กน้อยไปจนกระทั่งถึงระดับที่มีความผิดปกติ ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มลักษณะอาการของอาการ และอาการแสดงของสภาพปัจจุบัน ซึ่งสามารถวัดเป็นปริมาณความหนาแน่นของความวิตกกังวลได้

Spielberger (1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเน หรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย

Wilson and Kneisl (1988) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ยุ่งยาก ประกอบกับความรู้สึกผิด กลัว สงสัย และเหมือนถูกครอบงำ ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำลาย (destructively) หรือพฤติกรรมการสร้าง (contributively) ถ้าเกิดพฤติกรรมการทำลาย ความวิตกกังวลจะทำให้เกิดปัญหากับบุคคล แต่ถ้าเกิดพฤติกรรมการสร้างจะทำให้เกิดพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมการสร้างมากขึ้น ถ้าทราบแหล่งที่มาของความวิตกกังวล

Montgomery and Morris (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ไม่ราบรื่น รวมทั้งเพิ่มความรู้สึก ความคิดในด้านลบ เกิดได้ในบุคคลทั่วไป ความกังวลเป็นความรู้สึกกลัว และความหวาดหวั่น รวมถึงสิ่งที่คุกคามที่ไม่คาดคิด และไม่สามารถควบคุมได้ ความวิตกกังวลจะกระตุ้นให้เกิดความกระวนกระวาย

Stuart and Laraia (2001) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่อาจเกิดขึ้น บางครั้งจะรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

NANDA nursing diagnosis category (cited in Barry, 2002) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความขัดแย้งของจิตใต้สำนึกในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความหมาย หรือเป้าหมายของชีวิต เช่น ความเป็นตัวเอง (self-concept) ความตาย (death) การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (role functioning) การเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต (situational/maturational crisis) การที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs)

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2540) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากบุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความไม่พึงพอใจ และเมื่อตนเองต้องเผชิญกับสิ่งเร้านั้น จึงเกิดความวิตกกังวลว่า ตนจะได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจ ดังที่เห็นจากตัวแบบ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่สบายใจ ไม่เป็นสุข อึดอัด กระวนกระวายใจ หวาดหวั่น ประหม่า เครียด ขาดความมั่นคงปลอดภัย กลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น แล้วมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้ จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และความเหมาะสมของสถานการณ์

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึก ไม่พอใจ เนื่องจากรู้ว่าตนเองถูกข่มขู่ หรือจะมีอันตราย หรือการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสภาวะทางอารมณ์เช่นนี้ คนเราอาจจะรู้สึกเครียด รู้สึกวิตกหรือหวาดกลัว สภาวะเช่นนี้กล่าวได้ว่าได้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นแล้ว

ปริญญา สนิกะวาที (2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในมนุษย์ที่มีความไม่สบาย รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ไม่ปลอดภัย เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้

วินัย ปานโท้ (2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะอารมณ์ หรือความรู้สึกชนิดหนึ่ง เป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เพราะทำให้เกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น อันเนื่องมาจากการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า หรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตทางด้านลบว่าจะเป็นอันตราย หรือมีความไม่มั่นคงปลอดภัยต่อตนเอง มีอิทธิพลต่อความคิด อารมณ์ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก อึดอัด ไม่แน่ใจ หรือหวาดกลัว โดยหาสาเหตุที่ชัดเจนไม่ได้ อาจเกิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่บุคคล

ประเมินว่าคุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีความเครียด หวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ซึ่งสามารถแสดงออกและประเมินได้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ระยะเวลาและความรุนแรงจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

3.2.1 สิ่งที่คุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

3.2.2 สิ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

สำหรับสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งถือว่าเป็นภาระงานที่หนัก ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องใช้ทั้งพลังกาย พลังใจ บางครั้งทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า หมดพลังในการทำงาน เป็นภาวะกดดันทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น แต่เมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเกิดการเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ภาระการดูแลน้อยลง แต่ผู้ดูแลจะประเมินและรับรู้ว่า การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก จากการที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามอาการที่เกิดขึ้น การไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยได้ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ถือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย และความมั่นคงปลอดภัยของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

3.3.1 ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล และความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522) ซึ่ง Lader et al. (1971) ได้ทำการสำรวจ พบว่า เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และขนบธรรมเนียมประเพณีมีผลต่อระดับความวิตกกังวลดังต่อไปนี้

3.3.1.1 เพศ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นผู้หญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าเมื่อเพศหญิงมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก็มาพบแพทย์แล้ว ในขณะที่เพศชายจะมาพบแพทย์เมื่อมีความวิตกกังวลอย่างมาก

3.3.1.2 อายุ พบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 16-40 ปี เฉลี่ยประมาณอายุ 25 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al (2000) กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหามากกว่า

3.3.1.3 กรรมพันธุ์ พบว่า มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) คิดเป็นร้อยละ 15 ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลพบเพียงร้อยละ 0-5

3.3.1.4 ประสบการณ์ในอดีต พบว่า มีหลายรูปแบบที่ไม่แน่นอนมาจากสิ่งแวดล้อมที่ดี หรือเป็นลูกกำพร้า หรือทั้งแต่งงานแล้วและหย่าร้าง และในกลุ่มพวกนี้ความฉลาดและการศึกษาอยู่ในระดับปกติ

3.3.2 ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะที่มากระทบ การรู้เรื่องล่วงหน้า สิ่งที่เคยกระทบมาก่อน ความเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน โดยสุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522) ได้กล่าวถึงสิ่งที่มากระตุ้นว่าขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจ และเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร

ส่วนปัจจัยด้านอื่นที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

1) การศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยม สอดคล้องกับ Kindler et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และไม่มีประกันชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูง แต่ต่างจากการศึกษาของ Domar, Everett, & Keller (1989) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

2) ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่ต่างกัน และในปัจจุบัน ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจะมีความวิตกกังวลสูง

3) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho, & Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะในด้านจิตใจ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น บางปัจจัยยังให้ผลต่อความวิตกกังวลยังไม่แน่นอน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้จับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ความใกล้เคียงกันของ

คะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนการทดลองไม่เกิน 5 คะแนน และความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

3.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger & Gueervero (1982) Spielberger & Krasner (1988) Spielberger & Sydeman (1994) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.4.1 ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการประเมิน หรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสภาวการณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมี A-State อยู่ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่รับรู้ว่าอยู่ในภาวะคุกคาม

3.4.2 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลทีเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วๆ ไปที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงอาจรับรู้ว่า สถานการณ์ทีเกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มี A-Trait ต่ำ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่า A-State อยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงจะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสภาวการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของการโต้ตอบต่อความวิตกกังวลตามสภาวการณ์ที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น (Spielberger, 1983 cited in Webb & Riggin, 1994)

ความแตกต่างของความวิตกกังวลทั้งสองชนิดนี้ Spielberger (1972) กล่าวว่า A-State เป็นอารมณ์หลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน (mixed emotions) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ส่วน A-Trait จะเป็นอารมณ์พื้นฐานบางอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกันบ่อยๆ นานๆ เข้าจะค่อนข้างเป็นอารมณ์ที่คงที่ของบุคคลนั้นๆ ในขณะที่ A-State นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Spielberger, 1983 cited in Murrey, Lowe, Anderson, Home, Lott, & MacDonald, 1996)

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการนั้น ถือว่าเป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.5 ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเหตุการณ์ที่มากระทบก่อให้เกิดผลดีและผลเสียกับบุคคลตามความรุนแรงของแต่ละระดับ ซึ่งแบ่งออกได้ 4 ระดับ ดังนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

3.5.1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild anxiety) หรือความวิตกกังวลเล็กน้อย ความวิตกกังวลในระดับนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ เพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลตื่นตัว (alert) มากขึ้นว่าควรทำอย่างไรในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีการเรียนรู้และการรับรู้ดีขึ้น จดจำได้มากขึ้น ลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ มีความระแวดระวัง ตื่นตัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะดีขึ้นกว่าแต่ก่อน รับรู้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้อย่างง่ายดาย ความวิตกกังวลในระดับนี้เป็นการเตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์

3.5.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่ แต่การรับรู้แคบลง บุคคลจะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไป และมุ่งเน้นไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น นักศึกษามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสอบ อาจสามารถที่จะมีสมาธิในการอ่านหนังสือ ถึงแม้ว่าจะมีสิ่งแวดล้อมที่รบกวน พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความสนใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งความสนใจอยู่จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำในขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นลดลง

3.5.3 ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) การรับความรู้สึกจะลดลงมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปอยู่ที่รายละเอียดปลีกย่อยของเหตุการณ์ที่ประสบ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการจัดการเรื่องต่างๆ ลดน้อยลง เกิดความตึงเครียด สมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้น จะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อย จะสนใจเฉพาะรายละเอียดปลีกย่อยของเหตุการณ์นั้น ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลทำได้ไม่ดี อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาท sympathetic ถูกกระตุ้น ทำให้ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น และมีการหลั่ง Epinephrine เพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงได้

3.5.4 ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic anxiety) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้น หรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกงง และรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดง

พฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจน หรือเข้าใจได้ยาก ฉุนเฉียวง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนี หรือต่อสู้อย่างรุนแรง การรับรู้ผิดไปจากความจริง สูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดเปลี่ยนแปลงไป อาจจะมีอาการหลงผิด ก้าวร้าว ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น หรืออาจมีอาการซึมเศร้า เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตได้

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ประสาททั้งหลายจะมีความพร้อม มีผลทำให้บุคคลมีความตื่นตัวขึ้น มีความกระฉับกระเฉงว่องไวดี ทั้งทำให้มีการรับรู้และความจำดีขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลในระดับอ่อนจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล และบุคคลสามารถปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้ แต่เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงขึ้น จะทำให้การรับรู้แคบลงเรื่อยๆ บุคคลต้องการผู้ช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลนั้นลง

3.6 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกาย การแสดงออกจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้ (Burry, 1994; Johnsons, 1993; Wilson & Kneisl, 1996)

3.6.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

3.6.1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับแรงกระตุ้นจากตัวรับจะเคลื่อนที่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) คือ สมองและไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ Thalamus แล้วผ่านเข้าสู่ Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วน Cerebral cortex ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และเป็นตัวกระตุ้น Hypothalamus และ Pituitary gland ให้ทำงาน ดังนี้

3.6.1.1.1 Hypothalamus จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่านไปทางประสาท Sympathetic ต่อไปที่ adrenal medulla ของต่อมหมวกไต (adrenal gland) ให้หลั่งสาร catecholamine ซึ่งประกอบด้วย epinephrine และ norepinephrine เข้าสู่กระแสโลหิตและไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดพลังงานการหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจและปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ในกรณีที่จะหนีจะมีการหลั่งสาร epinephrine มากขึ้น แต่ถ้าจะต่อสู้ สาร norepinephrine จะถูกหลั่งมาก

3.6.1.1.2 Pituitary grand แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ anterior pituitary gland และ posterior pituitary gland เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบนจะเกิดผลทำ

ให้anterior pituitary gland จะหลั่ง adrenocorticotropic hormone หรือ ACTH ไปกระตุ้น adrenal cortex ของต่อมหมวกไตให้หลั่ง adrenocorticoid ซึ่งประกอบไปด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ mineralocorticoid มีหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปตัสเซียม และแคลเซียม, glucocorticoid มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล และ androgen มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย และ posterior pituitary gland จะหลั่ง antidiuretic hormone หรือ ADH ออกมา ทำให้การขับน้ำออกจากร่างกายโดยผ่านทางไตลดลง

ดังนั้น จะพบว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล การเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจะลดลง การขับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจะมากขึ้น เป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการคั่งของน้ำ โซเดียม และคลอไรด์ มีการสูญเสียโปตัสเซียมมากขึ้น จำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ต้านทานโรค (neutrophils) ลดลง ระดับไขมันในเลือด (cholesterol) สูงขึ้น และเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้น

3.6.1.2 ด้านสรีรวิทยา (physiological) ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วย sympathetic และ parasympathetic nervous system ระบบประสาททั้งสองทำหน้าที่ตรงกันข้าม เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบจะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ แต่ระบบ sympathetic จะมีบทบาทมากกว่าเมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบ parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะมีผลทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายหยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก หรือหายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น มือเย็นชื้น มีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

3.6.2 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่า บุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ตกใจง่าย หงุดหงิด กลัว กังวล กระวนกระวาย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือ และขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3.6.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น ทุบสิ่งของ พูดย้ำๆ พูดเร็ว เสียงดัง ถูมือบ่อยๆ เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย แยกตัว หรือถอยหนีต่อเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน กลายเป็นซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น

3.6.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง เป็นต้น และความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อยๆ

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลกระตุ้นระบบความคิด ความรู้สึก และประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวและการเรียนรู้ เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับต่ำจนถึงปานกลาง เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางจะส่งผลให้ประสาทสัมผัส การรับรู้แคบลง สนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาก และมีความพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะพัฒนาไปสู่ระดับความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงที่สุดได้ ซึ่งมีผลต่ออาการปรับตัว พฤติกรรม สมาธิ ความจำได้

3.7 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรับฟังและการพูดคุย การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shuldham et al., 1995) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer & Bare, 2000) การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยา ประเมินด้วยตนเอง และประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

3.7.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (MAP) อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995) การวัดปริมาณการมีเหงื่อออกที่มือ (palmar sweat) โดยใช้เครื่อง Servo-Med Evaporimeter นอกจากนี้ ยังมีการวัดระดับ Catecholamines ใน plasma และปัสสาวะ ระดับcortisol ใน plasma และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Shuldham et al., 1995) การวัดทางสรีรวิทยานี้ค่อนข้างทำได้ลำบาก เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.7.2 การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวบุคคลเองนั้น ได้แก่

3.7.2.1 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับของความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือ ความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร วาดลงบนกระดาษ A4 ปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่ม

มากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลนั้น (Brown, 1990; Garberson, 1991) แบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 1990)

3.7.2.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัย และป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

3.7.2.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) ASI ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้งสองแบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

3.7.2.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะวัดแยกประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝง แบบวัดแต่ละชนิดประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด (Spielberger & Vagg, 1995) ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนั้นเป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger & Krasner, 1988)

3.7.3 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย Graham & Conley (1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยืนกอดอก

การประเมินความวิตกกังวลนั้น อาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI Form Y-1) ของ Spielberger เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ประเมินเพื่อวัดความวิตกกังวลที่ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.8 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

ธรรมชาติของการดำรงชีวิต มนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้ เพื่อเผชิญปัญหาต่างๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ ล้วนเป็นสิ่งรบกวนก่อให้เกิดการคับข้องใจ (frustration) ขัดแย้ง (conflict) วิตกกังวล (anxiety) เป็นผลให้บุคคลมีความตึงเครียดทางจิตใจ และอารมณ์ (mental and emotional stress) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับการติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ทั้งของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล การที่บุคคลในครอบครัวติดเชื้อเอ็ชไอวี ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกับผู้ที่เป็นผู้ให้การดูแล และเมื่อผู้ติดเชื้อมีการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีการเจ็บป่วยมากขึ้น ย่อมต้องการผู้ให้การดูแลในขณะเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในชีวิต ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตลอดเวลา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้จะมาถึงผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลจะต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลขึ้น (รัชนี พจนา, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจะมีความเครียด และวิตกกังวลสูง เจ็บป่วยบ่อย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และไม่สามารถระบายอารมณ์ที่อึดอัดได้ (Atkin & Amenta, 1991) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นภารกิจที่หนัก ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเหนื่อยล้า เกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ มีความวิตกกังวลและความเครียดสูงกว่าในคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่ศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสูง ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ McShane et al. (1994) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ส่วน Trice (1988) ศึกษาพบว่า มารดาที่ดูแลบุตรที่ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการร้อยละ 80 มีอาการทางจิตรุนแรงในระยะเวลาหลังการให้การดูแลผู้ติดเชื้อ 3 สัปดาห์ ต้องใช้ยาหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อลดความวิตกกังวล

สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการมีความวิตกกังวลนั้น เนื่องจากการติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวผู้ติดเชื้อ (Fortinash & Holoday-Worret, 1996; Long, Phipp & Cassmeyer, 1993) และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นมาจากบทบาทเดิม โดยผลกระทบต่อผู้ดูแลในระยะแรกนั้น ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอ็ชไอวี รู้สึกตื่นตระหนก รู้สึกสูญเสีย และรู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคามความมั่นคงของครอบครัว ต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นกับครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (Brown & Powell-Cope, 1993) รู้สึกหมดหนทาง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน คาดคะเนไม่ได้ว่าผู้ติดเชื้อและตนเองจะเป็นอย่างไรต่อไป สิ่ง

ต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแล (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) ผู้ดูแลต้องแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรค กลัวการติดเชื้อ กลัวการเผชิญหน้ากับความตาย และการต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Dunkel & Hatfield, 1986 cited in Lego, 1994) นอกจากนั้น โรคเอดส์ถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการดูแลรักษา และเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการของโรคมากขึ้น มีอาการของโรคเอดส์ปรากฏ หรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตลอดเวลา จึงเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และอารมณ์ไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ได้ตามที่ร่างกายต้องการ (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, 2540) ความวิตกกังวลที่มากขึ้น ทำให้ไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้นั้น จะย้อนกลับมาทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีก (Meisel, 1991)

3.9 ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

การติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งของผู้ติดเชื้อ และผู้ดูแล เป็นการเจ็บป่วยทีเรื้อรัง และหมายถึงการอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อตัวผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการแสวงหาความรู้ ตัดสินใจในการให้การดูแล และทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตัวผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

3.9.1 การได้รับออกซิเจน ผลจากความวิตกกังวล ประกอบกับการที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ รวมทั้งสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายได้รับการตอบสนองที่ไม่เพียงพอ เช่น รู้สึกเหนื่อยง่าย รู้สึกหัวใจเต้นแรง อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจเร็วขึ้น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง อาจจะสูงขึ้นหรือลดลง มีอาการแน่นหน้าอก หรือหน้ามืด เวียนศีรษะได้ (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2534; Bergess, 1990; Rambo, 1984; Silverman, 1993)

3.9.2 โภชนาการ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีอาการปากแห้ง การหลั่งเอนไซม์ (enzyme) ในการย่อยอาหารและการทำงานของลำไส้ลดลง มีอาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียนได้ (Fontaine & Fletcher, 1994; Wrisht & Martin, 1993) และผลจากภาระที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง รวมทั้งแบบแผนในการรับประทานอาหารด้วย อาจจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหาร เวลาในการรับประทานอาหาร และระยะเวลาในการรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้ดูแลรับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีอาการเบื่ออาหาร บางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการที่ต้องสัมผัสกับสิ่งสกปรกต่างๆ จากร่างกายของผู้ติดเชื้อ ทำให้น้ำหนักลดลงจากเดิมได้

3.9.3 การขับถ่าย ในผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลนั้น พบว่า ปัสสาวะบ่อยขึ้น จำนวนปัสสาวะลดลง มีอาการท้องผูก หรือท้องเดิน (Shives, 1994) และจากการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการดังกล่าว มีผลต่อการขับถ่าย ทำให้ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (ยุพิน จันรัคคะ, บัญจางค์ สุขเจริญ, และวนิดา ยืนยง, 2539)

3.9.4 การทำกิจกรรมและการพักผ่อน ผลจากความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวล พักไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน ไม่สามารถทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายได้ (Beck, Rawlins, & Williams, 1988) และผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการพักผ่อน จากการที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อในช่วงกลางคืน ทำให้พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย มีอาการอ่อนเพลีย (ยุพิน มณีวรรณ, เมรีย์ สุดจินดา, สมทรง จุไรรัตน์, และวรณัน นิลนัครา, 2537; Oberst, Thomas, Grass, & Ward, 1989)

3.9.5 ระบบการป้องกัน ผู้ดูแลที่มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง จะทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยบ่อยกว่าภาวะปกติ

3.9.6 การรับความรู้สึก ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลสูง จะทำให้การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง (Wilson & Kneisl, 1996) กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนแรงลง การรับความรู้สึกถึงความร้อน เย็น และความเจ็บปวดต่างๆ ลดลง การรับรสเสียไป หรือไม่รับรู้ถึงรสชาติอาหาร

3.9.7 สารน้ำและ electrolyte เกิดต่อเนื่องจากปัญหาด้านโภชนาการ จากการที่มีอาการปากแห้ง ทำให้ผู้ดูแลดื่มน้ำมากขึ้น และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายจากความวิตกกังวล ทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย และมีจำนวนของโซเดียมและแคลเซียมเพิ่มมากขึ้น เกิดอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนแรงลง (Rambo, 1984)

3.9.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท ผู้ดูแลจะมีอาการหลงลืม และมีอาการชาตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Helquist, 1987) ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลจะทำให้สมาธิลดลง หลงลืมง่าย ความจำลดลง การรับรู้บกพร่อง ฉุนเฉียวง่าย การตัดสินใจผิดพลาด ร่างกายตึงเครียด การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สัมพันธ์กัน

3.9.9 การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ ซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ได้แก่ มีการหลั่งฮอร์โมน cortisol, antidiuretic, epinephrine และ nor-epinephrine เพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ร่างกายเพิ่มกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย มีกลูโคสเพิ่มขึ้นทั้งในเลือดและปัสสาวะ เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง มีเหงื่อออกมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็มีผลต่อจิตใจของผู้ดูแลด้วย ทำให้หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย เป็นต้น (Cassmeyer, Mitchell, & Betrus, 1995)

3.9.10 ทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงบทบาทได้ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะกลัวการติดต่อจากโรค แต่จำเป็นต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการกลัวคำครหา หรือเพื่อการยอมรับของสังคม

3.9.11 ก่อให้เกิดความล้มเหลวในบทบาท จากความวิตกกังวล กลัว จนทำให้หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ติดเชื้อ (Breault & Polifroni, 1992; Sim & Moss, 1995)

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลนั้น ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น ก็มักจะหาทางหลีกเลี่ยง เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สำหรับความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั้น บุคคลสามารถปรับตัวได้ค่อนข้างดี และประสบความสำเร็จ สามารถลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ส่วนบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงสุดนั้น ต้องใช้พลังงานจำนวนมากเพื่อเผชิญหรือรับมือกับความวิตกกังวลนั้น และอาจจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลนั้นลง

4. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะมุ่งการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลง จนกระทั่งสามารถขจัดความวิตกกังวลต่างๆ ได้ โดยการพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวลมีเป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายการพยาบาลระยะสั้น

1) ความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ จนถึงระดับปกติ

2) บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

3) บรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาลระยะยาว

1) บุคคลรู้จักความรู้สึกวิตกกังวล รู้ถึงกระบวนการ เหตุผลของการเกิดความวิตกกังวลตลอดจนมีวิธีลดและหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเกิดความวิตกกังวลครั้งต่อไป จะมีความรุนแรงลดลง

3) ปราศจากความวิตกกังวลเรื้อรัง

4) ความถี่ของการเกิดความวิตกกังวลลดลง

5) สามารถปรับปรุงบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม

6) สามารถขจัดความขัดแย้ง และเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

4.1 การช่วยลดความวิตกกังวลให้เป็นปกติ (Decreasing anxiety as normal) สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ดังนี้

4.1.1 การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง (Decreasing severe and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงได้โดย

4.1.1.1 การตระหนักถึงความรู้สึกของพยาบาล (Self awareness) การดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงๆ อาจทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะความวิตกกังวลในตัวพยาบาลทำให้พยาบาลไม่สามารถแยกแยะได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด และจะถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มปัญหาให้ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องตื่นตัวต่อความวิตกกังวลในตัวเอง ยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตน ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ

4.1.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Establishing a trusting relationship) การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยไว้วางใจ พยาบาลจะต้องตั้งใจฟังผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด คับข้องใจ ความโกรธ ตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูดต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เคารพในระยะห่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย

4.1.1.3 ปกป้องผู้ป่วย (Protecting the patient) ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ให้อิสระผู้ป่วยในการจัดการกับความวิตกกังวลตามความสามารถ ไม่บังคับ ไม่ตำหนิการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ หรือกลัว พยาบาลจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมหรือบังคับให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัว ไม่อ้างเหตุผลเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ให้ความสนใจอาการกลัวย้ำคิดย้ำทำ หรืออาการทางกายของผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะยิ่งส่งเสริมอาการเหล่านั้นเพิ่มขึ้น พยาบาลจะให้เวลาผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมบางอย่าง และพยายามช่วยผู้ป่วยในการหาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่นๆ

4.1.1.4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Modifying the environment) พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ ลดสิ่งกระตุ้น จำกัดการติดต่อกับผู้ป่วยอื่น เพิ่มความสุขสบายทางร่างกาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวด เป็นต้น

4.1.1.5 ส่งเสริมการทำกิจกรรม (Encouraging activity) พยาบาลควรจะช่วยให้ผู้ป่วยสนใจในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาสำหรับการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ลดความตึงเครียด เพิ่มความสนใจและเพลิดเพลินกับด้านอื่นๆ ของชีวิต กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วย เช่น การเล่นเกมส์ง่ายๆ ทำงานศิลปะ อาชีวบำบัด การออกกำลังกาย พยาบาลควรเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วย

4.1.1.6 ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์ และพยาบาลต้องสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ยาร่วมกับการรักษาด้านอื่นๆ

4.1.1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

4.1.2 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Decreasing moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แม้ว่าขอบเขตการรับรู้จะแคบลง แต่ความเข้าใจในเหตุการณ์และความสนใจในปัญหายังมีอยู่ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะนี้มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา ปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลปานกลางสามารถทำได้ ดังนี้

4.1.2.1 ช่วยให้บุคคลรู้ว่ามีความวิตกกังวล (Recognition of anxiety) โดยการช่วยให้บุคคลสำรวจความรู้สึกของตนเอง ด้วยคำถาม เช่น “ขณะนี้คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่” “คุณไม่สุขสบายหรือไม่” พยาบาลอาจเชื่อมโยงพฤติกรรมหรืออาการของบุคคลกับความรู้สึกวิตกกังวลให้บุคคลทราบ จะช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของตน

4.1.2.2 ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจความวิตกกังวล (Insight into the anxiety) พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล วิเคราะห์สาเหตุของความขัดแย้งในใจ สำรวจวิธีการลดความวิตกกังวลในอดีต และวิธีใดที่ใช้ได้ผลดี

4.1.2.3 ช่วยในการปรับตัว (Coping with the threat) ถ้าการปรับตัวในครั้งก่อนๆ มีความเหมาะสมพยาบาลควรส่งเสริมการปรับตัวนั้น ถ้าไม่เหมาะสมพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงผลเสีย และช่วยบุคคลเรียนรู้วิธีการใหม่ในการปรับตัว บุคคลรับรู้สิ่งคุกคามถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ ให้บุคคลเล่าความวิตกกังวลให้สมาชิกครอบครัว เพื่อน จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องขึ้น ให้บุคคลมีการออกกำลังกาย หาแหล่งพึ่งพา เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อนสนิท

4.1.2.4 ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล (Promote the relaxation response) พยาบาลจะสอนผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลซึ่งมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) การทำสมาธิ การควบคุมการหายใจ

4.1.2.5 การช่วยเหลือปัญหาทางกายอื่นๆ (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ

4.2 การช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล (Acknowledging anxiety) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ดังกล่าวได้คือ การสนทนาโต้ตอบอย่างมีกระบวนการตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่มากขึ้น หรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ กลัว โกรธ หรือแยกตัว เรียกร้องบ่อย หรือร้องไห้ พูดให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับความรู้สึกวิตกกังวลในพฤติกรรมนั้นๆ

ขั้นที่ 2 การเกี่ยวโยงความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น กระสับกระส่าย เครียด ใจสั่น ตึงตามต้นคอ ฯลฯ รวมทั้งรายละเอียดของการหาทางผ่อนคลายความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยใช้

ขั้นที่ 3 ให้รู้จักการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุนำของความวิตกกังวล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวน บรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งด้านความคิด การกระทำ และความรู้สึก

ขั้นที่ 4 ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งข้อสังเกต และวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเกิดอะไรขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุ-ผลของการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นที่ 5 การพิจารณาค้นหาวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 6 การวางแผนและทดลองแก้ไขความรู้สึกวิตกกังวล รวมทั้งการให้กำลังใจเพิ่มขึ้น

4.3 การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Appropriate coping with anxiety) สามารถกระทำได้โดย

4.3.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดย

4.3.1.1 ติดต่อกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยอารมณ์มั่นคง สงบ

4.3.1.2 พูดคุยกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยเสียงเบา ทุ้ม ชัดเจน

4.3.1.3 อธิบายให้บุคคลทราบถึงลักษณะของความวิตกกังวล และให้ยอมรับว่าการเกิดความวิตกกังวลเป็นเรื่องธรรมดา หลีกเลี่ยงไม่ได้

4.3.1.4 ช่วยให้บุคคลลดความละอายใจเกี่ยวกับการแสดงอาการวิตกกังวล หรือความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง

4.3.1.5 ช่วยให้บุคคลสามารถตระหนักถึงการเกิดความวิตกกังวลในอารมณ์ของตนโดยการบันทึกการกระทำ การเกิดเหตุการณ์ขณะเกิดความวิตกกังวล หรือบันทึกระดับความวิตกกังวล

4.3.1.6 ถามคำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคคลพูดถึงประเด็นต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล จะช่วยให้บุคคลเข้าใจการเกิดความวิตกกังวล ทราบสาเหตุ และเห็นแนวทางแก้ไข

4.3.2 การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Anxiety relaxation) วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองสามารถกระทำได้โดย

4.3.2.1 เรียนรู้ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness skills) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถพูดถึงความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย โดยรักษาสิทธิ์ของตนและไม่ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น

4.3.2.2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) กล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจทุกส่วนของร่างกายจะได้รับการเกร็งและผ่อนคลายทีละส่วนตามลำดับ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

4.3.2.3 การควบคุมการหายใจ (Breathing control) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและตื้น ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย การควบคุมการหายใจจะช่วยให้บุคคลมีสมาธิดีขึ้น จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล การควบคุมการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องขยายขึ้น นับ 1-5 ในใจแล้วหยุด ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก กล้ามเนื้อหน้าท้องแฟบลง พร้อมกับนับ 1-5 ทำติดต่อกันไป 10 ครั้ง การหายใจแบบนี้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

4.3.2.4 การทำสมาธิ (Meditation) นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบ หรือในท่าที่สบาย กำหนดลมหายใจเข้า-ออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เอาใจใส่ตลอดเวลากับลมที่มากระทบปลายจมูก หรือท้องที่พองหรือยุบ ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

4.3.2.5 การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง ผ่อนคลายจากความตึงเครียด เพราะขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งจะช่วยให้จิตใจแจ่มใส มีความสุข การออกกำลังกายควรให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

4.3.2.6 การทำกิจกรรมที่สนใจ (Doing interested activity) ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ทำสวน การฝีมือ ทำอาหาร ทัศนาจร ทำบุญไหว้พระ

4.4 ช่วยให้บุคคลได้รับการบำบัดที่เหมาะสม (Appropriate therapies) ได้แก่

4.4.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เพื่อให้บุคคลที่วิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่ง พูดคุยด้วยกิริยาที่สงบ ท่าทีเชื่อมั่น น้ำเสียงมั่นคง ใช้ภาษาที่สั้นกะทัดรัด และเข้าใจง่าย แสดงออกถึงความเข้าใจผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องตามความจำเป็น

4.4.2 จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) ดูแลให้ได้รับยาสงบระงับ (Sedation) ซึ่งเป็นยากล่อมประสาทชนิดอ่อน บางครั้งอาจต้องใช้ยา Antipsychotic drugs, Antidepressant drugs สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับ panic หรือวิตกกังวลผิดปกติอื่นๆ การใช้

ยาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสงบขึ้น มีสมาธิสามารถร่วมมือในการรักษาด้านอื่นๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งการบำบัดผู้มีความวิตกกังวลจำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธี

4.4.3 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถระบายความรู้สึกต่างๆ ยอมรับอาการของตนเอง ตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตน มองเห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่างๆ กับการเกิดความวิตกกังวล และผลภายหลังความวิตกกังวล รวมทั้งสามารถควบคุมและลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง จะทำจิตบำบัดเมื่อบุคคลพ้นจากภาวะวิกฤติ ความวิตกกังวลลดลง สามารถรับรู้ รับฟังและให้ความร่วมมือในการบำบัด

4.4.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ใช้หลักการเรียนรู้ มีการวางเงื่อนไขการให้แรงเสริม มักใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ เช่น Phobic disorder

4.4.5 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ มีความสะดวกสบาย ปลอดภัย บรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง บุคลากรต่างๆ มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจ ยอมรับ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือด้วยความจริงใจ ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก และปรับตัวโดยจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ทำตามความเหมาะสม ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต หากไม่แสวงหาวิธีการใดวิธีการหนึ่ง มาแก้ไขหรือลดความวิตกกังวลจะมีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ การปรับตัว สำหรับในกรณีของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เนื่องจากการช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้รับบริการถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมากเกินปกติแล้ว ร่างกายจะมีการตอบสนองและแสดงอาการไม่สุขสบายต่างๆ ออกมาดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จากสาเหตุต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ของตัวเอง แต่ถ้าเกิดความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรง ผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลือ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการลดความวิตกกังวลโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) เนื่องจากแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน แต่บุคคลมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง ถูกกระทบจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผลของความเครียดหรือความ

วิตกกังวลต่อตนเอง และต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริม หรือพัฒนาความสามารถให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถได้นั้น วิธีการหนึ่งคือการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังการศึกษาของ ปาริชาต ศิลประเสริฐ (2542) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถเพิ่มศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด และสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้น สามารถลดความวิตกกังวลได้เนื่องจาก เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียดได้ เพราะร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ เมื่อจิตใจเกิดความวิตกกังวล จะมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรง โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด เมื่อกล้ามเนื้อของร่างกายตึงเครียด จะส่งผลต่อความรู้สึกทางจิตใจเช่นเดียวกัน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2536) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีขจัดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เป็นผลมาจากการมีความตึงเครียดทางจิตใจ โดยอาศัยหลักของการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วน เพื่อให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้การเครียดมากและคลายมาก เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายเพื่อเรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบรวมกันเป็นหนึ่ง มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง ดังการศึกษาของ Leventhal (1993) ที่พบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยาภรณ์ ภูครองหิน (2539) ที่พบว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้

5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537; Orem, 1995) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การพิจารณาและการตัดสินใจ และระยะของการดำเนินการกระทำและผลของการกระทำ แต่บุคคลมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถนั้นจะต้องใช้ระบบการพยาบาลซึ่ง Orem ได้แบ่งชนิดของระบบการพยาบาลตามระบบการดูแล โดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 1995)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยอาศัยหลักแนวคิดของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) เนื่องจากการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบการพยาบาล ระบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่ไม่มีข้อจำกัดในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537 : 42) โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการลดความวิตกกังวล โดยใช้เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ ได้แก่

1) การสอน วิธีนี้เหมาะสำหรับที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งในการสอนนั้นจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง ในบางครั้งจะเกิดปัญหาถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกเสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ และเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการต่างๆ วิธีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายจากการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และวิธีการป้องกันอันตรายจากอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส การให้ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สามารถยอมรับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามสภาพความเป็นจริง

2) การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลและผู้รับการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน มักจะใช้วิธีการชี้แนะ ร่วมกับการสนับสนุน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้นำมาใช้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีใช้ความสามารถที่มีอยู่ภายใต้สถานการณ์ของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข โดยพยาบาลจะเป็นผู้ชี้แนะ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องการ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ด้านบุคคล ข้อมูล สถานที่บริการต่างๆ

3) การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด ถือว่าเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ มีความหวัง และมีการพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ แม้ว่าจะตกอยู่ในภาวะเครียด และวิตกกังวล โดยการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่ให้กำลังใจ หรืออธิบายถึงผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อที่ผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ภายหลังรับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้น สนับสนุนด้านอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในนี้ จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ ซึ่งจะช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกในสถานที่ที่สงบ อำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ติดเชื้อ

กิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ดูแลดังกล่าว นอกจากจะช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ภายใต้สภาวะของความวิตกกังวลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ดูแลประเมินตัดสินเหตุการณ์ใหม่ (Reappraisal) ภายหลังได้รับข้อมูลเพิ่มเติมและได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์แล้ว ทำให้สามารถส่งเสริมศักยภาพในการเผชิญความเครียด และลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยการช่วยเหลือของพยาบาลในด้านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการใช้การพยาบาลระบบนี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลในการลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิ

5.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation)

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นกิจกรรมที่พัฒนาโดย Jacobson ในปี 1929 แต่ได้รับความเชื่อถือเป็นที่นิยมใช้กันเมื่อ ค.ศ. 1950 (Stuart & Sundeen, 1987) และมีการวิจัยได้ผลเป็นที่ยอมรับกันว่า สามารถลดความเครียด วิตกกังวล ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัดและอาการต่างๆ ได้ (Luckman & Sorensen, 1987)

Ellis & Nowlis (1985) และ Sheridan & Radmacher (1992) กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลาย หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายให้คลายตัว โดยมีหลักความเชื่อว่า เมื่อจิตใจตึงเครียดจะส่งผลให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ มีความตึงเครียดสูงไปด้วย และเมื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงความตึงเครียดทางจิตใจจะลดลงตามไปด้วยโดยเกร็งกล้ามเนื้อประมาณ 5-7 วินาที ผ่อนคลาย20-30 วินาทีทำซ้ำๆกันไป

ทิภาพร อังคกุล (2543) กล่าวว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง วิธีการ หรือเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ควบคุมกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลถึงจิตใจ คือ สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ โดยใช้หลักการที่ว่าร่างกายกับจิตใจเป็นสิ่งที่สัมพันธ์ต่อกัน

สรุป การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ที่มีผลจากการมีความตึงเครียดทางจิตใจ โดยอาศัยหลักการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อไปทีละส่วน เพื่อให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้การเครียดมากและคลายมาก เป็นการส่งให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ทำให้จิตใจสงบ มีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง

5.2.1 หลักการพื้นฐานของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ในคนที่มีความเครียดเนื่องจากมีความวิตกกังวล ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อสิ่งเร้า มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร ความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง กระแสไฟฟ้ามาที่ผิวหนังมากเพราะเหงื่อออกมาก แรงต้านของกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนังต่ำ ในทางกลับกัน หากบุคคลอยู่ในภาวะผ่อนคลาย ก็จะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ทำงานน้อยลง มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร ความดันโลหิตลดลง การหายใจสม่ำเสมอ แรงต้านของกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนังสูง ซึ่งภาวะการผ่อนคลายนี้จะไม่เกิดขึ้นพร้อมกันกับความเครียด (ละเอียด ชูประยูร, 2538) ดังนั้นหลักการเรียนรู้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คือ การรู้จักทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เกิดการเกร็งเครียดขึ้นสูงสุดก่อน ทั้งนี้เพราะคนที่มีความเกร็งเครียดมักไม่รู้ตัวว่า ตนทำให้ร่างกายเครียดได้อย่างไร รู้แต่ว่าเครียด เพราะฉะนั้นการเกร็งกล้ามเนื้อให้เครียดที่สุด จึงเป็นการทำให้กระบวนการเกร็งเองโดยไม่รู้ตัวเป็นการเกร็งกล้ามเนื้อที่รู้ตัว อยู่ในระดับจิตสำนึกได้ ถ้าฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากระบบควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นกลไกพิเศษ เมื่อกล้ามเนื้อเคยทำอะไรครั้งหนึ่งแล้ว ก็จะ

ทำได้อีก ผู้ที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายเป็นประจำจึงสามารถผ่อนคลายได้เองโดยอัตโนมัติ (สมศิริ นนท์สวัสดิ์ศรี, 2541) โดยหลักของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มี 2 ประการ คือ

5.2.1.1 การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย โดยในขั้นแรกให้ผู้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อจนเครียด และเกร็งไว้สักครู่ เพื่อให้เรียนรู้ถึงความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ และในขั้นต่อมา ให้ผู้ฝึกคลายกล้ามเนื้อถึงจุดที่รู้สึกว่ากล้ามเนื้อผ่อนคลายได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อนี้จะทำให้กล้ามเนื้อลายของร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่

5.2..1.2 การพยายามแยกแยะความรู้สึก หรือผลที่เกิดขึ้นเกร็งกล้ามเนื้อและคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ฝึกรู้ตัวมากขึ้นเมื่อเกิดความเครียด ในช่วงการฝึกนั้นให้หลับตา นั่งหรือนอนก็ได้ ให้อยู่ในท่าที่สบาย ใช้เวลาทั้งหมด 10-30 นาที

5.2.2 องค์ประกอบ และข้อควรพิจารณาของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้น ละเอียด ชูประยูร (2538) อ้างถึงคำกล่าวของ Jacobson ว่า ก่อนจะทำการฝึก ควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้

5.2.2.1 สถานที่ที่ใช้ฝึก ควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้ามากเกินไป สถานที่จะต้องเงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก จะช่วยให้เหมาะกับการฝึก และช่วยให้ผ่อนคลายมากขึ้น

5.2..2.2 ท่าที่สบาย การจัดท่าที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ฝึกเกิดความสุขสบาย ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยสามารถใช้ท่านั่งเอนหลังหรือนอนก็ได้ สำหรับท่านอนควรนอนบนพื้นที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป มือวางหงายห่างลำตัวเล็กน้อย อาจใช้หมอนเล็กๆ หนุนให้พอดีกับส่วนโค้งของคอและท้ายทอย และใช้หมอนรองใต้เข่าทั้งสองข้างจะช่วยให้สบายขึ้น

5.2.2.3 ให้ผู้รับการฝึกหลับตา และมุ่งความสนใจไปยังกล้ามเนื้อแต่ละส่วนโดยทำตามคำแนะนำของผู้ฝึก ผู้รับการฝึกต้องติดตามคำแนะนำและทำตามทุกขั้นตอน โดยไม่งีบหลับระหว่างการฝึก

5.2.2.4 ระยะเวลาช่วงที่เกร็งจะใช้น้อยกว่าช่วงที่ผ่อนคลายเสมอ เช่น ช่วงที่เกร็งอาจจะเป็นระยะเวลา 3-5 วินาที และช่วงที่ผ่อนคลายใช้เวลา 10-15 วินาที เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้ความรู้สึกผ่อนคลายได้แม่นยำขึ้น

5.2.2.5 การฝึกผ่อนคลายอาจใช้ระยะเวลาในการฝึกประมาณ 8-12 ครั้ง หรือมากกว่านั้น จนกว่าผู้ที่รับการฝึกจะเกิดการเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายได้อย่างอัตโนมัติในสถานการณ์ต่างๆ

5.2.2.6 ไม่ควรฝึกขณะอิ่มหรือหิวจนเกินไป และไม่ควรฝึกในขณะที่ร่างกายไม่พร้อม เช่น เหนื่อยจากการทำงาน เหนื่อยจากการออกกำลังกาย หรือดื่มสุราภายใน 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา รู้สึกง่วงจากการตื่นนอน หรือมีความเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรง

5.2.2.7 เสื้อผ้าที่สวมใส่ขณะฝึกควรจะหลวมพอควร

5.2.2.8 เมื่อเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อ ต้องค่อยๆ เกร็ง โดยเพิ่มการเกร็งกล้ามเนื้อขึ้นละน้อย ไม่ควรเกร็งรุนแรงทันที และไม่ควรเร่งรีบในการเกร็ง

5.2.2.9 ในการคลายกล้ามเนื้อ ไม่ควรรีบคลายเพราะจะเป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อ

5.2.2.10 เมื่อสิ้นสุดการฝึกแต่ละครั้ง จะต้องหายใจลึกๆ สัก 2- 3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นจึงค่อยๆ ลืมตาขึ้น ไม่ควรลืมตาทันที เพราะอาจจะเกิดอันตรายจากการปรับประสาทตาไม่ทัน

5.2.2.11 ไม่ควรใช้เวลาในการฝึกแต่ละครั้งเกิน 30 นาที และควรฝึกอย่างสม่ำเสมอ โดยฝึกทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

5.2.3 ผลของการผ่อนคลายที่มีต่อร่างกาย

การผ่อนคลายจะมีผลต่อร่างกายหลายประการ ดังนี้ (Hyman, Feldman, Harris, Levine,& Malloy, 1989)

5.2.3.1 ด้านกายภาพ

5.2.3.1.1 ลดความเจ็บปวด ทั้งความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง เพิ่มความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ทำให้เกิดกลไกการปิดกั้นการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตู ความเจ็บปวดจึงลดลง นอกจากนี้ การผ่อนคลายจะขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวด ทำให้ความเจ็บปวดลดลง

5.2.3.1.2 ลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic ระบบประสาท parasympathetic จึงทำงานเด่นขึ้น เนื่องจากการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง hypothalamus และ reticular formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เปลี่ยนจากการทำงานของระบบประสาท sympathetic เด่น เป็นระบบประสาท parasympathetic มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย (Lewis & Collier, 1992) เพิ่มความต้านของผิวหนัง (Domar, Friedman,& Benson, 1993)

5.2.3.1.3 เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อการทำงานของร่างกายเป็นไปตามปกติ ทำให้ความสามารถในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเป็นไปด้วยดี

5.2.3.1.4 ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจและปริมาณ lactate ในเลือด จากการลดสิ่งเร้าต่อระบบประสาท reticular formation ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมการหายใจใน medullaลดลง การใช้ออกซิเจนลดลง กรด lactic จึงคั่งน้อยลง

5.2.3.1.5 ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากการผ่อนคลายจะขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวด (Domar, Friedman, & Benson, 1993)

5.2.3.1.6 ส่งเสริมให้มีการนอนหลับดีขึ้นและเพิ่มคลื่น alpha ซึ่งเป็นคลื่นสมองในขณะผ่อนคลาย เนื่องจากลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นของสมอง ทำให้สามารถเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการนอนได้ดีขึ้น

5.2.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

การผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยในขณะที่มีการผ่อนคลาย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง ระบบประสาท limbic ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์จึงสงบลง ไม่เกิดอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกกระวนกระวาย ฟุ้งซ่าน หงุดหงิด กลัว ซึมเศร้า หมดหวัง โกรธ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข สงบ แจ่มใส เบิกบาน นอกจากนี้ การผ่อนคลายทำให้เกิดสมาธิ จิตใจจะสงบ มีความตั้งมั่น มีสติ สามารถหาเหตุผล เป็นการหาทางออกให้แก่จิตใจ เป็นกลไกทางจิตแบบหนึ่งที่จะทำให้สามารถยอมรับความจริงตามสภาพที่เผชิญอยู่

5.2.4 ประโยชน์ของฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

จันทร์แรม กิจเหมาะ (2539) ได้สรุปประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ดังนี้

5.2.4.1 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถเรียนรู้โดยบุคคลใดก็ได้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกท่าทางต่างๆ ไม่เปลืองค่าใช้จ่าย

5.2.4.2 ช่วยคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล

5.2.4.3 ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกที่ไม่ดีให้ผ่อนคลายไป มีความหงุดหงิด ฉุนเฉียวน้อยลง

5.2.4.4 ช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดที่มีสาเหตุมาจากความตึงเครียด เช่น อาการนอนไม่หลับ โรคปวดศีรษะจากความเครียด โรคความดันโลหิตสูง และโรควิตกกังวล เป็นต้น

5.2.5 การประเมินสภาวะผ่อนคลาย

โดยปกติเมื่อบุคคลมีความเครียด หรือความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายมีอาการเกร็ง บางครั้งสังเกตเห็นได้ แต่บางครั้งก็อาจสังเกตเห็นได้ยาก การประเมินว่าผู้ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายเต็มที่หรือผ่อนคลายได้มากหรือไม่ สามารถประเมินได้โดย (Aiken & Henrichs, 1972; Toman, 1980)

5.2.5.1 การประเมินโดยการสังเกตความรู้สึกสงบ สบายใจ โล่งใจ รู้สึกคล่องตัว หรือรู้สึกง่วงนอน เป็นต้น สภาวะด้านอารมณ์ที่บุคคลบอก หรือบันทึกไว้ด้วยตัวเอง ถือว่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้

5.2.5.2 ใช้เครื่องมือตรวจจับการผ่อนคลาย มีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบความเครียด หรือเครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องฟังการเต้นของหัวใจ เครื่องตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าในสมองเป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินสภาวะการผ่อนคลายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการนับอัตราการเต้นของชีพจรต่อนาที โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตรวจนับอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากเมื่อฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะเกิดปฏิกิริยาผ่อนคลาย ซึ่งมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus จะลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตลดลง (Benson, 1976)

6. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะในด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้มาก โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ติดเชื้อมีอาการของโรคเอดส์ปรากฏ หรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตลอดเวลา จึงเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น(Dunkel & Hatfield, 1986 cited in Lego, 1994) ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกิดจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อ กลัวการติดเชื้อจากการให้การดูแล (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545; สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ, 2543; อรทัย โสมนรินทร์ และคณะ, 2540; วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542; กิตติกร นิลมานัต, 2538; McCann & Wadsworth, 1992; Stewart et al., 1995; Weiler, 1995 cited in Theis et al., 1997) ผู้ดูแลจึงมีความต้องการด้านข้อมูลและความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งของผู้ติดเชื้อและผู้ดูแล (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2543; นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, 2542) นอกจากนี้การรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นภาระที่หนัก ต้องใช้ทั้งพลังกายและพลังใจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) หมดกำลังใจที่จะทำหน้าที่ต่อไป รู้สึกมีภาระและเครียด กลัวการถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, 2542) และการที่ต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านร่างกาย เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ร่างกายถดถอยและมีโอกาสติดโรคได้ ส่วนผลต่อจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ หมดพลังในการทำงาน มองโลกในแง่ร้าย เบื่อ เหงา เศร้า เป็นต้น(สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545) สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นภาวะกดดันทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) ผู้ดูแลจึง

ต้องการทั้งกำลังใจ การประคับประคองทางด้านจิตใจ และการผ่อนคลายความเครียดในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกวัน (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ, 2545; นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, 2542)

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อขึ้นมา เพื่อใช้ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem ซึ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลโดยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson โดยขั้นตอนการทำโปรแกรมนั้น ผู้วิจัยได้ปรับมาจากงานวิจัย ของนฤยา ภักตรเจริญ (2545) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด และรัชนี พจนา (2544) ที่ศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของทั้งสองการศึกษานั้นได้ยึดตามหลักการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของ Marram (1978) ที่มี 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับมาเป็น 4 ขั้นตอน เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร่องในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ และผู้ดูแล หลังจากนั้น ทำการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ เพื่อนำไปวางแผนในให้การพยาบาล

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลและฝึกทักษะ ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสนับสนุนให้จับชีพจรด้วยตนเองก่อนและหลังฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยปฏิบัติตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต จำนวน 3 ครั้ง

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา พร้อมๆ กับการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน คำพูดให้กำลังใจ การกระตุ้นชี้แนะ และให้การสนับสนุนโดยกิริยาท่าทางของผู้วิจัย เช่น วิธีการมอง การสัมผัสซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้ดูแลแต่ละคน โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที และทบทวนความรู้ที่ให้ในวันถัดมาอีก 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

ขั้นที่ 3 ในขั้นนี้ ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนและชี้แนะให้ผู้ดูแลกลับไปฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน โดยผู้วิจัยแจกเทปบันทึกเสียงการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้บันทึกวัน เวลา และอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังฝึกผ่อนคลาย ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยแจกให้

ขั้นที่ 4 การประเมินผล โดย

1) ประเมินการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจากแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองที่บ้าน

2) ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการฝึก

จากองค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะเป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการผ่อนคลายโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และเพิ่มศักยภาพความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการโดยการให้ข้อมูลและความรู้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ และซักถามข้อสงสัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความกระจ่าง และช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้อีกด้วย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย

Yakimishym (1991) ได้ศึกษาเรื่องการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้หญิงที่ถูกข่มขืน โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 คน โดยใช้แบบทดสอบความวิตกกังวล และแบบทดสอบความซึมเศร้า โดยเลือกผู้หญิงที่ถูกข่มขืนในบ้านพักฉุกเฉินมา 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกได้รับการฝึกจินตนาการตามด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มที่สองจะฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนแล้วตามด้วยการฝึกจินตนาการ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นหญิงที่ถูกข่มขืนในบ้านพักฉุกเฉิน จำนวน 11 คน จะมีส่วนร่วมในการติดตามผล หลังจากการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลปรากฏว่าสามารถลดความวิตกกังวลทั่วไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) สามารถสรุปได้ว่าการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถช่วยให้ผู้หญิงที่ถูกข่มขืนลดความวิตกกังวล และความเศร้าลงได้

Leventhal (1993) ได้ศึกษาเรื่องผลของการฝึกจินตนาการ และผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ (State anxiety) และความวิตกกังวลทั่วไป (Trait anxiety) ของผู้ป่วยวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย ที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 19-33 ปี เป็นชาย 15 คน หญิง 15 คน โดยได้ทำแบบทดสอบความวิตกกังวล

ก่อน แล้วจึงเข้ารับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับการฝึกโดยใช้จินตนาการ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการฝึกแบบใดเลย ผลการทดลองพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการฝึกโดยใช้จินตนาการ ส่วนผลในเรื่องเพศไม่พบความแตกต่าง

Rasid and Parish (1998) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการฝึกพฤติกรรมการผ่อนคลายและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายที่มีต่อระดับความวิตกกังวลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยแบ่งนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกพฤติกรรมการผ่อนคลาย ส่วนกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับการฝึกวิธีใดๆ เลย ผลการศึกษาพบว่า นักเรียน 2 กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกพฤติกรรมมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wilk and Turkoski (2001) ศึกษาการใช้เทคนิคการเกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อเพื่อจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะพักฟื้น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการประเมินความวิตกกังวลโดยแบบสอบถาม STAI Form Y ก่อนการดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 2-3 คนจำนวน 4 ครั้งต่อเนื่องกันใน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที และรับเทปไปปฏิบัติเองที่บ้านหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทองแท้ ศิลาขาว (2536) ศึกษาถึงผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากกลุ่มตัวอย่าง 16 คนได้มาจากการสุ่มโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน คือกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อสนเทศเกี่ยวกับความวิตกกังวล 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่านักเรียนที่ได้รับข้อสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารยาท จิตรบรรพต (2534) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฝึกผ่อนคลายโดยนักจิตวิทยาคลินิก กับโปรแกรมเทปโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคคลที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาด้วยปัญหาเครียด และแพทย์ได้วินิจฉัยว่ามีความเครียด ซึ่งต้องบำบัดด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นจำนวน 32 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มแรกได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยนักจิตวิทยาคลินิก และอีกกลุ่มจะได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยโปรแกรมโทรทัศน์ แต่ละกลุ่มได้รับการฝึกเป็นจำนวน 5 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยนักจิตวิทยาคลินิกและโดยเทปโทรทัศน์มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดได้ทั้ง 2 วิธี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการฝึกทั้งสองแบบมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทวี นำสกุลวงศ์ (2541) ได้ศึกษาถึงผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลาย เพื่อลดความวิตกกังวลในการสอบ และความวิตกกังวลทั่วไปของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คณะวิชาบริหารธุรกิจ ชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในการสอบ และความวิตกกังวลทั่วไปลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในการสอบและความวิตกกังวลทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Speilberger (STAI formY-I) กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล 2 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัตนา อยู่เปลา (2543) ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยกลุ่มตัวอย่าง คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลของการเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม

ปาริชาต ศิลประเสริฐ (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของ Orem และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถเพิ่มศักยภาพของบิดามารดาในการเผชิญความเครียด และสามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร่องในการดูแล

1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ และผู้ดูแล

2) ประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุนในการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

1) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลฝึกจับชีพจรด้วยตนเอง และผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา พร้อมๆ กับการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน คำพูดให้กำลังใจ การกระตุ้นชี้แนะ การสนับสนุนโดยกิริยาท่าทางของผู้วิจัย เช่น วิธีการมอง การสัมผัสซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้ดูแลแต่ละคน

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน

ผู้วิจัยแจกเทปบันทึกเสียงการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้บันทึกจำนวนครั้งของชีพจรต่อนาทีก่อนและหลังฝึกผ่อนคลาย ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านที่ผู้วิจัยแจกให้

ขั้นที่ 4 การประเมินผล

1) ประเมินการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจากแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองที่บ้าน

2) ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการฝึก

→ **ความวิตกกังวลตามสถานการณ์**

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control groups designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม O1----------O2

กลุ่มทดลอง O3---------- X ----------O4

O1 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ หลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

O4 หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน เป็นสมาชิกภายในครอบครัวเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และรับทราบผลการติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ติดเชื้อ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างวันที่ 15 มกราคม – วันที่ 25 มีนาคม 2549 โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลที่ เป็นสมาชิกในครอบครัวและมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง

2. อาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

3. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

5. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของความใกล้เคียงของคะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนการทดลอง (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยทั้งคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่

คู่ที่	คะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนทดลอง		ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	44	44	มารดา	มารดา
2	46	42	สามี	สามี
3	48	52	มารดา	มารดา
4	45	43	บุตร	บุตร
5	41	41	พี่สาว	พี่สาว
6	41	43	มารดา	มารดา
7	43	42	ภรรยา	ภรรยา
8	46	47	พี่สาว	พี่สาว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่ (ต่อ)

คู่ที่	คะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนทดลอง		ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
9	51	48	พี่สาว	พี่สาว
10	41	42	มารดา	มารดา
11	42	42	น้องสาว	น้องสาว
12	54	56	พี่สาว	พี่สาว
13	55	57	ภรรยา	ภรรยา
14	42	44	ภรรยา	ภรรยา
15	47	47	สามี	สามี
16	42	41	พี่สาว	พี่สาว
17	42	43	ภรรยา	ภรรยา
18	50	49	มารดา	มารดา
19	41	42	มารดา	มารดา
20	60	59	ภรรยา	ภรรยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส

การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับ และยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีรับประทาน

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberger et al. (1938) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-report measure of anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
ไม่มีเลย	1	4	คะแนน
มีบ้าง	2	3	คะแนน
มีค่อนข้างมาก	3	2	คะแนน
มีมากที่สุด	4	1	คะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ การคิดคะแนนและการแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน	**ความหมาย**
20-39	มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ
40-59	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
60-80	มีความวิตกกังวลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากแบบวัด STAI เป็นแบบวัดที่ใช้ได้แพร่หลายในหลายกลุ่มบุคคล (Grimm, 1977) มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushence, Vagg, & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, & Krasner, 1988) แบบวัดความวิตกกังวลชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา โดยมีขั้นตอนในการแปล และใช้ ดังนี้

1) ดร. ธาตรี นนทศักดิ์ นักจิตวิทยาทางการบิน (Aviation Psychologist) ผู้ทำงานด้านการพัฒนาแบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อคัดเลือกนักบินของกองทัพเรือสหรัฐอเมริกามาเป็นเวลา 15 ปี ทำการแปลแบบวัดจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2) ดร. จีน แบรี่ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้มีความชำนาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดีมากกว่า 10 ปี เป็นผู้แปลกลับจากฉบับภาษาไทยที่ ดร. ธาตรี นนทศักดิ์ แปลเป็นภาษาไทยไว้ กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อตรวจสอบ และปรับความถูกต้องทั้งในด้านภาษา และความหมายทางจิตวิทยา

3) ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำมาปรับความชัดเจนทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยาซ้ำอีกครั้ง

หลังจากนั้น ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

รัตนา อยู่เปลา (2543) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (STAI Form Y-1) ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผู้ดูแล การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลจำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 45-60 นาที ทบทวนความรู้อีก 1 ครั้งใช้เวลา 15-30 นาที และทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปบันทึกเสียงการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และแจกเทปบันทึกเสียงให้ผู้ดูแลนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1) แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ ได้แก่ อาการไข้ ท้องเสีย เจ็บปากเจ็บคอ ไอ หายใจลำบาก อาการทางผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดอ่อนเพลีย น้ำหนักลด กังวล ซึมเศร้า การป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับ

2) คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์ และปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2546) และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการ (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2546)

3) แผ่นภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2546)

4) เทปบันทึกเสียงสำหรับฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้แก่

1) การปรับแผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยนำแผนการสนับสนุนด้านข้อมูลรวมเข้าด้วยกันกับแผนการสนับสนุนด้านอารมณ์

2) การปรับแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยเขียนให้เห็นถึงวิธีการแนะนำผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย มากกว่าการแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

3) เพิ่มเนื้อหาวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง จนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน

ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน และได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความ

เหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง พบว่า เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมของการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้เป็นแบบบันทึกสำหรับให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีบันทึกวัน เวลา และจำนวนครั้งของชีพจรต่อนาทีก่อนและหลังปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน เพื่อนำมาประกอบการประเมินภาวะการผ่อนคลายความวิตกกังวล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นการดำเนินการทดลอง และขั้นการประเมินผลการทดลอง ดังรายละเอียด

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การดูแลผู้ป่วยตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยเพื่อการเป็นผู้นำในการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามขั้นตอนในเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิตสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนมีความชำนาญ และเกิดการผ่อนคลาย โดยประเมินจากอัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตที่ลดลงหลังการฝึก ซึ่งผู้วิจัยจะทำการบันทึกอัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตก่อนและหลังการฝึกทุกครั้ง โดยภายหลังการปฏิบัตินาน 1 เดือน ได้ค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรก่อนการฝึก = 88 ครั้ง/นาที หลังการฝึก = 85.69 ครั้ง/นาที (เฉลี่ยลดลง 2.31 ครั้ง/นาที) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic ก่อนฝึก = 90.46 มม. ปรอท หลังการฝึก = 88.38 มม. ปรอท (เฉลี่ยลดลง 2.08 มม. ปรอท) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic ก่อนฝึก = 58.46 มม. ปรอท หลังการฝึก = 55.15 มม. ปรอท (เฉลี่ยลดลง 3.31 มม. ปรอท)

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหน่วยงานดังกล่าว เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิให้ทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

1.5 ทำการรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2 ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของความใกล้เคียงของคะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนการทดลอง (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อาการ การรักษา ค่ารักษาพยาบาล และคำแนะนำทั่วๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีก่อน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลจากผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีว่ามีการเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีให้ผู้ดูแลทราบหรือไม่ หากพบว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีการเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อให้ผู้ดูแลทราบ ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ดูแล เพื่อแนะนำตัวพร้อมทั้งแจ้งความประสงค์ของผู้วิจัย รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

การพบครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพ แจ้งความประสงค์ของผู้วิจัย และแจ้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย ทำการประเมินระดับความวิตกกังวล (STAI Form Y-1) และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์และอุปสรรคในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลร่วมกันกับผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนสำหรับการให้ข้อมูลในครั้งต่อไป และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และนัดผู้ดูแลมาทำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในวันถัดมา ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

การพบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันต่อมา เพื่อฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งที่ 1 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำการฝึกตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต ใช้เวลา 30 นาที

การพบครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันต่อมา เพื่อฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 2 ตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามของกรมสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึก ใช้เวลาในการฝึก 30 นาที และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน และการกระตุ้นชี้แนะ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย หรือไม่เข้าใจ พร้อมกับให้คำแนะนำชี้แนะ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และแจกคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการให้ผู้ดูแลนำกลับไปอ่านทบทวน

การพบครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันต่อมา เพื่อฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งที่ 3 ใช้เวลาในการฝึก 30 นาที และทบทวนความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลไปแล้ว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย หรือไม่เข้าใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และแจกเทปบันทึกเสียงการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแลนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แจกแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านให้ผู้ดูแลนำกลับไปบันทึก และผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลาย และอุปสรรคในการฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (STAI Form Y-1) อีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและสอบถามการเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อเอ็ชไอวีว่ามีการเปิดเผยให้ผู้ดูแลทราบหรือไม่ หากมีการเปิดเผยให้ผู้ดูแลทราบ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. กรณีผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ฟังจนเข้าใจ และเซ็นยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (STAI form Y-1) (Pre-test)

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเวลาที่กำหนด

6. หลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test)

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เสนองานวิจัยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมตามขั้นตอน และได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และสอบถามเกี่ยวกับการเปิดเผยการติดเชื้อว่ามีการเปิดเผยให้ผู้ดูแลทราบหรือไม่ หากมีการเปิดเผยให้ผู้ดูแลทราบ ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลและคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test

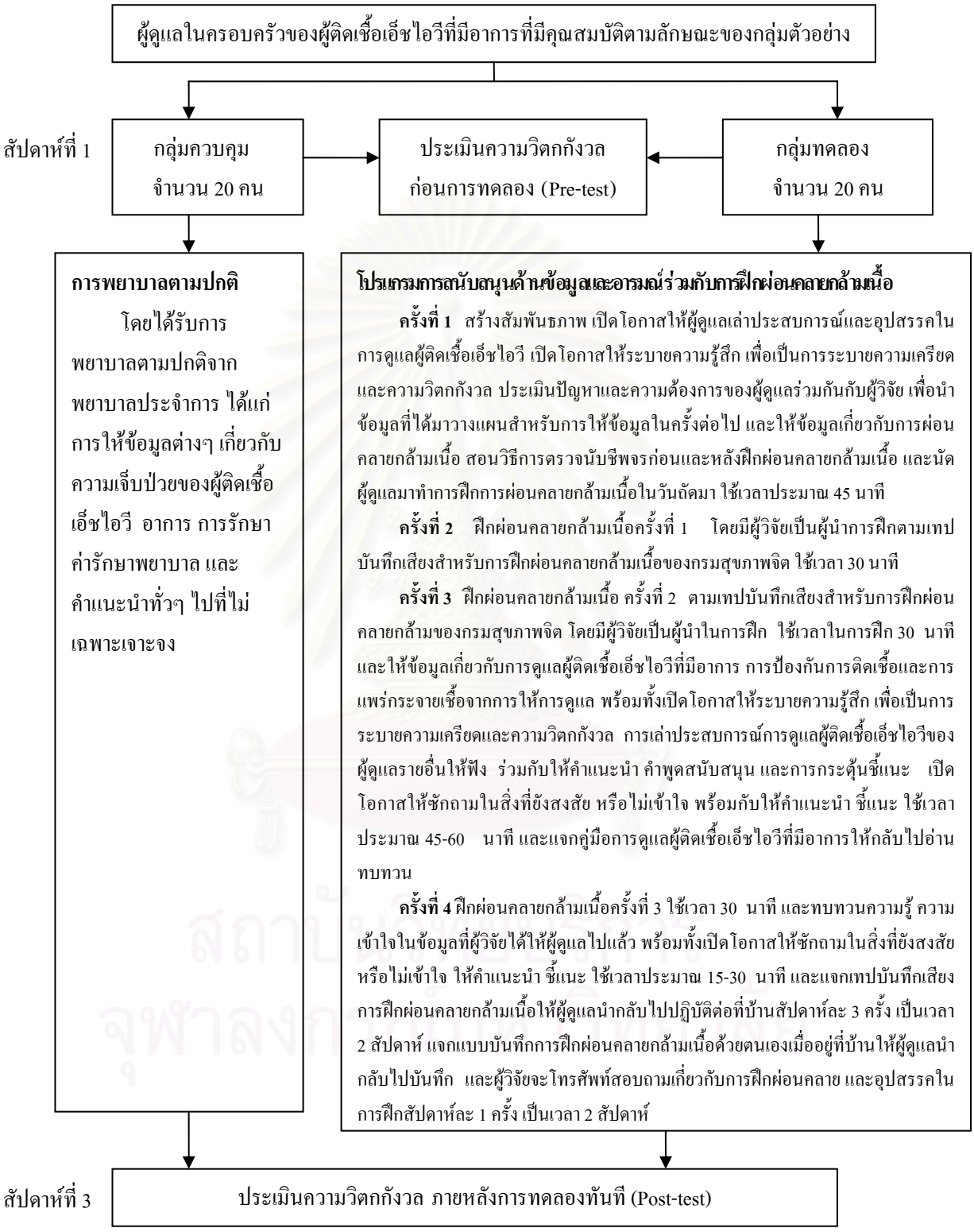
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งผลการศึกษาได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	18	90.0	18	90.0	36	90.0
ชาย	2	10.0	2	10.0	4	10.0
อายุ						
20-30 ปี	4	20.0	5	25.0	9	22.5
31-40 ปี	9	45.0	5	25.0	14	35.0
41-50 ปี	3	15.0	4	20.0	7	17.5
51-60 ปี	3	15.0	0	0.0	3	7.5
61-70 ปี	1	5.0	3	15.0	4	10.0
71 ปีขึ้นไป	0	0.0	3	15.0	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15.0	5	25.0	8	20.0
คู่	15	75.0	10	50.0	25	62.5
หม้าย	1	5.0	5	25.0	6	15.0
หย่า/แยก	1	5.0	0	0.0	1	2.5
ความสัมพันธ์						
มารดา	6	30.0	6	30.0	12	30.0
สามี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ภรรยา	5	25.0	5	25.0	10	25.0
บุตร	1	5.0	1	5.0	2	5.0
พี่สาว	5	25.0	5	25.0	10	25.0
น้องสาว	1	5.0	1	5.0	2	5.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ประถมศึกษา	7	35.0	11	55.0	18	45.0
มัธยมศึกษา	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อนุปริญญา	2	10.0	0	0.0	2	5.0
ปริญญาตรี	6	30.0	5	25.0	11	27.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	0	0.0	1	2.5
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	3	15.0	6	30.0	9	22.5
รับจ้าง	5	25.0	9	45.0	14	35.0
ค้าขาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
รับราชการ	8	40.0	1	5.0	9	22.5
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
5,001 -10,000 บาท	5	25.0	6	30.0	11	27.5
10,001-15,000 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
15,001-20,000 บาท	4	20.0	8	40.0	12	30.0
20,001 บาทขึ้นไป	6	30.0	1	5.0	7	17.5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดเชื้อ						
ต่ำกว่า 6 เดือน	5	25.0	6	30.0	11	27.5
7-12 เดือน	11	55.0	3	15.0	14	35.0
13-18 เดือน	2	10.0	6	30.0	8	20.0
19-24 เดือน	2	10.0	5	25.0	7	17.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในฐานะเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 30 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดเชื้ออยู่ระหว่าง 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการวินิจฉัยโรค (n = 40)

ลักษณะผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	6	30.0	6	30.0	6	30.0
ชาย	14	70.0	14	70.0	14	70.0
อายุ						
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0.0	1	5.0	1	2.5
20-29 ปี	12	60.0	5	25.0	17	42.0
30-39 ปี	5	25.0	3	15.0	8	20.0
40-49 ปี	2	10.0	8	40.0	10	25.0
50-59 ปี	1	5.0	3	15.0	4	10.0
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40.0	1	5.0	9	22.5
คู่	7	35.0	8	40.0	15	37.5
หม้าย	3	15.0	4	20.0	7	17.5
หย่า/แยก	2	10.0	7	35.0	9	22.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการวินิจฉัยโรค (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	6	30.0	6	30.0	12	30.0
วัณโรคปอด	4	20.0	5	25.0	9	22.5
ท้องเสีย	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี	3	15.0	1	5.0	4	10.0
แพ้ยา	2	10.0	1	5.0	3	7.5
มะเร็งตับ	0	0.0	2	10.0	2	5.0
ไข้หนาวสั่น	1	5.0	1	5.0	2	5.0
การรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้ Dependent t-test (n = 20)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S.D	t	P-value
ก่อนการทดลอง	46.05	5.453	-8.612	.001
หลังการทดลอง	40.55	5.643		

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ Dependent t-test (n = 20)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S.D	t	P-value
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	46.20	5.644	-1.577	.065
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	45.75	5.803		

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้ Independent t-test (n = 40)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S.D	t	P-value
กลุ่มทดลอง	46.05	5.453	.085	.466
กลุ่มควบคุม	46.20	5.644		

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test (n = 40)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S.D	t	P-value
กลุ่มทดลอง	40.55	5.643	-2.881	.003
กลุ่มควบคุม	45.80	5.881		

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Control Group Design with Pretest and Posttest)

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 15 มกราคม - 25 มีนาคม 2549

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง อาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีโดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงความใกล้เคียงของคะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) และความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ได้กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และยาที่ได้รับ

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (STAI form Y-1) ของ Spielberger ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย โดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และดาราวรรณ ต๊ะปินตา แบบสอบมีจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร่องในการดูแล 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะ 3) การปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน และ 4) การประเมินผล สื่อที่ใช้ประกอบด้วย แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/

ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามอาการ แผ่นภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล เทปบันทึกเสียงสำหรับฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอความร่วมมือจากจากผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2. ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวล ใช้เวลา 30 นาที

3. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ในกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ที่ไม่เฉพาะเจาะจง โดยไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัย

3.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัย โดยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในเรื่องการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และสอนวิธีการตรวจนับชีพจรในวันที่ 1 ทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 2, 3 และวันที่ 4 และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการในวันที่ 3 ซึ่งในการพบกันแต่ละครั้งผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาต่างๆ พร้อมกับให้คำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล หลังจากทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับผู้วิจัยจำนวน 3 ครั้ง ผู้วิจัยจะแจกเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิตให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และแจกแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านให้ผู้ดูแลบันทึกการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งพร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม และคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการให้ไปอ่านทบทวน

4. Post-test ในสัปดาห์ที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบวัดความวิตกกังวลชุดเดียวกับที่ใช้ในการวัดก่อนเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรม SPSS for Window ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test

3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

จากผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถคลายความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้

เมื่อพิจารณา อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) และทฤษฎีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการหลังได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการผ่อนคลายความวิตกกังวลลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีสาเหตุมาจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อ กลัวการติดเชื้อจากการให้การดูแล ขาดกำลังใจ ผู้ดูแลจึงมีความต้องการด้านข้อมูลและความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วย ต้องการกำลังใจ การประคับประคองทางด้านจิตใจ และการผ่อนคลายความเครียดในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกวัน

การที่จะช่วยให้ผู้ดูแลคลายจากความวิตกกังวลได้ตรงตามสาเหตุดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น คือการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะ และประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (19 ราย คิดเป็น 95%) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับปานกลางจะทำให้บุคคลยังคงมีความตื่นตัวอยู่ แต่ขอบเขตการรับรู้ของบุคคลเริ่มลดลง จะสนใจในบางส่วนของสถานการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ดังนั้นการให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่ และอาจจะเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้ดูแลมากขึ้น

ดังนั้นก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1938) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลายจากความวิตกกังวลก่อนที่จะ

ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล เนื่องจาก ทฤษฎีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson กล่าวว่าบุคคลที่มีความเครียดและความวิตกกังวลนั้น มักจะมีการเกร็งเครียดของกล้ามเนื้อ ซึ่ง Jacobson กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคาม ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้บุคคลมีการตื่นตัว ร่างกายมีการเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือหนี มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น พร้อมกับรวบรวมกำลังพร้อมที่จะทำหน้าที่ ดังนั้นการเกร็งเครียดของกล้ามเนื้อ จึงเป็นสิ่งบ่งบอกอย่างหนึ่งถึงความเครียด และความวิตกกังวล นอกจากนั้นในขณะที่กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดจะมีการป้อนกลับไปยังสมอง กระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยเกิดวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มมากขึ้น หากมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดขึ้นบ่อยครั้ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อก็จะมีอยู่ตลอดเวลา และมีระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ การฝึกให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย จะมีผลขัดขวางวงจรการป้อนกลับที่เพิ่มความวิตกกังวล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง และรู้สึกสบายขึ้น มีการผ่อนคลายและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลทั้งหมดมีความพึงพอใจในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้ดูแลมีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ คือทำให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับคำกล่าวของ Benson (1976) ที่กล่าวว่า เมื่อปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลาย มีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus ลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic มีการหลั่งสาร Endorphin ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุข มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง alpha และ theta โดยการเพิ่มของคลื่นสมองทั้งสอง ซึ่งช่วยบ่งบอกว่าบุคคลอยู่ในภาวะสงบและผาสุก (Lego, 1984) นอกจากนี้ ปฏิกิริยาผ่อนคลายยังมีผลต่อระบบควบคุมส่วนกลาง โดยเฉพาะระบบ Limbic ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเร้าอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ โดยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสงบและเป็นสุข ความวิตกกังวลจึงลดลง (Bulecheck & McCloskey, 1989)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2535) ที่ศึกษาพบว่า การฝึกผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของทวี นำสกุลวงศ์ (2541) ที่ศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายมีความวิตกกังวลในการสอบลดลง และการศึกษาของ Leventhal (1993) ที่ศึกษาพบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยาภรณ์ ภูครองหิน (2539) ที่ศึกษาพบว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ หลังจากการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรลดลง โดยค่าเฉลี่ยรวมอัตราการเต้นของชีพจรลดลง = 2.67

ครั้ง/นาที (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9ในภาคผนวก จ) ซึ่งอัตราการเต้นของชีพจรที่ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย สอดคล้องกับคำกล่าวของ Lewis & Collier (1992) ที่กล่าวว่า การผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เปลี่ยนจากการทำงานของระบบประสาท Sympathetic เด่น เป็นระบบประสาท Parasympathetic มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheu et al. (2003) ที่ศึกษาทำการศึกษาถึงผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทันที อัตราการเต้นของหัวใจลดลง 2.35 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic ลดลง 5.44 มม.ปรอท และความดันโลหิต diastolic ลดลง 3.48 มม.ปรอท และหลังการปฏิบัตินาน 4 สัปดาห์ พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจลดลง 2.96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic ลดลง 5.1 มม.ปรอท ความดันโลหิต diastolic ลดลง 3.1 มม.ปรอท และผู้ป่วยมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilk & Turkoski (2001) ที่ศึกษาพบว่า การปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัด มีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย และมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง

เมื่อความวิตกกังวลลดลงหรือเกิดการผ่อนคลาย จะช่วยทำให้บุคคลมีสมาธิ มีพลังสามารถเผชิญกับความเครียดได้มากขึ้น (Lego, 1984) จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ข้อมูลได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลโดยนำแนวคิดของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาใช้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการและอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งหมดของตนเองได้ เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยตอบสนองความต้องการนั้น แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวล (รัชนี พจนา, 2544) ส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้อย่างเหมาะสม เกิดความพร่องในการดูแล ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ กล้าระบาย และเปิดเผยความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกคับข้อง

ใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล และช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและปัญหาของผู้ดูแลได้ดี

ในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์นั้น เริ่มจากการที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อถือ และมีเจตคติที่ดีต่อผู้วิจัย เมื่อได้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคุ้นเคย กล้าพูดกล้าถามผู้วิจัยมากขึ้น และเมื่อผู้ดูแลคุ้นเคยไว้วางใจ จึงสะดวกในการค้นหาปัญหา และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่จำเป็นต่อการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ สอดคล้องกับ Orem (1985 อ้างถึงในสมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ที่เน้นว่าการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญมากในการเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติต่อผู้รับบริการในบทบาทของวิชาชีพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เมื่อผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแล้ว จึงทำการให้ข้อมูลตามเนื้อหาที่เตรียมไว้สำหรับผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งการให้ข้อมูลโดยการสอนถือว่าเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการสำคัญมากวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเนื้อหาของข้อมูลนั้น จะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละคน โดยผู้วิจัยมีสื่อการสอนโดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอน และการสาธิตเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้

ในขณะที่ให้ข้อมูลและภายหลังการให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาที่สงสัย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ การใช้คำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน คำพูดให้กำลังใจ การกระตุ้นชี้แนะ การสนับสนุนโดยกิริยาท่าทางของผู้วิจัยโดยวิธีการมอง และการสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะพยายามดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่อยู่ในความดูแล ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aimin (1999) ที่ศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่การสนับสนุนด้านข้อมูล มีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ที่ศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมมีความวิตกกังวลลดต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของรัตนา อยู่เปลา (2543) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม และคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลทบทวนได้ด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งวิธีการต่างๆ ดังกล่าว เป็นการช่วยเหลือภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ เกิดความมั่นใจในการดูแล มีเหตุผลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้สามารถเผชิญปัญหาและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานข้อที่ 2 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจาก ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการให้ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเมื่อบุคคลทำการฝึกผ่อนคลาย จะเกิดปฏิกิริยาของการผ่อนคลาย (Relaxation) ซึ่งมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus จะลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตลดลง มีการลดลงของกรด Lactic ในกระแสเลือด และมีการหลั่งสาร Endorphin จากต่อมใต้สมอง และกระจายไปยังสมองส่วน Thalamus เป็นสารก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Benson, 1976)

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาประยุกต์เพื่อใช้ในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลมาใช้ ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลด้วยวิธีการสอนตามความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ จะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล และครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล และการดูแลเมื่อ

เกิดอาการข้างเคียงจากยา ตามแผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ด้วยวิธีอธิบาย ซักถาม ประกอบคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม และคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ

นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ การใช้คำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีของผู้ดูแลรายอื่นให้ฟัง ร่วมกับให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน คำพูดให้กำลังใจ การกระตุ้นชี้แนะ การสนับสนุนโดยกิริยาท่าทางของผู้วิจัยโดยวิธีการมอง และการสัมผัสที่นุ่มนวล ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการเผชิญความเครียด และลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยการช่วยเหลือของผู้วิจัย

ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลโดยทั่วๆ ไปที่พยาบาลประจำการกระทำให้แก่ผู้ดูแลนั้น พบอยู่เสมอว่าการให้ข้อมูลต่างๆ อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ดูแลที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้รับบริการแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่ง ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้ทั้งหมด ข้อมูลที่ให้ไม่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลอาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียว โดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ดูแลเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลอย่างแท้จริง ผู้ดูแลไม่สามารถระบายปัญหา ความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีข้อมูล ตลอดจนไม่ได้รับการสนับสนุนและการกระตุ้นจากพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ได้เนื่องจากสภาวะของความวิตกกังวลที่มีอยู่นั่นเอง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น กล่าวได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลาย สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลยังสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้ดูแลที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้มากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมในสิ่งที่อาจจะส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ผู้ดูแลไม่ได้มาดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่โรงพยาบาลทุกวัน
3. ความรุนแรงของอาการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้ ดังนั้น หากนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการผ่อนคลายความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการทุกราย น่าจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการผ่อนคลายความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ทางด้านการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพ ใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษา เพื่อป้องกันและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล

2. ทางด้านการศึกษา จัดอบรมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปใช้ในการให้บริการ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการได้อย่างเหมาะสม

3. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการค้นคว้าและวิจัยเพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ดูแล

3. ควรศึกษา ติดตาม และประเมินผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้นานขึ้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ในรูปแบบอื่นๆ เช่นโดยใช้รูปแบบกลุ่ม เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุง และพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และวิชาชีพพยาบาลต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. 2540. **คู่มือจิตวิทยาคลินิก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เมดิคัลมีเดีย.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2540. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน.** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา.

กันยา สุวรรณแสง. 2540. **จิตวิทยาทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรวมสาส์น.

กิตติกร นิลมานัต. 2539. **ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน. 2539. **ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กุญชรี ค้าขาย. 2540. **จิตวิทยาการเรียนการสอน.** กรุงเทพมหานคร : เทคนิคพริ้นติ้ง.

ขนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรรยา รัตนวิภา, กมลาภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, และอุทิศ จิตเงิน. 2540. **คู่มือและหลักสูตรการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในการทำงานด้านเอดส์ในชุมชน.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครสวรรค์ : สี่แควการพิมพ์.

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. 2537. **การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทร์แรม กิจเหมาะ. 2539. **ประสิทธิผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. 2542. **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์.** (รายงานการวิจัย) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. 2534. **เทคนิควิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันในพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทวี นำสกุลวงศ์. 2541. **ผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายเพื่อลดความวิตกกังวลในการสอบและความวิตกกังวลทั่วไปของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คณะบริหารธุรกิจ ชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ทองแท้ ศิลาขาว. 2536. **ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนปทุมวิไล จังหวัดปทุมธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ทิตย์ทยา หอมทรัพย์. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิภาพร อังคกุล. 2543. **การเปรียบเทียบระหว่างวิธีรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. 2537. **เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวี.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ธารินี เพชรรัตน์. 2541. **ความต้องการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. 2540. **ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์. 2542. ปัญหาผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 24**(1) : 43-53.

นฤยา ภักตรเจริญ. 2545. **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิตยา ปัญจมีดิถี. 2536. **มโนทัศน์ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรจง คำหอมกุล และคณะ. 2535. **คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สถาบันสาธารณสุขอาเซียน.

ปนัดดา โรจน์ทนงชัย. 2543. **ผลของการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประณีต ส่งวัฒนา. 2541. การอาศัยอยู่ร่วมกัน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วงสุดท้ายของชีวิต : ประสบการณ์ในภาคใต้ของไทย. **วารสารโรคเอดส์, 10**(1) : 16-26.

ปริญญา สนิกะวาที. 2542. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปัทมา ผ่องศิริ. 2538. **ผลของการสอนการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลร่วมกับการพัฒนาจิตที่มีต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 : ศึกษาเฉพาะกรณีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บำราศนราดูร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. 2542. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาติ จันทร์จรัส, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, นุชนารถ เดชศิริ, และจิราภรณ์ ยาชมภู. 2537. **ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร : กรมควบคุม โรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

ปิยรัตน์ นิลอัยกา. 2537. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ต่อบุคคลในครอบครัวและชุมชน. ในวิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะและพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** (หน้า 210-242). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พเยาว์ ประเสริฐศรี. 2545. **การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พรพิมล เพ็ญสุข. 2544. **ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อการลดความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, สุรีพร ธนศิลป์, และสัจจา ทาโต. 2541. **ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล. 2541. สถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และแนวทางป้องกันโรค. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 28**(2) : 55-62.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. 2543. สาเหตุแห่งความเครียดของบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12**(3) : 1-10.

มารยาท จิตรบรรพต. 2534. **การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการผ่อนคลายความเครียด โดยนักจิตวิทยาคลินิกกับโปรแกรมเทปโทรทัศน์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ยุพิน จันทรัคคะ, บัญจางค์ สุขเจริญ, และวนิดา ยืนยง. 2539. การปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด. **วารสารพยาบาลศาสตร์, 14**(1) : 79-87.

รัชนี พจนา. 2544. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัตนา อยู่เปลา. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ละเอียด ชูประยูร. 2538. **เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ : เทคนิคคลายเครียด.** ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา.

วรรณทนา ศุภสีมานนท์. 2540. ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์. **วารสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 5**(2) : 9-16.

วันทนา มณีศรีวงศ์กูล. 2545. **การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. 2536. **เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตัวเอง.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์.

วาสนา อิ่มเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ. 2542. **การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์.** นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และพูน ทรัพย์ โสภารัตน์. 2537. **การพยาบาลติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วินัย ปานโท้. 2542. **การพัฒนาโมเดลบูรณาการเชิงสาเหตุของความวิตกกังวลในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. 2539. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลศาสตร์, 4** : 33-38.

วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลิ้มตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาด พจนามาตร์, และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. 2542. **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์.** รายงานการวิจัย

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2548. **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย.**

สมจิต หนุเจริญกุล. 2537. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2540. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พริ้นติ้ง.

สมชาย ธัมมนันท์กุล. 2530. **คู่มือคลายเครียด.** กรุงเทพมหานคร : การท่าเรือ.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมศิริ นนท์สวัสดิ์ศรี. 2541. **ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมสมัย รัตนกรีฑากุล และศิริพร ทูลศิริ. 2545. **รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี.** รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2536. **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายสมร ทองดี. 2532. **การพัฒนาบุคลิกภาพ อารมณ์ และสังคมของนักเรียนวัยรุ่น.** เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยรุ่น สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เสาวภา พรสิริพงษ์. 2541. ปฏิกิริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว. ในพิมพ วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ). **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. 2522. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ. 2543. **ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. 2535. **ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรทัย โสมนรินทร์. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย โสมนรินทร์, เผอิญ ถนอมพงษ์ชาติ, และศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. 2540. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์.** กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2543. **การคิดอย่างมีวิจารณญาณ : การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค จำกัด.

อรัญญา เชาวลิต, สุรีพร ธนศิลป์, และอังสุมา อภิชาโต. 2537. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. ในวิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** (หน้า 147-200). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุบล นิวัติชัย, 2535. **การผ่อนคลายและบทบาทของพยาบาล.** เอกสารการสอน ชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวชหน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** กรุงเทพมหานคร : หจก. วี. เจ. พริ้นติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Aimin, G. 1999. **Effects of informational support on anxiety among family member of critically ill patients.** Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing Graduate School, Chiang Mai University.

Aiken, L. H., & Henrichs, T. F. 1972. Systemic relaxation as a nursing intervention technique with open heart surgery patients. **Nursing Research, 20** : 212-217.

Atkins, R., & Amenta, M. O. 1991. Family adaptation to AIDS : A comparative study. **Hospice Journal, 7**(1-2) : 71-83.

Barry, P. D. 2002. **Mental health and mental illness.** (7th ed.). Philadelphia : J. B. Lippincott.

Beck, C. K., Rawlins, R. P.,& Williams, S. R. 1996. **Mental health-psychiatric nursing a holistic life-cycle approach.** (2nd ed.). St. Louis : The C. V. Mosby.

Benson, H. 1976. **The relaxation response.** New York : Avon Books.

Benson, H., Kotch, J. B.,& Crassweller, K. D. 1977. The relaxation response : A bridge between psychiatry and medicine. **Medical Clinic of North America, 61**(4) : 929-938.

Bergess, A. W. 1990. **Psychiatric nursing : In hospital and community.** 5th ed. Norwalk : Appleton & Lange.

Blair, T. D., & Ramones, V. A. 1996. The undertreatment of anxiety : Overcoming the confusion and stigma. **Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services, 34**(6) : 9-18.

Breault, A. J., & Polifroni, E. C. 1992. Caring for people with AIDS : Nurses attitude and feelings. **Journal of Advanced Nursing, 17**(1) : 27-32.

Brown, S. M. 1990. Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease. **Journal of Advance Nursing, 15** : 962-970.

Brown, M. A., & Powel-Cope, G. 1991. AIDS family caregiving : Transitions through uncertainty. **Nursing Research, 40**(6) : 338-345.

Brown, M. A.,& Powel-Cope, G. 1993. Themes of loss and dying in caring for a family member with AIDS. **Research in Nursing & Health, 16** : 179-191.

Bulechek, G. M.,& McCloskey, J. C. 1989. **Nursing intervention and treatment for nursing diagnosis.** Philadelphia **:** W. B. Saunders**.**

Burns ,N., & Grove ,S.K. 2001. **The practice of nursing research : Conduct ,critique and utilization**. 4th ed. Pennsylvania : W.B.Saunders Company.

Burry, P. A. 1994. **Mental health and mental illness.** 5th ed. Philadelphia : J. B. Lippincot.

Cassmeyer, V. L., Mitchell, P. H., & Betrus, P. A. 1995. Stress, stressor and stress management. In W. J. Phipp, V. L. Cassmeyer, J. K. Sand, & M. K. Lehman (Eds.). **Medical-surgical nursing : Concept and clinical practice.** 5th ed. St. Louis : Mosby.

Chekryn, J. 1989. Families of people with AIDS. **The Canadian Nurse, 85**(8) : 29-32.

DeBasio, P. A. 1989. **Mental-health psychiatric : A holistic approach.** 3rd ed. St. Louis : Mosby.

Domar, A. D., Everett, L. L., & Keller, M. G. 1989. Preoperative anxiety : Is it a predictable entity? **Anesth Analg, 69**(6) : 763-767.

Dormar, G. H., Friedman, M.,& Benson, L. B. 1993. Health promotion by mental and physical training. **British Journal of Holistic Medicine, 1**(2) : 142-147.

Ellis, J. R., & Nowlis, E. A. 1985. **Nursing : A human needs approach. 3rd ed.** Dalus : Houghton Miffin Company.

Fontaine, R. L., & Fletcher, J. S. 1994. **Essential of mental health nursing.** 3rd ed. California : Addison-Wesley.

Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. 1996. **Psychiatric mental health nursing.** St. Louis : Mosby.

Garberson, K. B. 1991. The effect of numerous distraction an operative anxiety. **AORN Journal, 54**(6) : 1258-1264.

Gomez, E. A., Gomaz, G. E., & Otto, D. A. 1984. Anxiety as a human emotion : Some basic conceptual models. **Nursing Forum, 21**(1) : 38-42.

Graham, L. E.,& Conley, E. M. 1971. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. **Nursing Research, 20** : 113-122.

Green, J., & McCreaner, A. 1996. **Counseling in HIV infection and AIDS.** Boston : Blackwell-Scientific.

Greif, J., & Golden, B. A. 1994. **AIDS care at home : A guide for caregivers, loved ones, and people with AIDS.** New York : John Wiley & Sons.

Grimm, P. M. 1997. Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M.,& Olsen, S. J. (Eds.). **Instruments for clinical health-care research** (2nd ed.) (pp 329-341). Boston : Jones and Bartlett Publishers.

Healy, & Coleman. 1989. A primer on AIDS for health professional. **Health Education, 19** : 4-10.

Hyman, R. B., Feldman, H. R., Harris, R. B., Levine, R. F.,& Malloy, G. B. 1989. The effects of relaxation training on clinical symptoms : A meta analysis. **Nursing Research, 38**(4) : 216-220.

Jacobson, E. 1938. **Progressive relaxation.** Chicago : Press.

Johnsons, B. S. 1993. **Psychiatric - mental health nursing : Adaptation and growth.** (3rd ed). Philadelphia : J. B. Lippincott.

Kindler, C. H., Harm, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. 2000. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **International Anesthetia Research Society, 90**(3) : 706-712.

Kneisl, C. R. 1996. Stress, anxiety and coping. In H. S. Wilson, & C. R. Kneisl (Eds.). **Psychiatric nursing** (5th ed.) (pp.66-84). California : Benjamin/Cummings Publishing.

Lader, W., et. al. 1971. **Clinical anxiety.** New York : Grune and Stratton.

Land, H.,& Hudson, S. 2002. HIV serostatus and factors related to physical and mental well-being in Latina family AIDS caregivers. **Social Science & Medicine, 54**(1) : 147-159.

Lawis, C. C.,& Collier. 1992. Special needs of children. In K. H. Dow & L. J. Hilderly (Eds.), **Nursing Care in Radiation Oncology** (pp. 199-202). Philadelphia : W. E. Saunders.

Lee, K, 1998. Anxiety and related disorders. In M. A. Boyd, & M. A. Nihart (Eds.), Psychiatric nursing : Contemporary practice (pp. 476-529). Philadelphia : Lippincott.

Lego, S. 1994. AIDS- related anxiety and coping method in a support group for caregivers. **Archives of Psychiatric Nursing, 8**(3) : 200-207.

Lego, S. 1984. **The american handbook of psychiatric nursing.** Philadelphia : J. B. Lippincott.

Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family member' anxiety. **AORN Journal, 64**(3) : 424-436.

Leventhal, B. A. 1993. Effect of imagery and progressive muscle relaxation training on state/trait anxiety in hospitalized adolescents with chronic illness. **Dissertation Abtracts International, 54**(June 1994) : 6465.

Long, B. C., Phipp, W. J., & Cassmeyer, V. L. 1993. **Medical-surgical nursing : A nursing approach.** (3rd ed). St. Louis : Mosby.

Luckman, J., & Sorensen, K. C. 1987. **A psychophysiological approach : Medical surgical nursing.** Philadelphia : W. B. Saunders.

Macklin, E. D. 1988. AIDS : Implication for family. **Family Relation, 37**(April) : 141-149.

Marram, G. D. 1978. **The group approach in nursing practice.** 2nded. Saint Louis : The C. V. Mosby Company.

Majure, T. 1994. **Real-word insights & commons sense a device from direct marketing pro.** Chicago : Probus.

Mcshane, R. E., Bumbalo, J. A., & Patsdaughter, C. A. 1994. Psychological distress in family members living with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome. **Archives of Psychiatric Nursing, 8**(1) : 53-61.

Meisel, K. 1991. Psychological implication in care of the critically ill patient and family. In J. T., Dolan (Ed.), **Critical care nursing : Clinical management through the nursing process** (pp. 14- 30). Philadelphia : F. A. Davis.

Montgomery, B., Morris, L. 1992. **Living with anxiety.** Australia : The Book Printer.

Murrey, P. D., Lowe, J. D., Anderson, H. N., Home, H. L., Lott, W. C.,& MacDonald, S. 1996. Validity studies of the filial anxiety scale. **The Gerontologist, 36**(1) :110-112.

Norbeck, J. S., et al. 1991. Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups. **Nursing Research, 40**(4) ; 208-213.

Oberst, M. T., Thomas, S. E., Grass, K. A., & Ward, S. E. 1989. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing, 12**(4) : 209-215.

Orem, D. E. 1995. **Nursing concepts of practice.** 5th ed. St. Louis : Mosby, Inc.

Orem, D. E. 2001. **Nursing concepts of practice.** 6th ed. St. Louis : Mosby, Inc.

Powell-Cope, G. M. 1994. Family caregivers of people with AIDS : Negotiating partnerships with professional health care providers. **Nursing Research, 43**(6) : 324-330.

Rankin, M., Johnson, G.,& Rondestvedt, J. 1993. Chronic anxiety treated by feedback induced muscle relaxation : a pilot study. **JAMA, 28** : 263-266.

Rasid, Z. M.,& Parish, T. S. 1998. The effectives of two types of relaxation training on student s' levels of anxiety. **Adolescencence, 33**(129) : 99-101.

Rambo, B. J. 1984. **Adaptation nursing :Assessment & intervention.** Philadelphia : W. B. Saunder.

Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. J., & Visscher, B. R. 1994. Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. **Health Psychology, 13**(4) : 299-307.

Rycroft, C. 1978. **Anxiety and neurosis.** Harmonsworth : Penquin Book.

Salzman, C., & Labowitz, R.D. 1991. **Anxiety in the elderly : Treatment & research.** New York : Springer.

Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. 1992. **Health psychology : Challenging the biomedical model.** New York : John Wiley & Son.

Sheu, S., Irvin, B. L., Lin, H., & Mar, C. 2003. Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. **Holistic Nursing Practice,** 17(1) : 41-47.

Shives, L. R. 1994. **Basic concept of psychiatric mental health nursing.** 3rd ed. Philadelphia : J. B. Lippincott.

Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M.,& Luscombe, P. 1995. Assessment of anxiety in hospital patients. **Journal of Advanced Nursing, 22** : 87-93.

Silverman, D. C. 1993. Psychosocial impact of HIV related caregiving on health providers : A review and recommendation for role of psychiatry. **American Journal Psychiatry, 150**(5) : 705-712.

Sim, R., & Moss, V. A. 1995. **Palliative care for people with AIDS.** 2nd ed. London : J. W. Arrowsmith Ltd.

Smeltzer, S. C.,& Bare, B. G. 2000(a). **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.** (9th ed.). Volume 1. Philadelphia : Lippincott.

Smeltzer, S. C.,& Bare, B. G. 2000(b). **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.** (9th ed.). Volume 2. Philadelphia : Lippincott.

Spear, H. L. 1996. Anxiety. **RN, 59**(7) : 40-45.

Spielberger, D. C.1972 **Anxiety as an emotional state.** In D. C. Spielberger (ed.), Anxiety : Current trend in theory and research, pp. 23-49. New York : Academic press.

Spielberger, C. D., & Gueervero, R. D. 1982. **Cross-culture anxiety.** New York : Hemisphere/McGraw-Hill.

Spielberger, C. D., & Krasner, S. S. 1988. The assessment of state and trait anxiety. In R. Noyes Jr, M. Roth, & G. D. Burrows (Eds.), **Handbook of anxiety** (pp. 31-51). New York : Elsevier Science.

Spielberger,C. D., & Sydeman, S. J. 1994. State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In M. E. Marvish (Ed.). **The use of psychological test for treatment planning and outcome assessment.** (pp. 292-321). Hillsdale : LEA.

Spielberger, C. D.,& Vagg, P. R. 1995. **Test anxiety : Theory, assessment, and treatment.** Washington : Taylor & Francis.

Stuart, G. W., & Laraia, T. M. 2001. **Principles and practice of psychiatric nursing.** St. Louis : The C. V. Mosby.

Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. 1987. **Principles and practice of psychiatric nursing.** St. Louis: C. V. Mosby.

Suchman, A. L., Botelho, R. J., & Walker, P. H. 1998. **Partnership in healthcare : Transforming relational process.** New York : University of Rochester Press.

Theis, S. L., Cohen, F. L., Forrest, J., &Zelewsky, M. 1997. Needs assessment of caregivers of people with HIV/AIDS. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 8**(3) : 76-84.

Toman, A. M. 1980. Autogenic training. **Nursing Time, 76**(21) : 1488-1492.

Trice, A. D. 1988. Posttraumatic stress syndrome-like symptom among AIDS caregivers. **Psychological Report, 63** : 656-658.

Wang, S.A., Panlilio, A.L., Doi ,P.A., Stek ,M.,& Saah ,A. 2000.Experience of health-care workers taking post-exposure prophylaxis after occupational HIV exposurses; finding of the HIV postexposure prophylaxis registry. **Infection Control and Hospital Epidemiology**21 .:.785-780

Webb, M. S.,& Riggin, O. Z. 1994. A comparison of anxiety levels of female and male patients with myocardial infarction. **Critical Care Nurse, 14**(1) : 118-124.

Wilk, C.,& Turkoski, B. 2001. Progressive muscle relaxation in cardiac rehabilitation : A pilot study. **Rehabilitation Nursing,** 26(6) : 238-243.

Wilson, H. S. & Kneisl, C. L. 1988. **Psychiatric nursing.** 3rd ed. Addison Wesley : Publishing Company.

Wilson, H. S. & Kneisl, C. R. 1996. **Psychiatric nursing.** 4th ed. California : Addison Wesky.

Wrisht, H., & Martin, G. 1993. **Mental health nursing.** London : Chapman-Hall.

Yakimishyn, S. 1991. Relaxation training for abused women. **Dissertation Abstracts International, 46**(July) : 50-55.

Zung, W. K. 1971. A Rating instrument for anxiety disorder. **Psychosomatics, 12**(Nov-Dec) : 371-372.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
และหนังสืออนุมัติให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802
ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802

ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้ออีชไอวีที่มีอาการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802

ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ธันวาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราดุลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
2. อาจารย์ ดร. บุหงา ตโนภาส อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราดุลย์ และอาจารย์ ดร. บุหงา ตโนภาส
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802
ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติด เชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนิตยา คชศิลา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802
ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางนิตยา คชศิลา นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติด เชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนิตยา คชศิลา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02 -218-9802
ชื่อนิสิต นางนิตยา คชศิลา โทร. 0-1776-9124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

เลขที่ อาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ" จากผู้วิจัย โดยผู้ป่วยและข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (ในการพบผู้วิจัยครั้งแรก) และหลังจากการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัยในครั้งที่ 3 ในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการศึกษาเป็นอย่างดี และได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของประเทศ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะแจ้งออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการ และเมื่อข้าพเจ้ายินยอมเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ที่ 0-1776-9124

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
	.....
.....	(.....)
สถานที่ / วันที่	พยาน
	.....
.....	(นางนิตยา คชศิลา)
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้วิจัยหลัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

ชื่อผู้วิจัย นางนิตยา คชศิลา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม โอสถานุเคราะห์ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4500 โทรศัพท์ที่บ้าน 0-2510-1584

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1776-9124

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่อาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นผลของผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

2. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ อีกกลุ่มคือกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มทดลองจะพบกับผู้วิจัยจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ซึ่งในการพบกันแต่ละครั้งกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิตโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้ง และให้กลุ่มทดลองนำเทปกลับไปปฏิบัติ

เองที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเพื่อระบายความเครียด ความวิตกกังวล มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีร่วมกับผู้วิจัยเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมินความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรมจำนวน 3 สัปดาห์

4. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อประกอบด้วย

4.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ และผู้ดูแล

4.2 การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

4.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏ การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.4 การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้ระบายความเครียดและความวิตกกังวล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

4.5การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.6การประเมินผล และประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

5. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ท่านและผู้ป่วย และไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่ผู้ดูแลต้องสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล

6. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่เป็นผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ท่านและผู้ป่วยพึงจะได้รับ

7. ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 4 แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

อายุ.....ปี

เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย

สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) ม่าย

( ) หย่า/แยกกันอยู่

ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ( ) มารดา ( ) บิดา

( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร

( ) อื่นๆ (ระบุ).....

ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์

( ) อื่นๆ (ระบุ).....

ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ ( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) รับราชการ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ของครอบครัว (ระบุ) ……บาท/เดือน

ระยะเวลาดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี (ระบุ) .....ปี.....เดือน

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี

อายุ .....ปี

เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย

การวินิจฉัยโรค .....

ภาวะแทรกซ้อน……

……

……

การรักษาที่ได้รับ

……

……

ยาต้านไวรัสที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับ

……

……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลานานในการพิจารณาคำตอบข้อใดข้อหนึ่งนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด เพราะคำตอบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่เลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
. . . .				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือกำกับการทดลอง

ได้แก่ แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	เวลา	ชีพจร (ครั้ง/นาที)	
			ก่อนฝึก	หลังฝึก
1	1 ม.ค. 49	17.00 น.	90	86

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการสามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความวิตกกังวล ผลกระทบของความวิตกกังวล และวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล	**ตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลเรื่องการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ** สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางนิตยา คชศิลา เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้จะมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำไมต้องมีการผ่อนคลาย เพราะว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเป็นหน้าที่ที่ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจาก…….. เมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียดขึ้น จะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจโดยตรง โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เกิดความตึงเครียดไปด้วย โดยกล้ามเนื้อจะหดเกร็ง ตึงเครียด ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เมื่อกล้ามเนื้อร่างกายเกิดความตึงเครียด จะมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้อารมณ์และความคิดผิดปกติ และเมื่อยิ่งคิดแต่เรื่องไม่ดี อารมณ์จะเสีย หงุดหงิด เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรต้องมีการผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การพูดระบายความรู้สึกต่างๆ การแสวงหาข้อมูลเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจ การใช้	บรรยาย		ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของความวิตกกังวล ผลกระทบของความวิตกกังวล และวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการทราบถึงประโยชน์ของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การนวด การฝึกสมาธิ การใช้จินตนาการ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาให้ผู้ดูแลฝึกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความตึงเครียดและวิตกกังวล และมีความเหมาะสมกับผู้ดูแล เพราะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถเรียนรู้โดยบุคคลใดก็ได้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกท่าทางต่างๆ หรือต้องออกกำลังกายอย่างมาก ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ช่วยให้คลายอาการเครียดหรือวิตกกังวลลดลง ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ช่วยให้มีสมาธิและความจำที่ดีขึ้น มีผลต่อการปฏิบัติงาน ช่วยให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ดูแลมีพลัง สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดและวิตกกังวลได้ ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้หายปวดเมื่อย รู้สึกสบาย คลายความเครียด ความวิตกกังวล ในการปฏิบัตินั้น ผู้ดูแลจะได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลาย	บรรยาย - ใช้เวลาประมาณ 10 นาที		ผู้ดูแลสามารถบอกถึงประโยชน์ของวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลทราบและสามารถปฏิบัติการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้	กล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้ง และหลังจากนั้นผู้วิจัยจะแจกเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้นำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง **คำแนะนำในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ** การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถทำได้ทั้งในท่านอนและท่านั่งในเก้าอี้ที่มีที่รองศีรษะ กล้ามเนื้อแต่ละมัดถูกทำให้เกิดความตึงเครียด เป็นเวลา 5-7 วินาที และต่อมาถูกทำให้เกิดความผ่อนคลายเป็นเวลา 20-30 วินาที วิธีการนี้จะต้องทำซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ถ้าบริเวณใดยังตึงเครียดอยู่ สามารถทำซ้ำได้ถึง 5 ครั้ง ในขณะที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย อาจใช้คำพูดประกอบด้วย เช่น “หย่อน” และ “ผ่อนคลาย” **วิธีการฝึก** นั่งในท่าที่สบาย หลับตา ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม โดยการเกร็งกล้ามเนื้อไปทีละกลุ่ม ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นเกร็งใหม่สลับกันไปมาประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำจนครบทั้ง 10 กลุ่ม ดังนี้ 1. บริเวณหน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย	บรรยายและสาธิตวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ		ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและสามารถปฏิบัติการฝึกผ่อนคลายได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	2. ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น ใช้วิธีกัดฟันแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย และใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย 3. คอ โดยก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย 4. กำมือและเกร็งแขนซ้ายแล้วคลาย 5. กำมือและเกร็งแขนขวาแล้วคลาย 6. อก ไหล่ และหลังโดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย 7. หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย 8. เท้าและขาทั้งสองข้าง โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าเข้าหากันแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาทั้งสองข้างแล้วคลาย ในการฝึกแต่ละครั้งจะใช้เวลาฝึกประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้ได้ผลที่ดีในการผ่อนคลายควรทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เมื่อทราบถึงวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างคร่าวๆ แล้ว ในการปฏิบัติจริงผู้ดูแลจะได้รับการฝึกและปฏิบัติตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้นำในการฝึกให้แก่ผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้ง และผู้วิจัยจะแจกเทปให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกคุ้นเคยและแสดงสัมพันธภาพอันดีต่อผู้วิจัย 2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกอบอุ่นและสามารถระบายปัญหาที่คับข้องใจ 3. เพื่อประเมินปัญหาของผู้ดูแล	**ตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ ร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์** สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อนิตยา คชศิลา เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้จะมาให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี การให้การดูแลในอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล ก่อนที่จะรับทราบถึงข้อมูลต่างๆ อยากทราบว่าผู้ดูแลพอจะทราบไหมคะว่าผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ท่านให้การดูแลอยู่มีอาการอะไรบ้าง และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ท่านจะให้การดูแลอย่างไร..... ..... ก่อนที่จะได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการที่ปรากฏนั้น ผู้ดูแลควรได้ทราบถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เนื่องจากโรคเอดส์ คือ กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะ	1.กล่าวทักทายและแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักกับผู้ดูแล บอกระยะเวลา และจำนวนครั้งที่จะพบกันให้ผู้ดูแลรับทราบ ด้วยสีหน้ามีรอยยิ้มและแสดงความเป็นมิตร 2. สำรวจปัญหาโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์ ความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ		1. ผู้ดูแลมีสีหน้าที่แสดงถึงความเป็นมิตรและยินดีที่จะรับทราบข้อมูลต่างๆ จากผู้วิจัย 3. ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัย สังเกตจากสีหน้าของผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับอารมณ์ในขณะนั้น และอาจมีการระบายความรู้สึกต่างๆ ที่คับข้องใจออกมาเป็นคำพูด โดยอาจมีการแสดงสีหน้า ท่าทาง และ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	หากผู้ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันต่ำลงมากจะทำให้เกิดโรคดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ไข้ ไอ ท้องเสีย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร มีผื่นผิวหนัง ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อช่วยตัวเองได้น้อยลง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี เพื่อให้สามารถดูแลผู้ติดเชื้อได้เหมาะสมกับอาการของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากการให้การดูแลได้	และสภาพความเป็นอยู่ รวมทั้งปัญหาต่างๆ โดยรับฟังปัญหาต่างๆ ของผู้ดูแลด้วยความตั้งใจ เห็นใจด้วยความจริงใจ และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม		อารมณ์ประกอบ
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุอาการไข้ที่เกิดในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และการให้การดูแลเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการไข้	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการไข้</u>** ไข้ คือ การที่ร่างกายมีอุณหภูมิ ร่างกายสูงกว่าปกติ (เกิน37.5 องศาเซลเซียส) แสดงว่าเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะผิดปกติบางอย่างของร่างกายมักมีอาการปวดศีรษะปวดเมื่อยตามตัวถ้าหากมีไข้สูงมาก หรือไข้ขึ้นเร็ว และลดลงเร็วจะมีอาการหนาวสั่น หรือบางครั้งอาจมีหนาวสะท้านชนิดฟันกระทบกันได้……..	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการไข้ โดยซักถามและ	- ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี - คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี ตาม	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการไข้และสามารถเช็ดตัว

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<u>การดูแล</u> 1. ตรวจว่ามีไข้หรือไม่ โดยการใช้ปรอทวัดไข้ ในกรณีที่ไม่มีปรอทวัดไข้ อาจใช้หลังมือแตะหน้าผากผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จะรู้สึกว่าหลังมือที่แตะหน้าผากผู้ป่วยร้อนผ่าว แตกต่างมากกว่าเมื่อเทียบกับหลังมือที่แตะหน้าผากตัวเอง …….. …….. …… …… ……	เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีไข้และรับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจและเห็นใจ -ชมเชยเมื่อผู้ดูแลตอบคำถามได้ถูกต้อง -บรรยาย -สาธิตการเช็ดตัวลดไข้	อาการ	ลดไข้ได้อย่างถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงสาเหตุและอาการของท้องเสียตลอดจนการดูแลเมื่อมีอาการท้องเสีย	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการท้องเสีย</u>** ท้องเสีย คืออาการที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำบ่อยครั้งกว่าปกติ หรืออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หรือถ่ายเป็นมูกเลือด บางรายอุจจาระจะมีกลิ่นเหม็นเน่าอย่างรุนแรง อาการท้องเสียเป็นอาการที่พบบ่อยอย่างหนึ่งในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี มักถ่ายเป็นน้ำ มีอาการปวดท้องและอาเจียน ท้องเสียอาจแบ่งตามระยะเวลาของอาการได้ 2 แบบ คือ - ท้องเสียเฉียบพลัน อาการจะสั้นกว่า 2 สัปดาห์ - ท้องเสียเรื้อรัง มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง นานกว่า 2 สัปดาห์ .... <u>การดูแล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ๆ 2. ผู้ดูแลล้างมือให้สะอาดก่อนปรุงอาหาร และให้ผู้ป่วยล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อมีอาการท้องเสียโดยซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในการดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อมีอาการท้องเสียและรับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจและเห็นใจ -บรรยาย	- คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลเมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการท้องเสียได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงสาเหตุและอาการเจ็บปากเจ็บคอ ตลอดจนการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการเจ็บปากเจ็บคอ	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการเจ็บปากเจ็บคอ</u>** ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมักมีแผลในช่องปาก ร่วมกับแผ่นฝ้าสีขาวที่ลิ้น บางรายอาจลุกลามไปถึงลำคอ หลอดอาหาร ทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี อาจเป็นครั้งคราว หรือเป็นนานติดต่อหลายวัน จนถึงหลายสัปดาห์ อาจหายได้เองหรือต้องการการรักษาระยะยาว ……..... …….. **การดูแล** 1. ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โดย 1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันให้ถูกวิธีโดยใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม.. ……	-ชมเชยเมื่อผู้ดูแลตอบคำถามได้ถูกต้อง -สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อมีอาการเจ็บปากเจ็บคอ โดยซักถาม เปิดโอกาสให้ระบายความ-รู้สึก รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ เห็นใจ -บรรยาย	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการไอและหายใจลำบาก	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการไอ หายใจลำบาก</u>** ปัญหาของระบบทางเดินหายใจมักเกิดจากการติดเชื้อในปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ หายใจตื้นๆ เจ็บหน้าอก บางรายอาจมีอาการไอแบบไม่มีเสมหะก็ได้ .... <u>การดูแล</u> 1. ให้ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีดื่มน้ำมากๆ อาจใช้น้ำมะนาวเติมเกลือเล็กน้อยจิบ จะช่วยให้เสมหะถูกขับออกได้ง่าย	-สำรวจปัญหา -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก -รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจและเห็นใจ -บรรยาย -ชมเชย	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีอาการไอ และหายใจลำบากได้
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการทางผิวหนัง	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการทางผิวหนัง</u>** ปัญหาผิวหนังเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการเข้าสู่ระยะเริ่มแสดงอาการเอดส์หรือเป็นเอดส์แล้ว	-สำรวจปัญหา -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก	คู่มือ.....	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถาม..... .....

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน	<u>การดูแล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกายด้วยน้ำและสบู่ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ แต่ในกรณีที่ผิวหนังแห้งมาก ควรหลีกเลี่ยงการใช้สบู่ .... **<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</u>** อาการคลื่นไส้ อาเจียนมักเกิดจาก..... ..... <u>การดูแล</u> 1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยเข้าครัวปรุงอาหารเอง เพราะกลิ่นอาหารบางอย่างกระตุ้นให้คลื่นไส้ อาเจียน	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการ.....	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแล..... ....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการปวด ที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และสามารถให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการปวดได้	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการปวด</u>** ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค มักมีอาการปวดจากสาเหตุ ต่อไปนี้ .... <u>การดูแล</u> 1. ผู้ดูแลต้องพูดช้าๆ และใช้น้ำเสียงนุ่มนวล 2. สัมผัสตัวหรือเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยช้าๆ และไม่รีบร้อน	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการปวดโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก.....	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการปวดได้ถูกต้อง
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และสามารถให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการอ่อนเพลียได้	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย</u>** ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีบางรายอาจมีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค อาการอ่อนเพลียเกิดจาก..... ..... <u>การดูแล</u> 1. ให้พักผ่อนให้เพียงพอ ถ้าผู้ป่วยไม่ค่อยเคลื่อนไหว.....	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการ.....	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดที่มีอาการอ่อนเพลียได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการน้ำหนักลด ที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และสามารถให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีปัญหาน้ำหนักตัวลดได้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการกังวลและซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และสามารถให้การดูแล	**<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีน้ำหนักลด</u>** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักน้ำหนักตัวลด แม้ว่าจะรับประทานอาหารได้ตามปกติ เนื่องจาก .... <u>การดูแล</u> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในการเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง 2. ให้รับประทานอาหารแต่ละครั้งในปริมาณน้อย แต่บ่อยครั้ง .... **<u>การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีอาการกังวล ซึมเศร้า</u>** ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มักรู้สึกสับสนและยุ่งยากใจกังวลว่าจะจัดการกับความกดดันทางใจที่เกิดขึ้นได้อย่างไร..... ..... <u>การดูแล</u> 1. ผู้ดูแลต้องเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย รับฟังและ.....	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อมีน้ำหนักลดโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก..... ..... สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเมื่อมีอาการกังวล ซึมเศร้าโดย.....	คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ... .... คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีตามอาการ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีน้ำหนักตัวลดได้ถูกต้อง ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแล..... .....

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อเมื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี	**<u>การป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี</u>** หมายถึง การป้องกันการติด/ได้รับเชื้อโรค หรือแพร่เชื้อโรคจากผู้ป่วย และรวมไปถึงการป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ดูแลไปสู่ผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลให้การดูแล.....	สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อจากการให้การดูแล.....	-ภาพพลิก -ถุงมือ	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อเมื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง
เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และสามารถให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากยาได้	**<u>อาการข้างเคียงจากยาและการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีได้รับ</u>** ในปัจจุบันการรักษาโรคติดเชื้อเอ็ชไอวีหรือโรคเอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ การดูแลสุขภาพ และการใช้ยาต้านไวรัส .....ผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีและผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยา และการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ติดเชื้อได้รับ เพื่อให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ.....	-สำรวจปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี และอาการข้างเคียงจากยาที่เคยเกิดในผู้ติดเชื้อโดย.....	-ภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับยา -แผ่นภาพรูปเม็ดยา -ยาที่ผู้ติดเชื้อรับประทาน	ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง

ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงการแจกแจงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov

NPar Test กลุ่มควบคุม

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pretest	posttest
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	44.90	46.20
	Std. Deviation	5.572	5.644
Most Extreme Differences	Absolute	.214	.252
	Positive	.214	.252
	Negative	-.190	-.178
Kolmogorov-Smirnov Z		1.125	.958
Asymp. Sig. (2-tailed)		.159	.318

a Test distribution is Normal.
b Calculated from data.

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) pretest = .159 และ posttest = .318 ซึ่งมากกว่าค่า alpha ที่ระบุไว้ คือ .05 ดังนั้น การแจกแจงของข้อมูลทั้งก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงการแจกแจงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov

NPar Test กลุ่มทดลอง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pretest	posttest
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	40.55	46.05
	Std. Deviation	5.643	5.453
Most Extreme Differences	Absolute	.189	.177
	Positive	.189	.171
	Negative	-.165	-.177
Kolmogorov-Smirnov Z		.792	.844
Asymp. Sig. (2-tailed)		.556	.474

a Test distribution is Normal.
b Calculated from data.

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) pretest = .556 และ posttest = .474 ซึ่งมากกว่าค่า alpha ที่ระบุไว้ คือ .05 ดังนั้น การแจกแจงของข้อมูลทั้งก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรจำนวนครั้ง/นาที ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

คนที่	ค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจร (ครั้ง/นาที)		
	ก่อนปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	หลังปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	ผลต่างของค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
1	79.9	78.4	ลดลง 1.3
2	77.9	76.4	ลดลง 1.5
3	86.6	84.9	ลดลง 1.7
4	91	89.2	ลดลง 1.8
5	75.8	73.2	ลดลง 2.6
6	91.4	89	ลดลง 2.4
7	77.5	75.8	ลดลง 1.7
8	81.9	80	ลดลง 1.9
9	93.2	91	ลดลง 2.2
10	88.3	86.2	ลดลง 2.1
11	83	80.5	ลดลง 2.5
12	78.4	76	ลดลง 2.4
13	75.9	73.6	ลดลง 2.3
14	85.7	83.6	ลดลง 2.1
15	89	86.1	ลดลง 2.9
16	94.5	91.4	ลดลง 3.1
17	79.8	76.9	ลดลง 2.9
18	83.6	80.2	ลดลง 3.4
19	91.4	88	ลดลง 3.4
20	88.2	86	ลดลง 2.2

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนิตยา คชศิลา เกิดเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัด พัทลุง สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2536 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ .2540 เข้าปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม - ศัลยกรรมประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2547 ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย