

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดสรร ระหว่างตัวแปร การรับรู้แห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ระยะของโรค กับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
 - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความหวัง
 - 2.2 ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
 - 2.3 การประเมินความหวัง
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง
3. ระยะของโรค
 - 3.1 ระยะของโรค
 - 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
4. การรับรู้คุณค่าแห่งตน
 - 4.1 ความหมายและแนวคิดการรับรู้คุณค่าแห่งตน
 - 4.2 การรับรู้คุณค่าแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
 - 4.3 การประเมินการรับรู้คุณค่าแห่งตน
 - 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าแห่งตนกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
5. การสนับสนุนทางสังคม
 - 5.1 ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
 - 5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอดส์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (Public Health Center of Chanthaburi Province, 2001)

โรคเอดส์มีการรายงานเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 ในประเทศสหรัฐอเมริกา นับถึงปัจจุบันก็ได้ 20 ปีแล้ว โดยพบว่าชายรักร่วมเพศ (เกย์) และคนที่ติดเชื้อยาเสพติดตามเมืองใหญ่ๆ ในสหรัฐอเมริกา ป่วยเป็นโรคติดเชื้อซึ่งโดยปกติแล้วจะพบในคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำไม่ดี เช่น คนแก่ คนที่เป็นมะเร็ง หรือคนไข้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงเรียกโรคที่พบใหม่นี้ว่าโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (AIDS ย่อมาจากคำว่า Acquired = เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด, Immune = ภูมิคุ้มกัน, Deficiency = บกพร่องหรือเสียไป, Syndrome = กลุ่มอาการหรือมีอาการได้หลายๆ อย่าง) ดังนั้นโรคเอดส์จึงเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องไปซึ่งไม่ได้เป็นมาโดยกำเนิด และจากการที่โรคเอดส์ขึ้นพร้อมๆ กันในคนเฉพาะกลุ่ม (เกย์ และคนที่ติดยาเสพติด) จึงทำให้สงสัยว่าโรคเอดส์น่าจะเป็นโรคติดต่อ โดยติดต่อแพร่กระจายในคนกลุ่มนั้นๆ จึงมีความพยายามที่จะแยกหรือเพาะเลี้ยงเชื้อจากเลือด และสิ่งคัดหลั่งของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ จนในที่สุดในปี พ.ศ. 2526 ศาสตราจารย์ โรเบิร์ต กาลโล (Robert Gallo) จากสหรัฐอเมริกา และศาสตราจารย์ ลูค มอนทานีเยร์ (Luc Montagnier) จากฝรั่งเศสก็สามารถแยกเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ได้เรียกชื่อไวรัสนี้ว่า เอช-ไอ-วี (HIV = Human Immunodeficiency Virus หรือ ไวรัสที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในคน) ปัจจุบันพบว่าเชื้อเอช-ไอ-วี มีมากกว่า 10 สายพันธุ์ กระจายอยู่ตามประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่พบในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ B ซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มเกย์ และคนที่ติดยาเสพติด กับสายพันธุ์ E หรือ A/E ซึ่งแพร่ระบาดในคนที่มีการสัมผัสกันระหว่างชายกับหญิง สายพันธุ์ที่ต่างกันมีความสำคัญในการพัฒนาวัคซีนที่จะใช้กับกลุ่มคนหรือประเทศที่ต่างกัน และอาจมีความสำคัญในการทดสอบตรวจหาเชื้อ ซึ่งในบางกรณีอาจต้องใช้น้ำยาที่ใช้กับสายพันธุ์นั้นๆ โดยเฉพาะ

สำหรับประวัติของโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น โรคเอดส์เริ่มต้นเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2527 และเริ่มพบคนไข้ที่อยู่ในประเทศไทยเองตั้งแต่ปี 2528 โดยในช่วง 3-4 ปีแรกแพร่ระบาดส่วนใหญ่ในกลุ่มเกย์ ต่อมาปี พ.ศ. 2531 จึงเริ่มแพร่ระบาดในกลุ่มที่ติดยาเสพติด โดยการฉีด ปีถัดมาจึงเริ่มระบาดเข้าไปในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ในปี 2533 เริ่มพบว่าชายที่เที่ยวหญิงบริการและเป็นกามโรคมีการติดเชื้อเอดส์เพิ่มสูงขึ้น และตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา โรคเอดส์ก็แพร่เข้าไปในสถาบันครอบครัวเต็มรูปแบบ กล่าวคือสามีแพร่ให้ภรรยา ภรรยาตั้งครรภ์ก็ถ่ายทอดไปสู่ลูก เลยทำให้ระบาดไปเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วคล้ายไฟลามทุ่ง เพราะสังคมหรือสถาบันชาติประกอบด้วยสถาบันครอบครัวย่อยๆ มารวมกัน



1. โรคเอดส์เกิดได้อย่างไร (Public Health Center of Chanthaburi Province, 2001)

ไวรัสเอดส์ (HIV) มีสายพันธุกรรมหรือยีนส์เป็นอาร์-เอ็น-เอ (RNA) แทนที่จะเป็น ดี-เอ็น-เอ (DNA) เหมือนกับเซลล์ของสิ่งมีชีวิตชั้นสูงทั่วไป สายพันธุกรรมจะถูกอัดแน่นอยู่ในแกนกลาง ซึ่งจะถูห่อหุ้มอีกชั้นหนึ่งด้วยเปลือกนอกซึ่งมีปุ่มยื่นออกมาภายนอก ปุ่มเหล่านี้ (ซึ่งมีชื่อว่า gp 120) มีความสำคัญในการไปเกาะติดกับเซลล์ของร่างกายที่ไวรัสเอดส์จะบุกรุกเข้าไป เซลล์เหล่านี้จะมีโปรตีนพิเศษบนเซลล์ (เรียก CD4) ซึ่งพอเหมาะที่จะให้ gp 120 ของไวรัสมาเกาะ เมื่อเกาะแล้ว ไวรัสเอดส์จึงจะเข้าสู่เซลล์ของร่างกายได้ โดยถอดเปลือกนอกออก เอาแต่สายพันธุกรรมหรือ อาร์-เอ็น-เอ ของไวรัสเข้าไปในเซลล์ เมื่อเข้าไปภายในเซลล์ ไวรัสเอดส์จะสามารถเปลี่ยนสายพันธุกรรมของมันจาก อาร์-เอ็น-เอ ให้กลายเป็น ดี-เอ็น-เอ ซึ่งจะสามารถสอดแทรกเข้าไปในสายพันธุกรรมของเซลล์ร่างกายซึ่งเป็น ดี-เอ็น-เอ ได้ เมื่อสอดแทรกเข้าไปเรียบร้อยแล้ว เวลาเซลล์ของร่างกายแบ่งตัวก็จะมีสายพันธุกรรมชนิด ดี-เอ็น-เอ ของไวรัสแบ่งตัวตามเข้าไปอยู่ในเซลล์ใหม่ด้วย ทำให้ไวรัสเอดส์ถูกกำจัดให้หมดจากร่างกายได้ยาก ในขณะเดียวกัน ไวรัสเอดส์ในเซลล์ก็สามารถแบ่งตัวได้ด้วย โดยเปลี่ยนสายพันธุกรรมกลับมาเป็น อาร์-เอ็น-เอ และสร้างโปรตีนมาเป็นเปลือกห่อหุ้มตัวแล้วแตกตัวออกจากเซลล์ที่อาศัยอยู่เดิม ไปบุกรุกเซลล์อื่นต่อไป โดยเซลล์เดิมอาจถูกทำลายหรือตายได้ เซลล์ของร่างกายคนที่สามารถถูกไวรัสเอดส์บุกรุกเข้าไปได้ส่วนใหญ่จะเป็นเซลล์ที่มี CD4 อยู่บนผิวเซลล์ ที่สำคัญได้แก่เม็ดโลหิตขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวก ที-ลิมโฟไซต์ ซึ่งมีหน้าที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหรือที่เรียกว่า T- helper lymphocyte เมื่อเซลล์เหล่านี้ถูกทำลายไป ภูมิคุ้มกันของร่างกายก็จะเสียไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์ ซึ่งใช้ต่อสู้หรือกำจัดจุลชีพต่างๆ ที่มีอยู่ทั่วไป และกำจัดเซลล์มะเร็งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากจุลชีพจำพวกฉวยโอกาสเหล่านี้ได้ง่ายและเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย ซึ่งก็เป็นกลุ่มอาการของโรคเอดส์นั่นเอง นอกจากนี้ ไวรัสเอดส์ยังสามารถบุกรุกเข้าไปในเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์ที่เกี่ยวกับการรับรู้สิ่งแปลกปลอม เซลล์สมอง และเซลล์ของเยื่อทางเดินอาหาร เป็นต้น ผลลัพธ์ก็คือทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และมีอาการทางสองหรือทางเดินอาหารได้ เนื่องจากไวรัสเอดส์พบส่วนใหญ่ในเม็ดโลหิตขาว ดังนั้นเลือดของผู้ป่วยจึงมีเชื้อเอดส์อยู่มากที่สุด รองลงมาเป็นน้ำกามของผู้ชาย และน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง โดยถ้ายังมีเม็ดโลหิตขาวปะปนอยู่ในน้ำเหล่านี้มากก็ยังมีไวรัสเอดส์อยู่มาก ส่วนน้ำลาย น้ำตา และสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ของผู้ป่วย ก็อาจพบมีไวรัสเอดส์ปะปนอยู่ได้บ้างแต่มีปริมาณน้อยมากๆ ขึ้นกับปริมาณของเม็ดโลหิตขาวที่ปะปนอยู่ในสิ่งคัดหลั่งหรือในสิ่งขับถ่ายเหล่านี้ ดังนั้น เหงื่อ น้ำลาย น้ำตา และปัสสาวะของคนติดเชื้อเอดส์จึงไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นนอกจากจะมีเลือดปน

2. อาการของโรคเอดส์ (Public Health Center of Chanthaburi Province, 2001)

คนที่สัมผัสกับโรคเอดส์ หรือคนที่ได้รับเชื้อเอดส์เข้าไปในร่างกายไม่จำเป็นต้องมีการติดเชื้อเอดส์เสมอไป ขึ้นกับจำนวนครั้งที่สัมผัส จำนวนและความร้ายของไวรัสเอดส์ที่เข้าสู่ร่างกายและภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย ถ้ามีการติดเชื้อ อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายรูปแบบหรือหลายระยะตามการดำเนินของโรคมืดั้งแต่ระยะไม่มีอาการ ไปจนถึงระยะมีอาการ ซึ่งแบ่งย่อยเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์กับระยะเอดส์เต็มขั้น

ในแต่ละปีหลังติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 5-6 ของผู้ที่ติดเชื้อจะก้าวเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ส่วนใหญ่ของคนที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นแล้ว จะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปี จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นมาก รักษาไม่ไหว หรือโรคติดเชื้อที่ยังไม่มียาที่จะรักษาอย่างได้ผล หรือเสียชีวิตจากมะเร็งที่เป็นมาๆ หรือค่อยๆ ชุบชีวิตหมดแรงไปในที่สุด พบว่ายาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้กันอยู่ในขณะนี้ในประเทศตะวันตกสามารถยืดชีวิตคนไข้ออกไปได้ 10-20 ปี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น หรืออาจอยู่จนแก่ตายได้

3. การรักษาโรคเอดส์แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน

3.1 การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสมะเร็ง และอาการอื่นๆ เช่น ไข้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โรคหรืออาการบางอย่างก็มียารักษา บางอย่างก็ไม่มียารักษาหรือรักษาไม่หายขาด ในปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนหลายอย่าง เมื่อระดับภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง และก่อนที่จะเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนขึ้นมาจริงๆ เช่น การให้ยาป้องกันการปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส ยาป้องกันการเชื้อราขึ้นสมอง และยาป้องกันวัณโรค เป็นต้น พบว่าสามารถยืดชีวิตคนไข้ออกไปได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะหนึ่งในบางกรณีแม้จะรักษาภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนให้หายแล้วก็ตาม ก็ยังจะต้องให้ยาป้องกันไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำใหม่ เช่น ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อนิวโมซิสติส หรือเชื้อราในสมอง เป็นต้น นอกจากนี้ มีการใช้ยาที่จะช่วยบรรเทาอาการแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยเอดส์

3.2 การรักษาที่มุ่งกำจัดไวรัสเอดส์ ในปัจจุบัน ยังไม่มียาที่ได้ผลแน่นอนในการฆ่าทำลายไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวรัสที่หลบอยู่ในเซลล์เม็ดโลหิตขาว จะมีก็แต่ยาที่ไปหยุดยั้งการแบ่งตัวของไวรัสเอดส์ เช่น ยาไซโดวูดีน (Zidovudine, หรือ เอ-แซด-ที, AZT), ไดดีออกซีไอโนซีน (dideoxyinosine หรือ ดี-ดี-ไอ, ddI) ไดดีออกซีซีตดีน (dideoxycytidine หรือ ดี-ดี-ซี, ddc) สตาเวอูดีน (stavudine หรือ ดี-โฟ-ที D4T), ลามิวูดีน (lamivudine หรือ ทีรี-ที-ซี, 3TC), อะบาคาเวีย (abacavir), เนวีราปีน (nevirapine), เอฟฟาเวเรนส์ (efavirenz), และยาในกลุ่มที่เรียกว่า โปรตีเอสอินฮิบิเตอร์ (protease inhibitors) เช่น ซาคิวินาเวีย (saquinavir), ริโทนาเวีย (ritonavir), อินดีนาเวีย

(indinavir) เนลฟินาเวีย (nelfinavir) และ โลปีนาเวีย (lopinavir), ยาเหล่านี้สามารถยืดชีวิตคนไข้ เอคส์ออกไปได้ เป็นโรคติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้ และแม้คนไข้ที่ยังไม่มีอาการแต่ระดับภูมิคุ้มกัน (ซีดี-4) จะยังไม่ต่ำ แต่มี ปริมาณไวรัสในเลือดมาก การให้ยาด้านไวรัสเอคส์จะทำให้ภูมิคุ้มกันของเขายู่ในระดับดีได้นานๆ ติดเชื้อแทรกซ้อนซ้าลงหรือลดลง ดังนั้นในช่วงที่ผ่านมาจึงนิยมที่จะให้ยาด้าน ไวรัสเอคส์แก่ผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระยะต้นๆ และให้ยา 3 ตัวพร้อมกัน เพื่อให้มีฤทธิ์ในการลดปริมาณไวรัสเอคส์สูงสุด ขณะเดียวกันก็เพื่อลดโอกาสที่เชื้อเอคส์จะคือยาด้วย ปัญหาที่เกิดตามมาก็คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา จะต้องสูงขึ้น เพราะต้องใช้ยาหลายตัว และต้องใช้นานขึ้น กล่าวคือ ถ้าเริ่มใช้ก็ต้องใช้ไปตลอดชีวิตและมีคนที่ต้องใช้ยามากขึ้น เพราะเริ่มใช้ตั้งแต่ตอนที่ยังไม่มีอาการ จึงเป็นการยากที่คนไข้หรือ รัฐจะจัดซื้อยาให้ใช้ได้อย่างทั่วถึง ยิ่งในสถานะเงินบาทลอยตัวอย่างในปัจจุบัน เพราะค่าใช้จ่ายในการให้ยา 3 ตัวพร้อมกันจะประมาณ 15,00 - 28,000 บาทต่อเดือน ในคนที่ไม่มีเงินมากพอก็อาจกิน ยาร่วมกันเพียง 2 ตัว ซึ่งจะตกประมาณเดือนละ 4,000 - 10,000 บาท แล้วแต่ตัวยาชนิดใด

3.3 การรักษาที่มุ่งเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลอง ยาหลายตัวในกลุ่มนี้ เช่น อินเตอร์ลิวคินทู (IL-2) และวัคซีน โรคเอคส์ เป็นต้น เป็นที่คาดว่าถ้าให้ยา ในกลุ่มนี้ร่วมไปกับยาด้านไวรัสเอคส์น่าจะ ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

3.4 การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ การ สนับสนุนทางด้านกำลังใจ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ การรักษาเพื่อให้เลิกใช้ยาเสพติด ตลอดจนจนถึง การให้การรักษาอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นจากแรงกดดันหลายๆ ด้าน

4. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (สุรพร ธนศิลป์, 2538)

ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอคส์นอกจากจะมีความรู้และทักษะในการดูแล แล้วยังต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า มีความหวัง มีที่พึ่งและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไปก็จะส่งผลให้การปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลทุกราย เว้นเสียแต่มีอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษา โรคติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อ บรรเทาอาการของโรค การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอคส์เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการดูแลทั้ง ทางร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมเป็นสำคัญ โดยเน้นการประทับประคองทางด้านจิตใจ การดูแล ภาวะโภชนาการ การได้รับยา และการได้รับยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป ดังนี้

4.1 การประทับประคองทางด้านจิตใจ เมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอช ไอวีก็จะเกิดความกลัว ความไม่มั่นคงในชีวิต วิตกกังวลสูงอาจมีความคิดค่าตัวตาย เนื่องจากเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาดถือว่าเป็นภาวะวิกฤติพยาบาลจึงควร ประเมินความเครียดของผู้ป่วยเพื่อ วางแผนในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นประเมินสิ่งที่กระตุ้นความเครียด เช่น ครอบครัว

เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน การสูญเสียการทำงาน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกผิด การให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญและสิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดความเครียด เพื่อจัดการกับสิ่งที่มีมากระตุ้นมากที่สุดก่อนแล้ววางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อสร้างเสริมความหวังและกำลังใจเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย เพราะความหวังนอกจากจะทำให้ร่างกายเจ็บปวดมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญและต่อสู้กับความเจ็บป่วย การเสริมสร้างความหวังอาจทำได้โดยการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนฝูงหรือบุคคลที่มีความสำคัญ การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนทางอารมณ์ และเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือข้อมูลหรือวิธีการแก้ปัญหาให้ซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าด้านการรักษาเช่น การพัฒนาหรือวัคซีน จะช่วยเสริมสร้างความหวังแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ การนำศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือเข้ามาช่วยจัดการกับอารมณ์ให้เข้าใจชีวิต เห็นคุณค่าของตนเอง การสอนวิธีจัดการกับความเครียด เช่น การอ่านหนังสือธรรมะ หรือหนังสือที่ชอบ การเล่นกีฬา การท่องเที่ยว การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การทำงานศิลปะ การสวนมนต์ การไปวัดสันทนาธรรม หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อหรือความศรัทธาอื่น ๆ

4.2. การดูแลด้านโภชนาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการอย่างมากได้แก่

4.2.1 ความต้องการอาหารเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันเสื่อมเมตาบอลิซึมของร่างกายเพิ่มขึ้นจากภาวะไข้ การสูญเสียสารน้ำจากอุจจาระร่วง

4.2.2 ความอยากอาหารลดลง เนื่องจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสเปลี่ยน การเป็นแผลในปากเนื่องจากการติดเชื้อราในระบบทางเดินอาหาร

4.2.3 ความสามารถในการจัดหาอาหารลดลงเนื่องจากความอ่อนเพลียขาดรายได้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเสื่อมทางระบบประสาท

4.2.4 ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญทางโภชนาการในการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์

พยาบาลต้องประเมินแบบแผนในการรับประทานอาหาร ความอยากและความสามารถในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจัดหาอาหารให้เหมาะสมการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้ร่างกายชubbวมและภูมิคุ้มกันต้านทานลดลงด้วย ดังนั้นการดูแลทางโภชนาการจึงมีความสำคัญ เช่นในผู้ป่วยที่มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นระยะที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองอย่างเพียงพอ ควรวางแผนร่วมกับแพทย์ในการให้ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก หรือการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ

ในผู้ป่วยที่อุจจาระร่วง การดูแลความสะอาดช่องปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ในรายที่มีแผลในปากควรให้อาหารอ่อนหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและสิ่งทีระคายเคืองเยื่อช่องปาก เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ รวมทั้งการติดตามประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรแนะนำให้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่และเพียงพอ กับความต้องการของร่างกายโดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูงและให้พลังงานสูงเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่นนมสดที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ ไข่หรือเนื้อสุก ๆ ดิบ เพราะในเนื้อสดมีเชื้อ *Toxoplasma gondii* อาจทำให้ติดเชื้อในระบบประสาทได้

4.3 การดูแลการได้รับยา การรักษาจะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ด้วยยาปฏิชีวนะและการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีซึ่งการให้ยาด้านไวรัสจะเป็นสูตรผสมต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมากมีความยุ่งยากในการรับประทานและต้องรับประทานให้ครบและตรงตามเวลา พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเวลา และดูแลความไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ ซีด ปวดเวียนศีรษะ เป็นผื่นเมื่อกลับบ้านในกรณีที่ได้รับยาด้านไวรัสควรย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องและตรงตามเวลาเพราะจะมีผลต่อระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่อยู่เสมอป้องกันเชื้อไวรัสคือยาและควรบอกผลข้างเคียงจากยาที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดความกังวลและป้องกันไม่ให้อุป่วยหยุดรับประทานยาเอง

4.4. การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลสุขภาพทั่วไป ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม การดูแลความสุขสบายทั้งทางร่างกายและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งกายและจิตใจ และลดความไม่สุขสบายจากอาการของโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ รวมทั้งการใช้หลักการป้องกันเชื้อ Universal precautions หรือ universal standard เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและบุคคลากร

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

1. ความหมายของความหวัง

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมสูง (อุบล นิวัติชัย, 2528; Farm, Popovich & Hert, 1995; Miller, 1992) มีความซับซ้อน เนื่องจากมีหลายมิติที่คาบเกี่ยวกัน และมีลักษณะเป็นพลวัต (Dufault & Martocchio, 1985) รวมทั้งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่จะรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Owen, 1989) นักทฤษฎีและนักวิจัยทางการพยาบาลหลายท่าน ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความหวังทั้งในบุคคลปกติในวัยต่าง ๆ และบุคคลที่มีปัญหาทั้งทางร่างกาย

และจิตใจ เพื่อให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการให้ความหมายของความหวัง ตามการรับรู้ของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมและนำเสนอตามลำดับดังนี้

Lynch (1965 cited in Stephenson, 1991) ให้ความหมายของความหวังโดยทั่วไปว่าเป็นความรู้สึกว่าตนเองมีหนทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ หรือสามารถหลุดพ้นจากความยากลำบากต่าง ๆ และประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนต้องการได้

Stotland (1969 cited in McGee, 1984) ให้ความหมายของความหวังโดยทั่วไปว่าเป็นความคาดหวังในทางบวกของบุคคลเกี่ยวกับความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตของตน

Beck, Rawlins & William (1981) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นสภาวะจิตใจที่มีความสามารถที่จะได้มา หรือเป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในขั้นปลายตามเป้าหมายของตนและเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ทำให้ชีวิตมีความหมาย หรือมีความสุขสบายมากขึ้น เป็นต้น

Hinds (1984) ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นปกติ 17 ราย และกลุ่มวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด 8 ราย พบว่าวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม ให้ความหมายของความหวังไม่แตกต่างกัน กล่าวคือจะเป็นความเชื่อส่วนบุคคลในทางบวกเกี่ยวกับวันพรุ่งนี้ของชีวิต

Dufault & Martocchio (1985) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังไว้ว่า ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ ปัญหา พฤติกรรม ความผูกพัน เวลาและสถานการณ์แวดล้อม

อุบล นิวัติชัย (2528) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นศูนย์กลางของความเชื่อและความศรัทธาที่ทำให้บุคคลมองเห็นหนทางที่ทำให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอนได้รับการตอบสนอง

Herth (1990) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังเช่นเดียวกับ Dufault & Martocchio (1985) แต่ปรับมิติที่มีความคาบเกี่ยวกันในแนวคิดของ Dufault & Martocchio นำมารวมไว้ในด้านเดียวกัน ดังนั้น ความหวังในแนวคิดของ Herth จึงหมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

Kim (1989) ความหวังเป็นคุณภาพภายในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่ามาก และเป็นแหล่งพลังของชีวิตมนุษย์ซึ่งมีความเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล

Stephenson (1991) ให้ความหมายของความหวังเป็นกระบวนการของความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก และสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตในทางบวก เกี่ยวกับสิ่งที่มุ่งหวังที่บุคคลให้คุณค่าว่ามีความหมายต่อตน

Miller (1992) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความรู้สึกและความคิดต่อความเป็นไปได้ในการหลุดพ้นจากความรู้สึกไม่เป็นอิสระ ความทุกข์ทรมาน ความยากลำบากต่าง ๆ โดยเกี่ยวข้องกับกรณีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเผชิญความจริง การแก้ไขปัญหา ความผาสุกของจิตใจ เป้าหมาย และการตระหนักในความหมายของชีวิต

Rustoen (1995) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ การบรรลุเป้าหมายของตนในอนาคตบนพื้นฐานของความเป็นจริง มีผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและพฤติกรรมในทางที่หวัง โดยเกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ ความเชื่อ และการมีสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

วิลรัตน์ ภู่วราวุฒพานิช (2539) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความรู้สึกของมนุษย์ถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ตนมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่

กล่าวโดยสรุป ความหวังหมายถึงอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคล ที่เป็นเรื่องเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ในลักษณะของความเชื่อ หรือการคาดหมายในทางบวกถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุหรือประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความหวังของHert (1992) เนื่องจากพัฒนามาจากแนวคิดของคูพอลท์และมาร์ทอคซิโอ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมหลายด้าน และได้ผ่านการพัฒนาผสมผสานแนวคิดปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา พร้อมทั้งเฮิร์ทได้ปรับปรุงพัฒนาความคิดความหวังในแต่ละด้านเพื่อลดความซ้ำซ้อน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดดังกล่าวเหมาะสมในการนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับความหวังนั้น ได้มีผู้สนใจศึกษากว้างขวาง และได้เสนอแนวคิดไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

1. แนวคิดของEricson cite in Beck et al. (1988) เชื่อว่าความหวังพัฒนามาจากประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธ์กับความไว้วางใจ (Trust) เกิดจากความสำเร็จในการจัดการกับความขัดแย้ง (conflict) ระหว่างความไว้วางใจกับความไม่ไว้วางใจ เด็กเรียนรู้ที่จะหวังหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการพัฒนาความไว้วางใจ โดยสัมพันธ์กับความคาดหวังเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น มารดาให้ความดูแลช่วยเหลือเด็กเมื่อยามที่เด็กต้องการ

2. แนวคิดของNowotny (1989) เสนอว่าความหวังเกี่ยวข้องกับอนาคต โดยเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ เป็นสิ่งที่บุคคลมีพร้อมอยู่แล้วสามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ ความหวังมีความเกี่ยวข้องกับการกระทำบางอย่าง เช่น การตั้งเป้าหมาย การดูแล การวางแผน การดึงพลังงานมาสร้างสรรค์แผนงานต่าง ๆ เป็นต้น และผลจากการมีความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลในกรณีที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่

ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ที่มีความหวังแตกต่างกันจะประเมินสถานการณ์แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีความหวังมากผลที่ได้จากการประเมินจะมีการสร้างเป้าหมายใหม่ มีกลยุทธ์ใหม่และมีความรู้สึกปลอดภัย

3. แนวคิดของ Miller (1992) เสนอไว้ว่า ความหวังประกอบด้วยการมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกว่สิ่งต่าง ๆ มีทางเป็นไปได้ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง มีอิสระ มีความเข้มแข็งของอีโก้ (ego) มีความคิดว่าชีวิตมีความหมาย มีการกำหนดเป้าหมายและพยายามทำให้สำเร็จ มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ไม่ยึดติดกับความสมบูรณ์แบบในทุกเรื่องราวของชีวิต มีทักษะทางปัญญาที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมพยายามแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ ในการปรับปรุงฟื้นฟูความเข้มแข็งและคงความสามารถของตน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกว่ายังมีผู้ที่ร่วมสุขด้วยโดยมีความรักให้กันอย่างปราศจากเงื่อนไข

4. แนวคิดของ Dufault & Martocchio (1985) จากการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลในการอธิบาย โน้ตส์ของความหวัง โดยศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะในผู้สูงอายุจำนวน 35 คน และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรคต่าง ๆ จำนวน 47 คน ได้ข้อสรุปและข้อเสนอว่าความหวังเป็นความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคตซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ประกอบด้วยหลายมิติภายใน 2 ขอบเขต คือ ความหวังทั่วไปหรือความหวังอย่างกว้าง ๆ กับความหวังเฉพาะเจาะจงหรือความหวังเฉพาะเรื่องซึ่งทั้งสองขอบเขตมีความสัมพันธ์กันแต่มีความแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน โดยความหวังทั่วไปหรือความหวังอย่างกว้าง ๆ (Generalized hope) เป็นความหวังว่าจะพบสิ่งที่ดีงามในอนาคต ไม่จำกัดขอบเขตกับเรื่องใดสิ่งใดโดยเฉพาะ ความหวังอย่างกว้าง ๆ นี้ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสิ้นหวังเมื่อความหวังเฉพาะเรื่องไม่เป็นจริง นอกจากนี้ยังช่วยคงไว้ซึ่งความหมายของชีวิตทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคตช่วยให้บุคคลมีความคิดที่ยืดหยุ่นและเปิดกว้างเมื่อต้องพบกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลง ส่วนความหวังเฉพาะเจาะจงหรือความหวังเฉพาะเรื่อง (Particularized hope) ใส่ใจถึงผลที่ต้องการอย่างเฉพาะเจาะจงผลนั้นอาจจะเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ ความหวังในขอบเขตนี้จะมีความชัดเจนว่าหวังอะไรมีการจัดลำดับความสำคัญ และบุคคลสามารถกล่าวยืนยันได้ว่าสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตคืออะไร ความหวังลักษณะนี้ช่วยคงความหมายในชีวิต ช่วยกระตุ้นกำลังใจที่จะทำเพื่อบางอย่างช่วยให้บุคคลมีพลังในการเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ และพยายามวางแผนวิธีการเพื่อให้สิ่งที่หวังเป็นจริง ความหวังภายใน 2 ขอบเขตนี้จะประกอบด้วย 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความผูกพัน เวลาและสถานการณ์แวดล้อม

5. แนวคิดของ Heat (1990) ได้ปรับมิติที่มีความคาบเกี่ยวกันในแนวคิดของ Dufault & Martocchio (1985) นำมารวมกันไว้ในด้านเดียวกันและแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้านคือ

5.1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) ประกอบด้วยมิติด้านสติปัญญาและเวลา เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและเป็นความรู้สึกที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต

5.2. ความพร้อมในทางบวกและการคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) ประกอบด้วยมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการเพื่อบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (inter connectedness with self and others) ประกอบด้วยมิติด้านความผูกพันและบริบทของความผูกพันและเป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ



2. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมาเพื่อปรับความสมดุลของชีวิต แม้ว่าความหวังนั้นอาจจะมีความเป็นไปได้หรือไม่ก็ตาม(บาเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540, Carson, Soeken, Shanty & Terry, 1990; Relf, 1997) จากการศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความหวังอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่ป่วยโรคร้ายแรงอื่น ๆ ดังเช่นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยเพศชาย 30 รายและผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย 30 รายของ Sarna, Servellen & Padilla (1966) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีระดับความสิ้นหวังสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง การรักษาความหวังให้คงอยู่ เป็นงานพื้นฐานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน (Macks, 1988) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่ยังไม่สามารถให้หายได้ เป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นโรคที่สังคมประท้วงตราว่าเป็นโรคที่น่ารังรังเกียจ ซึ่งสภาพเหล่านี้ทำให้คิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงสิ้นหวังท้อแท้ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังมีความหวังและสามารถคงความหวังในชีวิตได้(Hall, 1994) ซึ่งลักษณะนี้จะสอดคล้องกับที่มีผู้กล่าวเกี่ยวกับความหวังไว้ว่าจะปรากฏในทุกช่วงเวลา โดยเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ แม้แต่ในสถานการณ์ที่คุกคามในกรณีติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็น โรคเอดส์ก็เช่นกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็อาจมีความหวังได้ โดยเริ่มมีการต่อรองและสร้างความหวัง(Bargaining and hoping) คิดว่า

ถึงแม้ตัวเองจะคิดเชื่อจริง แต่ก็ยังแข็งแรง น่าจะมีชีวิตอยู่นาน ถึงตอนนั้นอาจมียามารักษาโรคได้ เมื่อสร้างความหวังได้ก็จะรู้สึกมีความสุขมากขึ้น

บางคนอาจไม่เคยทราบว่าตัวเองคิดเชื่อเอชไอวี จนมีอาการของโรคเอดส์ถึงทราบ ผู้ป่วยระยะนี้จะมีอาการทางจิตใจที่รุนแรงกว่ามาก เพราะว่ามีอาการทางกายที่ทรمان เช่น มีแผลริมที่เจ็บปวด หรือโรคติดเชื้อรุนแรง เป็นมะเร็ง เป็นต้น อาการเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยสร้างความหวังได้ยาก ประกอบกับเมื่อมีอาการแล้วก็ไม่สามารถปกปิดความลับได้ ทำให้ถูกสังคมรังเกียจ ถูกออกจากงาน ระยะนี้จะมีอาการซึมเศร้าได้มาก(พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2537) เกิดความท้อแท้ ความรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล รู้สึกผิด และหมดหวังในชีวิต (Gary and Jeffery, 1988)

แนวคิดเกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวัง มีลักษณะทิศทางของความต่อเนื่อง ปลายด้านหนึ่งของความต่อเนื่องนี้จะเป็น “ความหวัง” (Hope) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อมั่น ความศรัทธา การมีแรงดลใจและความตั้งใจ ส่วนอีกปลายด้านหนึ่งของแกนความต่อเนื่อง “ความสิ้นหวัง” (Hopelessness) ประกอบด้วยความหม่นหนทาง ความแคลงใจ ความทุกข์ใจ ความเห็นอกเห็นใจความโศกเศร้า ความซึมเศร้า ในบางครั้งบุคคลที่สิ้นหวังอาจเกิดความหวังขึ้นมาใหม่อีกก็ได้(Beck and others, 1984) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวได้ ยอมรับความจริงก็จะมี ความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไปเช่นจากการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วย โรคเอดส์เพศชาย 30 คน และผู้ป่วยมะเร็ง 30 คน โดย Sarna, Servellen, & Padilla (1996) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความสิ้นหวังสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านมีความหวังในระดับสูง ดังการศึกษาของ บุญทิศา โปธิเจริญ (2539) ที่พบว่าความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครมีความหวังในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร (2539) กนกเลขุ แก้วสว่าง(2540) และ วัชรินทร์ จันทนาลักษณ์ (2541) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและอยู่ในชุมชนเดิม

3. การประเมินความหวัง

ความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคล รับรู้ได้ด้วยตนเอง การประเมินความหวังที่มีประสิทธิภาพ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด จึงได้จากการรายงานตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (Self report) (Farran, Popowich & Herth, 1995) การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความหวังในอดีตที่ผ่านมา พบว่าสามารถประเมินได้ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยการ

สัมภาษณ์ แลกการสังเกตพฤติกรรม สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความหวังที่เรียกว่า ดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) ปี ค.ศ. 1992 ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ คูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ ที่ว่าความหวังประกอบไปด้วย 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านอารมณ์ มิติด้านปัญญา มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้านบริบท อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวมีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกมิติต่าง ๆ ออกจากกันได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีจำนวนมาก ซ้ำซ้อนกันและมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ตลอดเวลา (Herth, 1991) เฮิร์ทจึงได้ทำการรวมมิติต่าง ๆ ที่มีความคาบเกี่ยวกันเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อนำไปสร้างแบบประเมินความหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยใกล้ตาย หรือผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานบำบัดต่าง ๆ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 120 ราย จนสามารถเขียนข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้านดังนี้ด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (temporality and future) ด้านความพร้อมและการคาดหมายในทางบวก (positive readiness and expectancy) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (interconnectedness)

มารยาท วงษ์บุตร(2539) แปลและดัดแปลงข้อความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วนำแบบสัมภาษณ์ไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาช เท่ากับ 0.81

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

Herth (1990a) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวังพบว่าสิ่งที่ทำให้ความหวังลดลงคือความตื่นตระหนกและความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายปรากฏขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยมาก่อนเป็นสิ่งที่ทำให้ความหวังลดลง แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยคือ

1. การถูกแบ่งแยกหรือการถูกทอดทิ้ง การถูกแบ่งแยกหรือถูกทอดทิ้งอาจเป็นการถูกแบ่งแยกหรือทอดทิ้งทั้งทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์เช่น การถูกทอดทิ้งจากเพื่อนสมาชิกในครอบครัว หรือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การถูกทอดทิ้งจะทำให้พวกเขารู้สึกหมดหวัง รู้สึกไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกห่างเหิน การถูกทอดทิ้งทางอารมณ์จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังมากกว่าการถูกทอดทิ้งทางด้านร่างกาย

2. การไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือความทุกข์สบาย การเจ็บป่วยหรือความไม่สุขสบายไม่ใช่อุปสรรคของความหวังแต่ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่

ยาวนานและต่อเนื่อง ความทุกข์ทรมานที่ท่วมท้น ความอ่อนล้าและการขาดพลังงานต่างหากที่ครอบงำกระบวนการความหวังและทำให้ความหวังลดลง

3. การลดคุณค่าความเป็นบุคคลคือ การไม่ได้รับการดูแลหรือได้รับการดูแลแบบไม่ใช่บุคคล ได้รับการดูแลแบบวัตถุสิ่งของ การพูดเหมือนกับพูดกับคนที่ตายไปแล้ว จะทำให้รู้สึกว่าจะไม่มีความหวังและขาดกำลังใจ

Herth (1992) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความหวังประกอบด้วย

1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะความเจ็บป่วย ความเชื่อทางศาสนา ความรับรู้คุณค่าแห่งตน สามารถในการดูแลตนเองและประสบการณ์ในอดีต

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แรงสนับสนุนจากสังคม ในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ทำที่ที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อตน

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง ได้มีผู้ศึกษาและกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องไว้หลายประการ ซึ่งอาจสรุปไว้เป็นประเด็นใหญ่ ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยทางสังคม เกี่ยวข้องกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมาจากแหล่งต่าง ๆ กัน เช่น สามีภรรยา ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ เป็นการสนับสนุนจากผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้คิดเชื่อ ซึ่งบุคคลสำคัญเหล่านี้สามารถอยู่เคียงข้าง ร่วมแบ่งปันความรู้สึกช่วยให้กำลังใจให้การสนับสนุนและเกื้อกูล (Brown, 1989; Foote et al., 1990; Hall, 1994; Piazza et al., 1991) สอดคล้องกับที่คัทคลิฟ (Cutcliffe, 1995) ได้เสนอไว้ถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมความหวังของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือการให้ผู้คิดเชื่อรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งจากการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและได้รับการยอมรับ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิต

2) ปัจจัยภายในบุคคล เกี่ยวข้องกับความสามารถทางปัญญา ซึ่งเป็นตัวกำหนดพื้นฐานความสามารถของบุคคลในการที่จะมีความหวัง ได้เหมาะสมกับความเป็นจริง และเกี่ยวข้องกับการความสามารถในการสำรวจสภาพการและปรับเปลี่ยนความหวังให้เหมาะสมกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ยึดติดกับความหวังเดิมที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ (Brown, 1989) เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของความไว้วางใจ ซึ่งต้องเริ่มพัฒนามาแต่วัยเด็ก (Nowotny, 1989; Erikson cited in Beck et al., 1988) คุณภาพของการพัฒนาการดังกล่าวจะมีผลทางบวกกับการพัฒนาความหวัง เมื่อเกิดสถานการณ์คุกคามชีวิต (Stephenson, 1991) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะควบคุมและมีทางเลือกในสถานการณ์นั้น การมีเป้าหมายบางอย่างที่ต้องการทำให้สำเร็จ (Nowotny, 1989; Owen, 1989)

ในการศึกษานี้จึงเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง โดยใช้แนวคิดของ Herth (1992) และการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส คือ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้คุณค่าแห่งตน ระยะเวลาของโรค และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ระยะของโรค (Public Health Center of Chanthaburi Province, 2001)

1. ระยะของโรค หมายถึง การดำเนินของโรคที่ก่อให้เกิดอาการทางคลินิก ตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการและมีอาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคเอดส์ โดยแบ่งเป็นระยะดังนี้

1.1. ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage) ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใดระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ภายใน 2-3 อาทิตย์แรกหลังจากได้รับเชื้อเอดส์เข้าไป รวบรวมละ 10 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการคล้ายๆ ไข้หวัด คือมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมมน้ำเหลืองโต ผื่นตามตัว แขน ขาชาหรืออ่อนแรง เป็นอยู่ราว 10-14 วันก็จะหายไปเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่สังเกต นึกว่าคงเป็นไข้หวัดธรรมดา ราว 6-8 สัปดาห์ภายหลังติดเชื้อ ถ้าตรวจเลือดจะเริ่มพบว่ามึเลือดเอดส์บวกได้ และส่วนใหญ่จะตรวจพบว่ามึเลือดเอดส์บวกภายหลัง 3 เดือนไปแล้ว โดยที่ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไรเลย เพียงแต่ถ้าไปตรวจก็จะพบว่ามึภูมิคุ้มกันเคยต่อไวรัสเอดส์อยู่ในเลือด หรือที่เรียกว่าเลือดเอดส์บวก ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อเอดส์เข้าไปแล้ว ร่างกายจึงตอบสนองโดยการสร้างโปรตีนบางอย่างขึ้นมาทำปฏิกิริยากับไวรัสเอดส์ เรียกว่าแอนติบอดี (Antibody) เป็นเครื่องแสดงว่าเคยมีเชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายมาแล้ว แต่ก็ไม่สามารถจะเอาชนะไวรัสเอดส์ได้ คนที่มีเลือดเอดส์บวกจะมีไวรัสเอดส์อยู่ในตัวและสามารถแพร่โรคให้กับคนอื่นได้ น้อยกว่าร้อยละ 5 ของคนที่ติดเชื้ออาจต้องรอถึง 6 เดือนกว่าจะมีเลือดเอดส์บวกได้ ดังนั้นคนที่มึพฤติกรรมเสี่ยงมา เช่น แอบไปมีสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา โดยไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยป้องกัน ตรวจตอน 3 เดือน แล้วไม่พบก็ควรไปตรวจซ้ำอีกตอน 6 เดือน โดยในระหว่างนั้นต้องใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์กับภรรยา และห้ามบริจาคโลหิตให้ใครในระหว่างนั้น ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมึต่อมน้ำเหลืองตามตัวโตได้ โดยโตอยู่เป็นระยะเวลานานๆ คือเป็นเดือนๆ ขึ้นไป ซึ่งบางรายอาจกล้ำพองเอง หรือไปหาแพทย์แล้วแพทย์กล้ำพอง ต่อมน้ำเหลืองที่โตนี้มีลักษณะเป็นเม็ดกลมๆ แข็งๆ ขนาด 1-2 เซนติเมตร อยู่ใต้ผิวหนังบริเวณด้านข้างคอทั้ง 2 ข้าง ข้างละหลายเม็ดในแนวเดียวกัน คลำดูแล้วคล้ายลูกประคำที่คอไม่เจ็บ ไม่แดง นอกจากที่คอต่อมน้ำเหลืองที่โตยังอาจพบได้ที่รักแร้และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง แต่ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบมีความสำคัญน้อยกว่าที่อื่นเพราะพบได้บ่อยในคนปกติทั่วไป ต่อมน้ำเหลือง

เหล่านี้จะเป็นที่พักพิงในช่วงแรกของไวรัสเอดส์ โดยไวรัสเอดส์จะแบ่งตัวอย่างมากในต่อมน้ำเหลืองที่โตเหล่านี้

1.2. ระยะที่มีอาการ (Symptomatic) เป็นระยะที่มีผลเลือดบวก ร่วมกับการมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม และเพดานปากต่อมน้ำเหลืองโต ที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบเป็นนูนสวัด หรือแผลเริ่มชนิดลูกกลมมีอาการเรื้อรังเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผิวน้ำอึกเสบ น้ำหนักลด มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อPneumocystis Carinii เชื้อ Cryptococcus บางรายอาจเป็นมะเร็ง เช่นมะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง(NonHodgekin's)ระยะมีอาการ แบ่งเป็น 2 ระยะย่อยดังนี้

1.2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ เป็นระยะที่คนไข้เริ่มมีอาการ แต่อาการนั้นยังไม่มากถึงกับจะเรียกว่าเป็น โรคเอดส์เต็มขั้น อาการในช่วงนี้อาจเป็น ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด หรือท้องเสียเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้อาจมีเชื้อราในช่องปาก งูสวัด เริ่มในช่องปาก หรืออวัยวะเพศ ผื่นคันตามแขนขา และลำตัวคล้ายคนแพ้ น้ำลายขุ่น จะเห็นได้ว่า อาการที่เรียกว่าสัมพันธ์กับเอดส์นั้น ไม่จำเพาะสำหรับ โรคเอดส์เสมอไป คนที่เป็นโรคอื่นๆ ก็อาจมีไข้ น้ำหนักลด ท้องเสีย เชื้อราในช่องปาก งูสวัด หรือเริ่มได้ ดังนั้นจึงไม่ใช่ว่าถ้ามีอาการเหล่านี้จะต้องหมายความว่าติดเชื้อเอดส์ไปทุกราย ถ้าสงสัยควรปรึกษาแพทย์และตรวจเลือดเอดส์พิสูจน์

1.2.2 ระยะเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการของการติดเชื้อจำพวกเชื้อฉวยโอกาสบ่อยๆ และเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น แคลโปซี ซาร์โคมา (Kaposi's sarcoma) และมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อฉวยโอกาส หมายถึง การติดเชื้อที่ปกติมีความรุนแรงต่ำ ไม่ก่อโรคในคนปกติ แต่ถ้าคนนั้นมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เช่น จากการเป็นมะเร็งหรือจากการได้รับยารักษาเอดส์ซึ่งไปกดภูมิคุ้มกันด้วย หรือจากการติดเชื้อเอดส์ เชื้อฉวยโอกาสที่มีอยู่มากมายรอบตัวเราก็จะสามารถเข้าโจมตีร่างกายและทำให้เกิด โรคขึ้นได้ เชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในบ้านเราคือเชื้อวัณโรค ซึ่งอาจทำให้เกิดวัณโรคที่ปอด ต่อมน้ำเหลือง คับ หรือสมองได้ รองลงมาคือเชื้อพยาธิที่ชื่อนิวโมซิสติส-คารินิไอ ซึ่งทำให้เกิดปอดบวมขึ้นได้ (ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ) ต่อมาเป็นเชื้อราที่ชื่อ คริปโตคอกคัส ซึ่งทำให้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ชิมและอาเจียน นอกจากนี้ยังมีเชื้อฉวยโอกาสอีกหลายชนิด เช่น เชื้อพยาธิที่ทำให้ท้องเสียเรื้อรัง และเชื้อซัยโตเมกกะโลไวรัส (CMV) ที่จอตาทำให้ตาบอด หรือที่ลำไส้ทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย และถ่ายเป็นเลือดเป็นต้น ในภาคเหนือตอนบน มีเชื้อราพิเศษชนิดหนึ่งชื่อ เพนนิซิลีอิมมาร์เนฟฟีโอ ชอบทำให้ติดเชื้อที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองและมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต แคลโปซี ซาร์โคมา เป็นมะเร็งของผนังเส้นเลือด ส่วนใหญ่จะพบตามเส้นเลือดที่ผิวหนัง มีลักษณะเป็นตุ่มนูนสีม่วงๆ แดงๆ บนผิวหนัง คล้ายจุดห้อเลือด หรือไฟ ไม่เจ็บ ไม่คัน ค่อยๆ ลามใหญ่ขึ้น ส่วน

ใหญ่จะมีหลายคุ่ม บางครั้งอาจแตกเป็นแผล เลือดออกได้ บางครั้งแคไปชี้ซาร์โคมา อาจเกิดในช่องปาก ในเยื่อบุทางเดินอาหาร ซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกมามากๆ ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้น ผู้หญิงที่คิดเชื่อเอคส์จึงควรพบแพทย์เพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน นอกจากนี้คนไข้โรคเอคส์เต็มขั้นอาจมีอาการทางจิตทางประสาทได้ด้วย โดยที่อาจมีอาการหลงลืมก่อนวัย เนื่องจากสมองฝ่อเหี่ยว หรือมีอาการของโรคจิต หรืออาการชักกระตุกไม่รู้สึกรู้สึกตัว แขนขาชาหรือไม่มีแรง บางรายอาจมีอาการปวดร้าวคล้ายไฟช็อตหรือปวดแสบปวดร้อน หรืออาจเป็นอัมพาตครึ่งท่อน ปัสสาวะ อุจจาระไม่ออก เป็นต้น

ระยะของโรค เป็นปัจจัยทางด้านภาวะเจ็บป่วย (Stage of Disease) ถือเป็นปัจจัยภายในบุคคล เป็นการบ่งบอกถึงความรุนแรงและการดำเนินของโรค ผู้คิดเชื่อเอคส์โอวีจะมีสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรคซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้คิดเชื่อเอคส์โอวีที่มีระยะของโรคต่างกันน่าจะมีคามหวังต่างกัน จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 45 ราย และโรคเรื้อรังอื่นๆ จำนวน 45 ราย ของ Raleigh (1992) พบว่าการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้นทำให้ระดับความหวังลดลง ในขณะที่ Herth (1989) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 รายพบว่าระยะของการดำเนินโรค รวมทั้งระยะเวลาที่ทราบผลการวินิจฉัยไม่มีผลต่อระดับความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการศึกษาของ Post – White et al (1997) ที่พบว่าชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ระยะเวลาที่ทราบผลการวินิจฉัย ระยะเวลากลับเป็นซ้ำและระยะของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความหวังยังไม่สามารถสรุปทิศทางได้อย่างชัดเจน

การรับรู้คุณค่าแห่งตน

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าแห่งตน

สมจิตต์ สุพรรณทนต์ และนิภา มนูญปัจจุ(2525) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของมนุษย์ตามทัศนของนักจิตวิทยา และนักวิชาการสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยแบ่งมนุษย์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย หรือองค์ประกอบทางชีววิทยา ส่วนอารมณ์ เช่นความรู้สึกลึกซึ้ง เสียใจและส่วนของความคิด เช่นจินตนาการ ความใฝ่ฝัน ความเชื่อถือและค่านิยมองค์ประกอบเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหว เช่นมีการเกิด เจริญเติบโต เสื่อมโทรม และสิ้นชีวิต จึงทำให้เกิดความต้องการด้านต่าง ๆ ตามธรรมชาติของชีวิตดังนี้

1.ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการที่เกี่ยวกับปัจจัยสี่ รวมถึงความต้องการทางเพศ

- 2.ความต้องการทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความต้องการความสนุกสนาน สดชื่น รื่นเริง ความเจริญหูเจริญตา ความรักความอบอุ่น และความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
- 3.ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความต้องการที่จะมีหน้ามีตาได้รับความยกย่อง การยอมรับ ความเป็นเจ้าของ และต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
- 4.ความต้องการทางความคิด ได้แก่ ความต้องการที่จะรู้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ หรือคิดหาวิธีป้องกัน แก้ไขปัญหาตนเอง และได้ดำรงชีวิตอย่างสุขสบาย
- 5.ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ต้องการมีคุณค่า มีประโยชน์ในชุมชน ต้องการที่พึ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ความต้องการของมนุษย์ดังกล่าว สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow)(Barr&Morgan 1985: 12-15; Fre1987: 61-63;Hargie&McCarton 1986: 45-46; Lindberg, et al. 1990:81-86;Murray&Zentner 1985:13; Vogel 1986:287) คือ

1. ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำดื่ม ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย
3. ความต้องการความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความเป็น เจ้าของ
4. ความต้องการเป็นที่นิยมยกย่องเห็นตนเองมีคุณค่า
5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต

มาสโลว์เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนสามารถพัฒนากันได้ ถ้าความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้รับการตอบสนองในทางที่ดี จะทำให้นุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และมีความสุข(Barry 1989:33) สำหรับความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักและความเป็นเจ้าของแล้ว บุคคลจะมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นมีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson 1980:8 Powell 1983:10; Taylor 1982:119)

การรับรู้คุณค่าในตัวเอง เป็นรากฐานของภาวะสุขภาพจิตสังคม และบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต (Talf 1985:77) เป็นสิ่งที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล (Fitt et al. 1971 cited in Andreoli 1981 : 324) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอาจใช้ได้ในความหมายอื่น เช่นการเคารพนับถือตนเอง การยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าของตัวเอง ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Muhlenkamp & sayles 1985:77) หรือความรักในตนเอง (Kosier & Erb 1988 :508) ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ต่าง ๆ กันดังนี้คือ



Rosenberg (1965 cited in Pensiero & Adums 1987: 11) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความเคารพนับถือในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า

Coopersmith (1967 cited in Wall 1987: 41) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการพิจารณาตัดสินค่าของตนตามความรู้สึก และเจตคติที่มีต่อตนเองเป็นพื้นฐานโดยรวม

Stanwyck (1983 cited in Norris & Connell 1985:745)กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นพื้นฐาน โดยรวมทั้งหมดของอัตมโนทัศน์ และเป็นความรู้สึกที่ว่า “ฉันรู้สึกอย่างไรเมื่อฉันมองตน”

Carpenino (1983:392) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นบุคลิกอย่างหนึ่งของบุคคลที่จะมีการตัดสินใจว่ามีคุณค่าในตัวเอง จากการประเมินตนเองในเรื่องความสามารถ และการยอมรับของสังคม

Bary (1984:62) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีตนเองและประเมินตนเองว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า

Bary & Morgan (1985: 13) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของการยอมรับ ตนเอง และเป็นการมองตนเองในทางบวก

ทัตสนา บุญทอง (2527: 286) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือความต้องการมีเกียรติยศชื่อเสียงและได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นทั้งที่อยู่ในวงแคบ เช่นครอบครัว เพื่อนฝูง จนกระทั่งสังคมในวงกว้าง

เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2531: 13) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการของคนที่มีจิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้ง มีการพัฒนาด้านจิตใจสูงขึ้น รู้จักศึกษาตนเอง รู้จักใช้ชีวิตอยู่เหนืออิทธิพลของความต้อการขั้นต่ำกว่าได้ สามารถจะเห็นว่าตัวเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตัวเอง มีความมั่นใจในการกระทำต่าง ๆ ของตัวเอง ได้โดยไม่ต้องรอพึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

เสาวภา วิชิตวาทิ (2534:37) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหมายถึงการพิจารณาตัดสินค่าของตนตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเองของบุคคลในเรื่องการประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การยอมรับตนเอง การพึ่งตนเองคิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนจนการได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับการยอมรับจากบิดามารดา ผู้อาวุโส หรือผู้มีอำนาจเหนือกว่า จากความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมา สรุปได้ว่าความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความมีคุณค่า ความสำคัญ ความสามารถ การประสบความสำเร็จ การยอมรับตนเอง การมีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนจนได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับการยอมรับจากบิดามารดา ผู้อาวุโส หรือผู้มีอำนาจเหนือกว่าสิ่งสำคัญที่สุดในการทำความเข้าใจมนุษย์ คือ การทำความเข้าใจถึงความจริงเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของชีวิต ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีเหมือนกัน แม้ว่าจะระดับ

ความต้องการมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันออกไปตาม Maslow (1954) ได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological need) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการยังชีพให้อยู่รอด ได้แก่ความต้องการด้านอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety need) ซึ่งรวมถึงความปลอดภัย และความมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ซึ่งเป็นความต้องการทางด้านสังคมที่ช่วยให้จิตใจของบุคคลเกิดความมั่นคง

4. ความต้องการความยกย่องนับถือ (Self-Esteem needs) เป็นความต้องการมีเกียรติยศ ชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับยกย่อง เห็นตนเองมีคุณค่า

5. ความต้องการความพอใจขั้นสุดในชีวิต (Self-Actualization) เป็นความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นความหวังขั้นสูงสุดที่มนุษย์ปรารถนาพึงจะมี กระบวนการตอบสนองความต้องการของคนเรา จะเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน คือความต้องการด้านร่างกาย และความต้องการความปลอดภัย ถ้าความต้องการเหล่านั้นได้รับการตอบสนอง มนุษย์จะพัฒนาไปสู่ความต้องการที่สูงขึ้นต่อไป สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับการรักและความเป็นเจ้าของแล้ว

กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมี 2 ขั้นตอน ดังนี้ (Taft 1985:79)

1. การประเมินทัศนคติและการกระทำของสังคมที่มีต่อตน กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนเองของคูลีย์ (Cooley) ที่ว่าการบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” กระบวนการนี้เป็นการยอมรับรู้คุณค่าของคนที่มีรากฐานมาจากการประเมินและยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอก ต่อคุณค่าของตนเอง (Outer-Self esteem)

2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึก “ภายใน” ต่อคุณค่าของตน (Inner-self esteem) เป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือ เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเองซึ่งอำนาจที่จะช่วยให้สามารถกระทำหรือควบคุมสิ่งต่าง ๆ เกิดจากความรู้ ทักษะ รายได้ และสถานภาพของบุคคล

2. การรับรู้คุณค่าแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง ไม่สบายบ่อย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความไม่มั่นคงต่อครอบครัวและชีวิตในอนาคต ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัวสังคมและ หน้าที่การงาน(Lambert & Lambert 1987: 527) จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในการดำเนินชีวิต คุณค่าต่อความเป็นเอกลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต้องถูกแยกจากชีวิตปกติ (Burckhardt 1987 : 543) โดยเฉพาะถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นหัวหน้าครอบครัวสามารถทำงานให้สังคม และครอบครัวและเป็นที่ยอมรับของสังคม การที่บุคคลเหล่านี้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้บุคคลเหล่านี้รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต หวาดกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เกิดความวิตกกังวล กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพาค่าบุคคลเหล่านี้มากขึ้นและเป็นเวลานาน (Kelly 1985 : 241) ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ในโลกของตนเองแต่เพียงลำพัง ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ หรือรู้สึกเสียความรู้สึกในตนเอง (Norbeck 1981 cited in Burckhardt 1987 : 548; Thompson 1987: 58)

3. แบบประเมินเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าแห่งตน

แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าแห่งตน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเสาวภา วิจิตวาที(2534) ซึ่งแปลจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale) เป็น ประกอบด้วยข้อความที่ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมาก แปลว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดี

	ความหมาย	ระดับคะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมาก	4 คะแนน
เห็นด้วย	รู้สึกเห็นด้วยพอประมาณ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	รู้สึกไม่เห็นด้วยพอประมาณ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1 คะแนน

เสาวภา วิชิตวาท (2534) แปลจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem scale) และนำมาใช้ศึกษาความรู้สึกมีต่อตนเอง ของผู้ที่ สูญเสียแขนขา มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72(n=100)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าแห่งตนกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

การรับรู้คุณค่าแห่งตน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการทำความเข้าใจ คือการทำความเข้าใจถึงความจริงเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของชีวิต ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีเหมือนกัน แม้ระดับความต้องการมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันก็ตาม (Maslow 1954:41-45) ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ การรับรู้คุณค่าแห่งตน จะมีความสำคัญมากในการมีชีวิตอยู่ การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ จะต้องอยู่บนพื้นฐานของชีวิต ดังการศึกษาของ Phillips and others (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสังคมและสรีรภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณค่าแห่งตน ดังนั้นการรับรู้คุณค่าแห่งตนน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน (House 1981 cited in Tilden & Weinert 1987 : 614) เช่น Moss (1973 cited in Pender 1987 : 396) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการบอกถึงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการ ได้รับความรัก การยอมรับนับถือและให้คุณค่าตนเองในการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น เช่นเดียวกับ Weiss (1974 cited in Lindsey 1988: 108) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม จากความสำเร็จในสัมพันธภาพ ทั้งนี้ย่อมต้องอาศัยปัจจัยบางประการ เช่น

Kahn (1979: 85) กล่าวการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อกันมีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการให้ทางด้านวัตถุสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติซึ่งมีความเกี่ยวพันกัน โดยเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ อันจะมีผลให้บุคคลเกิดความหวังกำลังใจรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตน และช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็ความเครียดหรือคุกคาม ต่อตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีและส่งเสริมให้มีความสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Caplan 1974 : 7; Cobb 1976, Cohen & Mckay 1984, Gore 1978 cited in Mcnett 1987 : 98-99 ; Cohen & wills 1985 : 310-357 ; Pender 1987 : 389 ; Weinert 1987 : 273) มีผู้แบ่งมิติของการสนับสนุนทางสังคมดังรายละเอียด

1. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด การที่บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์เช่นนี้มักจะพบในกลุ่มเพื่อน

2. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือข่าย ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

3. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

4. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

5. ส่งเสริมให้ความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงานถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

6. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment or intimacy) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย มีคนรักและเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากคู่สมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

Cobb (1976: 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึงการติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้กำลังใจให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีคนยกย่อง มองเห็น

คุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่าและมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมีความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และการมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer and others (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน
2. การสนับสนุนข้อมูลด้านข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และการบริการ

House (1985 cite in Weinert, 1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนด้านสังคมไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ โดยประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง เป็นการได้รับความรัก ความห่วงใย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมทางสังคม



3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) เป็นพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือโดยตรงกับพฤติกรรมของบุคคล

Cohen & Wills (1985 : 310-357) ได้อธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมดังนี้ ผลโดยทางตรงการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้ปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บปวดและสิ่งแวดลอม ผลทางด้านจิตใจนี้จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine System) และระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System) ทำงานได้ดีขึ้นผลโดยทางอ้อมการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดหรือปรับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดโดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี หรือช่วยลด ขจัดปฏิกิริยาความเครียดที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine System) ทำงานได้ตามปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และมีความสุข

2. การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมสามารถวัดได้จาก แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire Part 2) สร้างโดยแบรนด์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งใช้แนวคิดสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1969) ที่ได้รวมประเด็นหลักของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างครบถ้วน โดยบุคคลจะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ในแบบประเมินดังกล่าวนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตัวเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการมีโอกาช่วยเหลือผู้อื่น ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ต่อมา เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) นำมาดัดแปลงใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้วิจัยจะดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์แบบสอบถามชุดดังกล่าวเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ

Weinert (1987 : 275-256) ได้หาความตรงความโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดนี้ (Factor Analysis) พบว่าแบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1)

ความใกล้ชิดผูกพัน และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ 2) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน 3) การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหาความสัมพันธ์ของ 3 มิตินี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และสามารถแยกออกจากกันได้ แสดงถึง แบบวัดนี้เป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensionality) และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 132 คน ได้หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ได้แปลแบบวัดนี้และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรง ทางเนื้อหา โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ก่อนนำแบบวัดนี้มาใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 100 คน ได้หาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยง 0.90

ลัดดาวัลย์ สิงค์คำฟู (2532) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คน และหาความเที่ยงได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.85 นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ได้นำเครื่องมือที่ได้แปลและดัดแปลงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 50 คน และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.87

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ได้นำเครื่องมือที่ได้แปลและดัดแปลงนี้ มาปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้คิดเชื้อเอชไอวี ก่อนนำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา โดยเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้คิดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่ จำนวน 120 คน ได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.88

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความหวังของผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

การสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อความหวังของผู้คิดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาของบุญทิศา โพธิเจริญ (2539) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิก รับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพฯ จำนวน 195 คนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ การสนับสนุนด้านวัตถุและข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับระดับความหวังในชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับ การศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรม ในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 70 รายซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกนกเลขา แก้วสว่าง(2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกให้ คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วชิรพยาบาล และคลินิกนิรนาม โรงพยาบาลตาก ลิน จำนวน 110 คน ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังนั้นการ สนับสนุนทางสังคมน่าจะมีผลสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้าน ไวรัสเอชไอวี

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ทัศนาศูววรรณประภรณ์(2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโลหิต วิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80ราย พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวผู้ป่วยมะเร็ง ระบบโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001($r=.3647$) การเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วย มะเร็งระบบ โลหิตที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคต่างกันมีความหวังต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มารยาท วงษาบุตร(2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 รายผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และความหวังกับ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ.001

บุญธิวา โพธิเจริญ(2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุน ทางสังคม กับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 195 ราย พบว่า ความหวังโดยรวมของ ผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับ ปาน กลาง และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านวัตถุ และด้าน

ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ดาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 140 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$

วัชรินทร์ จันทนาลักษณ์ (2541) ศึกษาความหวังและการพูดกับตนเองทางบวกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มารับบริการจากอมมูนคลินิกแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความหวังและเชื่อว่าตนยังมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนยังมีกำลังกำลังใจพอที่จะต่อสู้ต่อไป โดยรู้สึกว่ายังสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ แต่ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้สึกกลัวความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

บุษดี ศรีคำ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 130คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์และมีอายุเฉลี่ย 34.51 ปี มีการเปิดเผยตัวเองระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีความหวังระดับปานกลาง และการรับรู้สุขภาพค่อนข้างไม่ดี มีสุขภาพจิตโดยรวมระดับค่อนข้างดี และเมื่อจำแนกองค์ประกอบรายด้านของสุขภาพจิต พบว่ามีความผาสุกทางใจระดับค่อนข้างดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับปานกลาง การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบ ความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hall (1994) ได้ศึกษาแนวทางการคงความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อกลุ่ม C ใน CDC Classification for HIV Infection (1993) จำนวน 10 คนศึกษาโดยวิธีสัมภาษณ์ ผลพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5 คนที่กล่าวถึงความศรัทธาในปาฏิหาริย์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความเชื่อว่ามีพระเจ้าให้ความคุ้มครองช่วยเหลือ ความศรัทธาดังกล่าวช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถคงความหวังไว้ได้ และมีกำลังใจในการที่จะจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามมีผู้ติดเชื้อบางรายกล่าวถึงประสบการณ์ปาฏิหาริย์ที่ไม่เกี่ยวข้อง กับศาสนา โดยกล่าวถึงปาฏิหาริย์ทางสุขภาพที่เกิดจากการเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติออกกำลังกาย การทำสมาธิ การล้างพิษในลำไส้ด้วยการรับประทานอาหารเฉพาะที่เป็นผักผลไม้ งดรับประทานเนื้อสัตว์ ผลจากการปฏิบัติสร้างปาฏิหาริย์ต่อชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะสุขภาพดีขึ้น จนรู้สึกเหมือนตนได้เปลี่ยนเป็นคนใหม่รู้สึกมีกำลังใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ปรากฏการณ์นี้ทำให้ผู้ติดเชื้อหลุดพ้นจากความรู้สึกอ่อนล้าแล้วกลับมามองชีวิตในแงุ่มใหม่อย่างมีความหวัง

Coward (1994) ศึกษาจุดมุ่งหมายและความหมายของการมีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 20 คน เป็นชายจำนวน 10 คน มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ซึ่งมีระยะเวลาที่ทราบว่าตนติดเชื้อเอดส์มาประมาณ 28 เดือนและถูกวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เป็นเวลาเฉลี่ย 14 เดือนและเป็นผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศหญิงจำนวน 10 คน มีอายุ 34 ปี ซึ่งมีระยะเวลาที่ทราบว่าตนติดเชื้อมาประมาณ 48 เดือน และถูกวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ เป็นเวลาเฉลี่ย 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีความหวังทั้งชายและหญิงจะคงความหมายของการมีสัมพันธภาพช่วยบุคคลไว้ และพยายามค้นหาความหมายของการมีชีวิตต่อไปด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งลักษณะนี้ใกล้เคียงกับด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่นในแนวคิดของเฮิร์ท

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อที่ร้ายแรงที่จัดได้ว่าเป็นมหันตภัยหนึ่งของโลกที่ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจและการเมืองในขณะนี้ยังไม่มียารักษาให้หายมีเพียงยาต้านไวรัสเอดส์เท่านั้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับความกระทบครั้งนี้มีหลายด้าน เช่น ความหวัง การรับรู้คุณค่าแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรบางประการคือ ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ระยะของโรค การรับรู้คุณค่าแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพิสูจน์แนวคิดความหวังของ Herth (1992) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวังว่าประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะความเจ็บป่วย ความเชื่อทางศาสนา การรับรู้คุณค่าแห่งตน ความสามารถในการดูแลตนเอง และประสบการณ์ในอดีต 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แรงสนับสนุนทางสังคม ในครอบครัว เพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ทำที่ที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อตน

กรอบแนวคิดการวิจัย

<ul style="list-style-type: none"> -การรับรู้คุณค่าแห่งตน -ระยะของโรค <ul style="list-style-type: none"> - ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ - ระยะที่มีอาการ -การสนับสนุนทางสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนด้านอารมณ์ - การสนับสนุนด้านสิ่งของ - การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 	<p>ความหวังของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น ชั่วคราวและในอนาคค - ความรู้สึกภายในที่พร้อมและ คาดหวังในทางบวก - ความสัมพันธ์ระหว่างตนและ บุคคลอื่น
--	--

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย