



## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาคำরা เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัยเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
  - ความหมายของการปรับตัว
  - ผลของการปรับตัว
  - การประเมินการปรับตัว
  - ปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแล
  - แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว
3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว
  - ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล
  - การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน
  - ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว
5. การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว
  - ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
  - แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
  - ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
  - การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
  - ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัว
6. ระยะเวลาของการดูแลกับการปรับตัว
7. จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลกับการปรับตัว
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีผลกระทบต่ออวัยวะของร่างกายหลายระบบและมีผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งต้องเป็นผู้รับภาระในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออยู่บ้าน เนื่องจากการรักษาและการอยู่โรงพยาบาลเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการดีขึ้นจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จึงต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลวันละหลายชั่วโมง กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อน (companionship) การติดต่อต่างๆ (running errand) และการจัดหาอาหาร ภาวะเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมที่ตนต้องรับผิดชอบอยู่

### บทบาทของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทบาทของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องดูแลโดยแสดงความเอื้ออาทร ขอมรับ เข้าใจ และยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในครอบครัวได้ตามปกติ ผู้ดูแลควรรับรู้ปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ดูแลควรศึกษาหาความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างดี ได้แก่การศึกษาจากเอกสารและหนังสือต่างๆ ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี สนใจติดตามข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ สอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีนามัย แพทย์ พยาบาล รู้วิธีช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเบื้องต้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการ สามารถรู้แหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่พักพิงใจ

บทบาทของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Macklin, 1987)

1. ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้น มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้อาตามเวลา และอื่นๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขภาพดี แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย
2. ผู้จัดการดูแล (Care Management) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มีอยู่ แสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับบริการต่างๆ อย่างเหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางด้านร่างกาย (ดวงสมร พันธุเสน, 2539: 21-37; WHO, 1990: 79-97)

1. การดูแลตามลักษณะความรุนแรงของความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีชีวิตอยู่เหมือนคนปกตินานเป็นปีๆ กว่าจะมีอาการของโรคเอดส์ ดังนั้น การดูแลจึงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1.1 การดูแลเมื่อมีอาการไม่มาก พอช่วยเหลือตนเองได้ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ งดเหล้าบุหรี่ และให้รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์

1.2 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาก ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ เช่น จัดทำนอนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกสบาย และดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีผอมมากให้ใช้หมอนนุ่มๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก ช่วยทำความสะอาดร่างกายด้วยการเช็ดตัว แปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม จัดหาอาหารที่นำรับประทานและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานอาหารให้เพียงพอ ดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อให้เกิดกำลังใจ โดยการบิบนวดตามร่างกายด้วยความนุ่มนวลและเต็มใจ ดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างใกล้ชิดและให้รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์

2. การดูแลผู้ป่วยตามอาการ ได้แก่

2.1 อาการไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อยหอบ ไข้คอบุบหรือและให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อช่วยในการขับเสมหะ และทำให้บริเวณลำคอชุ่มชื้นไม่ให้อยู่ในที่อับหรือในที่มีคนมากๆ เพราะจะมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ เช่น หวัด วัณโรค ซึ่งวัณโรคในโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญมาก ดูแลไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซื้อยารับประทานเอง ถ้ามีอาการเหนื่อยหอบมากควรพบแพทย์เพื่อให้การรักษา

2.2 อาการท้องเสียเรื้อรัง หมายถึง การถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน การดูแลควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด และสุกใหม่ๆ ผสมน้ำเกลือและน้ำตาลดื่มแทนน้ำ หลังการขับถ่ายให้ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีล้างก้นด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดทุกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วันให้รีบพาไปพบแพทย์

2.3 อาการลิ้นเป็นฝ้าขาวและแผลในปาก ใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดฝ้าในปากออกบ่อยๆ ผสมน้ำเกลือเจือจาง ให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากบ่อยๆ ดื่มน้ำมากๆ และรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด รวมทั้งผัก ผลไม้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์

2.4 อาการปวดศีรษะหรือมีไข้ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดื่มน้ำมากๆ และดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตัวบริเวณข้อพับ ได้

ชอกคอ ใต้รักแร้และวางผ้าไว้บริเวณหน้าผากเพื่อลดไข้ หลังจากเช็ดตัวแล้วอาการไม่ดีขึ้นอีกให้รับประทานยาซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง

2.5 อาการเป็นแผลหรือมีผื่นที่ผิวหนัง ห้ามมิให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแกะเกาตุ่มกัน คุณดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดเล็บให้สั้นเสมอ ถ้ามีแผลให้ใช้น้ำต้มสุกที่เย็นแล้วผสมเป็นน้ำเกลือเจือจางล้างแผลและเช็ดด้วยสำลีตามขอบแผลให้แห้ง รักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและเครื่องนุ่งห่มให้สะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงหรือป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อยู่ใกล้การติดเชื้อ หรือโรคติดต่ออื่นๆ เช่น ใกล้ผู้ป่วยโรคเริม อีสุกอีใส เป็นต้น

3. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีปัญหาด้านจิตใจอย่างมากหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว ปัญหาเหล่านั้นได้แก่ ความหวั่นไหวไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต ความกลัวตายเกิดการสูญเสีย เสรีภาพ เสี่ยงใจ ความวิตกกังวล โกรธและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ดังนั้นในการดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

3.1 การให้กำลังใจและรับฟังปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกเบื่อหน่ายว่าเป็นบุคคลที่ถูกรังเกียจ หรือไม่มีใครต้องการ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความโกรธ ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องรับฟังคำพูดให้การยอมรับและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือและให้กำลังใจ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใจ เช่น การมีอารมณ์ขันและหัวเราะร่วมกัน การรับและแบ่งเบาความรู้สึก เช่น อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเบื่อหน่าย

3.2 หางานให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ควรอยู่นิ่งเฉยเพราะจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียด การจัดให้มีกิจกรรมบางอย่าง เช่น งานบ้าน การเข้าสังคมตามโอกาสจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีจิตใจที่มุ่งกับงาน หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม

3.3 สอนวิธีออกกำลังกาย การจัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย หรือสภาวะของโรค เช่น การวิ่ง ขี่จักรยาน เล่นแบดมินตัน เล่นฟุตบอล บริหารร่างกาย จะทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสดชื่น และร่างกายแข็งแรงขึ้น

3.4 แนะนำชักจูงให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ศึกษาทางศาสนา เพื่อหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การทำบุญ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้สึกโกรธที่ถูกสังคมรังเกียจ อาจจะประชดชีวิตโดยการแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น ผู้ดูแลควรเตือนสติหรือแนะนำว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่แพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นอีกนั้น จะเป็นการทำบุญพร้อมทั้งส่งเสริมให้พยายามทำจิตใจให้สงบ เมื่อสภาพจิตใจดี ย่อมส่งผล

ให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้การสอนให้ฝึกสมาธิโดยพยายามฝึกฝนจากการอ่านจากหนังสือหรือฟังเพลง ถ้าผู้คิดเชื่อเอชไอวีทำได้ก็จะทำให้เกิดความสบายใจ จิตใจสงบ สามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 การช่วยเหลือปรณนิบัติผู้คิดเชื่อเอชไอวี ผู้ดูแลควรคอยเอาใจใส่ สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้คิดเชื่อเอชไอวี และตอบสนองความต้องการของผู้คิดเชื่อเอชไอวี เพราะการดูแลและปรณนิบัติไม่ได้ทำให้เกิดการติดเชื้อจากผู้ป่วย เช่น ปรุงอาหาร การรับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่ขอของให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี การใช้คำพูด ท่าทาง เช่น จับมือ โอบกอด เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้คิดเชื่อเอชไอวีดีขึ้น ถ้าจำเป็นต้องหาผู้ครองให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี ควรแนะนำให้ผู้สมรสของผู้คิดเชื่อเอชไอวีทราบ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ งดการมีเพศสัมพันธ์ทางปากและทางทวารหนัก ควรคุมกำเนิดไม่ให้มีบุตร ทั้งนี้เพราะเด็กในครรภ์จะได้รับเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

### การปรับตัวของผู้ดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวี

#### ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัว เป็นพฤติกรรมกรรมการแสดงออกตามการรับรู้ของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้มากมาย ดังนี้

รอย (Roy, 1976: 35) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นสภาวะของความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกบุคคล

ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 181) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่จากบุคคลเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น

เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

มิเชล (Mishel, 1990: 257) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นพฤติกรรมทางจิต สังคมขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอน

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือพฤติกรรม ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลที่แสดงออกมา ซึ่งเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่จากบุคคลเอง จากสังคมนรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

### ผลของการปรับตัว

ผลการปรับตัวของบุคคลใน 3 ด้าน ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984: 181-225)

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้น สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวและไม่ใส่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลระยะสั้น โดยที่อารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ในชีวิต หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์โดยที่ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานภาพทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือเป็นไปได้ในชีวิต

3. ภาวะสุขภาพ เป็นปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียดซึ่งเซเย่ (Selye, 1976 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 114) ซึ่งให้เห็นถึง มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆ ในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่

3.1 สุขภาพกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการคันกระดูกของกล้ามเนื้อ ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย

แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติหรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ฝันร้าย หงุดหงิด โกรธง่าย

3.2 พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมถดถอย แยกตัว  
เอง เฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน

3.3 การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ขี้จิก  
คำหาผู้อื่น ก้าวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สติความจำหรือสมาธิเสียไป

3.4 กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

3.5 การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน ความสนใจในสิ่ง  
ต่างๆ ลดลง

3.6 การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำๆ คำพูดอาจ  
เกี่ยวข้องกับหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป

3.7 การใช้กลไกการป้องกันตัวโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผล  
เข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น

จากกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล มิเชลได้อธิบายถึงการปรับตัวเป็นว่ากระบวนการทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990: 257) เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งบุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Mishel, 1990: 259; Lazarus and Folkman, 1984: 87-119) ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ เกิดการประเมินซ้ำ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนรูปแบบของความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นอกจากนี้การปรับตัวยังขึ้นอยู่กับขอบเขตของแต่ละบุคคล ถ้ามีขอบเขตเพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายในการปรับตัว สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ได้ (Mishel, 1988: 231) ทำให้บุคคลเกิดภาวะสมดุลของร่างกาย โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะขัดขวางการสร้างสมดุล และขัดขวางความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1990: 257) บุคคลก็จะแสดงออกมาในลักษณะของการปรับตัว 3 ด้าน คือ ภาย จิตและสังคม (Mishel: 1988: 231)

ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบมากมายจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวของมิเชล จะพบว่าการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งได้ดี ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวโดยรวมดี (Lazarus and Folkman, 1984: 225)

### การประเมินการปรับตัว

การปรับตัวในแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นการปรับตัวที่แสดงออกในหลายด้าน ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีนักวิชาการได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

เคอโรเกติส (1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมิน เรียกว่า แบบสอบถามการปรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale:PAIS) มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ โดยประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

การหาความเที่ยง โดยมอโร เชียร์เรลโล และเคอโรเกติส (1978) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมอดอกินส์ (Hodgkin's disease) จำนวน 37 ราย สงเคราะห์ 1 รายและนักจิตวิทยา 1 ราย หลังจากนั้นให้สมาชิกผู้ร่วมสังเกต 1 ใน 6 ราย เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามการปรับทางจิตสังคม (PAIS) และสมาชิกที่เหลือ 5 ราย จะเป็นผู้ร่วมสังเกตและให้คะแนนโดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน เมื่อครบ 37 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมได้เท่ากับ .83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .33-.82

การตรวจสอบความตรง โดยใช้วิธีหาความตรงตามโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคมอดอกินส์อีก 38 ราย รวมเป็น 75 ราย ในการหาความตรงตามโครงสร้างนั้นมอโรและคณะได้นำคะแนนที่ได้มาหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้าน และพบว่าเนื้อหาในแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวม ( $r = .46, .43, .47, .34$  และ  $.44$  ตามลำดับ) ยกเว้นด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพและด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวม ส่วนความตรงตามเกณฑ์นั้น มอโรและคณะนำคะแนนที่ได้ของแต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมืออื่นๆ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดความพึงพอใจ  $r = .47 (p < .05)$  และความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลรักษา  $r = .47 (p < .001)$  นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วย

สุณี สุพรรณพสุ (2544) ได้สร้างแบบสอบถามการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญ



และกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และขวัญและกำลังใจ คัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเคอโรเกิตสและคณะ และการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพคัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษา ในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของ Meenan (The Arthritis Impact Measurement Scale, 1982) ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 33 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการปรับตัวใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ
2. ด้านขวัญและกำลังใจ มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ
3. ด้านภาวะสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้นำแบบวัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์ การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นชอบและยอมรับแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีค่า Content valid index .82 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดแล้วนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามการปรับตัวที่สร้างขึ้นและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ที่ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ การปรับตัวโดยรวม .91 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม .85 ด้านขวัญและกำลังใจ .87 และด้านภาวะสุขภาพ .76

ฟองพัทตร์ พิทยพันธุ์ (2541) ได้คัดแปลงแบบสอบถามการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของจากรูธรรม กฤตย์ประชา (2538) ซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวทางเพื่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งผลลัพธ์การปรับตัวของรอย มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การปรับตัวตามทฤษฎีของลาซารัส กล่าวคือ ผลลัพธ์การปรับตัวด้านสรีรวิทยาสอดคล้องกับการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สอดคล้องกับการปรับตัวด้านขวัญและความพึงพอใจในชีวิต ส่วนผลลัพธ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการปรับตัวด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน สอดคล้องกับ การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ดังนี้ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ด้านขวัญและกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านสุขภาพกายจำนวน 16 ข้อ มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่ละข้อจะมีข้อความให้ผู้

ตอบเลือกตอบตามมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุด จนถึง 3 คะแนน หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเลย โดยมีคะแนนรวมทั้งหมกระหว่าง 0-108 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมยิ่งสูง แสดงว่ามีการปรับตัวดี และเนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน จึงหาค่าเฉลี่ยรายด้าน โดยเอาคะแนนรวมแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้น ซึ่งแต่ละด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0-3 ความตรงของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = .93) การตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามการปรับตัวที่สร้างขึ้นและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ การปรับตัวโดยรวม .91 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม .90 ด้านขวัญและกำลังใจ .73 และด้านภาวะสุขภาพ .80

### ปัญหาการปรับตัวของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ด้าน ดังนี้ (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; อนุเกื้อ อุณหเลขกะและคณะ, 2537)

1. ด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ผู้ดูแลบางรายจะมีอาการหลงลืม รับประทานอาหารได้น้อยลงและรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ บางรายมีอาการปวดศีรษะ นอกจากนั้นยังพบการแสดงออกทางร่างกายที่เกิดจากผลกระทบจิตใจของผู้ดูแล เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใจสั่น หายใจเร็วขึ้น หายใจไม่เต็มอิ่ม แน่นหน้าอก มีอาการท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง ปัสสาวะบ่อยขึ้น นอนไม่หลับ ไม่มีเวลาพักผ่อน เป็นต้น (Janosik and Davies, 1986)

2. ด้านจิตใจ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการนั้น ด้านจิตใจของผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบสูงกว่าด้านอื่นๆ ผลกระทบดังกล่าวประกอบด้วยความวิตกกังวลไม่กล้าให้การดูแล บางรายอาจจะวิตกกังวลถึงขั้นรุนแรง กลัวการติดต่อของโรค กลัวการติดเชื้อ กลัวการถูกละทิ้งจากสังคม เกิดความโกรธจากการที่ผู้ติดเชื้ออาจจะเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาต่อสังคม การไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการรุนแรงขึ้น การไม่ได้รับการดูแลที่ดีและมีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการจากทีมสุขภาพ การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการตลอดเวลา บางวันก็ดีขึ้นบางวันก็เลวลงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน โกรธจากการมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ ทำให้เกิดภาวะวิกฤติต่างๆ ขึ้นทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ต้องใช้เวลาใน

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น จนไม่มีเวลาดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติต้องใช้เวลาในการเรียนรู้บทบาทในการดูแลเพื่อช่วยพิจารณา และตัดสินใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี McShane, Bumbalo and Patsdaughter (1994) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง มีผลกระทบไปถึงความมั่นคงของครอบครัวและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ซึ่งอาจจะเกิดจากการไม่ยอมรับ โกรธและผิดหวังของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจะมีมากขึ้น ถ้าผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของนางนุช ปัญจรธรรมเจริญ (2540) พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปรับตัวอีกด้วย นอกจากนี้การศึกษาของกิตติกร นิลมานันต์ (2538) ยังพบว่าผู้ดูแลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อตนเองได้ จากการขาดประสบการณ์ในการดูแลไม่ทราบว่าควรจะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากใคร ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการที่คาดหวัง ไม่สามารถหาคำตอบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและไม่สามารถตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ เพราะถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิเกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้ ทำให้มีผลต่อความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและการตรวจสอบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

3. ด้านสังคม จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์นั้นเป็นโรคที่แตกต่างไปจากโรคอื่นๆ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย สังคมรังเกียจ มีลักษณะแพร่กระจายของโรคในกลุ่มที่มีปัญหาในสังคม เช่น กลุ่มผู้เสพยาเสพติด กลุ่มอาชีพขายบริการหรืออยู่ในกลุ่มที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ เป็นต้น ถูกปฏิเสธจากสังคมและถูกคามการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง ยาที่ใช้มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายแต่ละครั้งค่อนข้างสูงและผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่สามารถจะทำงานได้ เนื่องจากมีสุขภาพไม่ดีหรืออาจจะเกิดจากการรังเกียจของสังคม ทำให้ขาดรายได้ประกอบกับเมื่อเจ็บป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ขณะเจ็บป่วยก็ต้องการผู้ดูแลทำให้การทำงานต่างๆ ของครอบครัวถูกระงับเพราะต้องใช้เวลามาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีปัญหาทางการเงินยิ่งรุนแรงขึ้น และถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวปัญหาทางเศรษฐกิจก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ นอกจากนั้นผู้ดูแลยังถูกรังเกียจจากสังคม ถูกตราหน้า ถูกไล่ออกจากงาน ถูกล้อเลียน ถูกเหน็บแนม และถูกกีดกันออกจากกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่ อับอาย ขาดหน้า รู้สึกว่าตนเองน่าสงสาร น่ารังเกียจ ได้รับแต่

สิ่งที่เลวร้าย จากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในด้านคำตอบเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ความหวัง ความมีคุณค่า การให้ความหมายกับชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นได้รับผลกระทบจากการดูแลหลายด้านมาก อาทิเช่น ด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำนายต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียด มีผลทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางที่จะเผชิญและจัดการเพื่อบรรเทาความเครียด (กิตติกร นิลมานันต์, 2538: 2) หากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะพบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

### ทฤษฎีความรู้สึกละเลยในใจในความเจ็บป่วยของมิเชล

ทฤษฎีความรู้สึกละเลยในใจในความเจ็บป่วยของมิเชล พัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคล ไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้เนื่องจาก ขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูลการอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นหรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือโรคกำเริบมากขึ้น โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากลาซารัสและโพลล์แมน (Lazarus and Folkman, 1984: 87-92) ที่ให้ความหมายของความไม่แน่นอนว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์จะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบเสมอจากการเจ็บป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคล ความสนใจทางการแพทย์ที่กำลังพัฒนาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนเริ่มจากที่มิเชลสร้างแนวคิดและทำการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเริ่มจากการศึกษาตัวแปรที่มาก่อน และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ และบุคคลเหล่านี้ประเมินตัดสินใจ เผชิญปัญหาและการปรับตัวอย่างไรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชลอธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้เนื่องจากขาดคำแนะนำ

ที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือโรคกำเริบมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ (Inconsistency) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability)

### ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว ประกอบด้วย 3 ปัจจัยใหญ่ ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัว ดังนี้ (Mishel, 1988: 225-232; Nancy, 1990: 294-299)

1. ปัจจัยด้านรูปแบบของตัวกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับของความต่อเนื่องและความรุนแรงของอาการที่ปรากฏซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และให้ความหมาย ถ้าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจะมีผลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลง ไม่แน่นอน จะทำให้เกิดความคลุมเครือไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ซึ่งส่งผลการปรับตัวโดยส่งผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะทำให้มีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

1.2 ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ จนทำให้บุคคลเกิดความเคยชิน เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมาย คาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แต่ในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยครั้งแรกมักไม่คุ้นเคยต่อโรคและการรักษา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังและเหตุการณ์จริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจในเหตุการณ์มากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความคาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงก็จะเกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี

2. ปัจจัยด้านความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive Capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูล ข่าวสารเพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล โดยที่ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้องทำให้เพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจสูงจะสามารถรับรู้รูปแบบของอาการแสดงได้ถูกต้อง สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลทางอ้อมต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น และมีผลต่อการปรับตัว

3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้านั้นๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของสถานการณ์ได้ ส่วนทางอ้อมแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถส่งผลต่อการปรับตัวได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ประกอบด้วย

3.1 การศึกษา (Education) ช่วยให้ผู้บุคคลเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ผลโดยตรงการศึกษาช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจ และให้ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ง่ายและรวดเร็ว ผลโดยอ้อมการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ที่ตนมีอยู่ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของสิ่งเร้าได้ สามารถให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยสนับสนุนในลักษณะให้ความหมายของเหตุการณ์ เกิดความกระจ่างด้วยการพูดคุย ปรีกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ญาติผู้ให้การดูแล เพื่อนหรือบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกัน ช่วยให้ผู้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านวัตถุจะช่วยสร้างหลักประกันความมั่นคงของสิ่งแวดล้อม สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ และสามารถส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

3.3 เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่เชื่อถือได้ (Credible Authority) เป็นระดับความเชื่อถือไว้วางใจของบุคคลที่มีต่อบุคลากรผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบสิ่งเร้าด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วยหรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการรับบริการจะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้นทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวที่ดี

จากกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวตามแนวคิดของมิเชล เป็นกระบวนการทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุล หลังจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990: 257) ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ โดยมีเชลกล่าวไว้ว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Mishel, 1990: 259; Lazarus and Folkman, 1984) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ เกิดการประเมินซ้ำ และการปรับตัวนี้ยังขึ้นอยู่กับขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอสามารถทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย ในการปรับตัวสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ได้ คือ ภาวะสมดุล (Mishel, 1990: 231-257) เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถขัดขวางความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และขัดขวางการสร้างสมดุล ซึ่งสามารถแสดงออกมาในการปรับตัว 3 ด้าน คือ กาย จิต สังคม (Mishel, 1990: 231-257)

ผลลัพธ์การปรับตัวทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สิ่งสำคัญที่จะต้องตระหนักคือ การมีผลลัพธ์การปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งได้ดี ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้น จะมีผลลัพธ์การปรับตัวโดยรวมดี ในการพิจารณาผลลัพธ์การปรับตัว จึงต้องพิจารณาโดยรวมทุกด้าน (Lazarus and Folkman, 1984: 225) ดังนั้นแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัว จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมนจึงสะท้อนความเป็นองค์รวม เนื่องจากให้ความสำคัญกับการปรับตัวโดยรวมทุกด้านของบุคคลนั่นเอง

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว

#### ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความรู้สึกตามธรรมชาติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน (Mishel, 1984) ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลประสบปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย และไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดเมื่อบุคคลประเมินสภาพความเจ็บป่วยได้ไม่ชัดเจน ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ดังนี้ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 87-92) ให้ความหมายความไม่แน่นอนว่า เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของบุคคล

มิเชล (Mishel, 1988: 225) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นการที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาได้ รวมทั้งไม่สามารถให้ความหมายและจำแนกประเภทของความ

เจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เนื่องจากขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของ ความเจ็บป่วยที่เพียงพอ

ฮิลตัน (Hilton, 1988: 217) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นการ ที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีมากจะทำให้มองความเจ็บป่วยและ ทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

คริสตแมน (Christman, 1990: 17) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นผลจากการประเมินสภาพความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน ขาดแนวทางในการประเมิน ไม่คุ้นเคยเกิด ความขัดแย้งกัน หรือความเจ็บป่วยมีมากเกินไปที่ผู้ป่วยจะรับรู้และตัดสินใจได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2534: 13) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็น การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเกิดเมื่อผู้ป่วยไม่ สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ของความ เจ็บป่วยที่มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและ การดูแล อันเป็นผลมาจากการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอหรือได้รับคำอธิบายที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรคและการดำเนินของโรค ทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในอนาคตได้ อย่างชัดเจน

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

มิเชลได้อธิบายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติ เมื่อบุคคลที่ใกล้ชิดเจ็บป่วย และต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้เป็น 4 ด้าน (Mishel, 1983: 324-330; Brown, M.N., and Powell-Cope, G., 1991) ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) เป็นการที่ไม่สามารถ ทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ของผู้ดูแล รวมทั้งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับล้วนเป็นสิ่งที่นอก เหนือความรู้ของผู้ดูแล นอกจากนี้อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถให้คำอธิบายหรือบอกถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นได้ และไม่สามารถจินตนาการถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยได้

2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) เป็นการที่ผู้ดูแลมี ความรู้สึกว่าขั้นตอนของการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงวิธีการรักษาเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากต้องพบกับเครื่องมือทางการแพทย์ที่แปลกใหม่และซับซ้อน นอกจากนี้ยังรวมถึงระเบียบขั้น



ตอนในการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่คุ้นเคย ไม่กล้า ท้อแท้ไม่  
อยากมารับบริการ ตลอดจนไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ตนเองดูแลหายจากโรคได้ มักมี  
สาเหตุจากการขาดความเข้าใจในคำอธิบายที่ได้รับ

3. ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูล  
เดิมที่ได้รับ (Inconsistency) มักมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ หรือ  
บางครั้งข้อ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินเหตุการณ์หรือทำนาย  
เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้บางครั้งผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลจากแพทย์หลายคนพร้อมๆ กัน  
ทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความหลากหลาย ขาดต่อความเข้าใจ

4. ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค(Unpredictability)  
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลในด้านนี้อาจมีผลมาจากความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน  
ขาดความกระจ่าง และการขาดข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับ  
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่ดีพอ

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล สามารถพบได้ในครอบครัวที่  
มีสมาชิกภายในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและมีอาการเรื้อรัง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการ  
ติดเชื้อเอชไอวีเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุ  
ของการเกิดโรคซึ่งจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายมีความบกพร่องในการทำหน้าที่  
สร้างภูมิคุ้มกันและการกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้  
ง่าย (WHO, 1990: 6) อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค มีความ  
ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย  
(Bennett, 1988: 732) และเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลงมากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการของการเจ็บป่วยอย่าง  
เฉียบพลันเป็นระยะๆ เนื่องจากติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับความแตกต่างในแบบแผน  
ของอาการ และไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของการกำเริบของโรคได้ ร่วมกับในปัจจุบันการติดเชื้อ  
เอชไอวียังคงเป็นโรคที่มีความคลุมเครือและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Brown, M.N., and  
Powell-Cope, G., 1991) ผู้ดูแลจึงไม่สามารถสร้างความคาดหวังให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยที่  
แท้จริงของผู้ป่วยได้ รวมทั้งไม่สามารถตั้งความหวังเกี่ยวกับความสำเร็จในการรักษาได้ เนื่องจากขาด  
ข้อมูลที่เพียงพอ ดังนั้น ครอบครัวที่มีสมาชิกภายในครอบครัวเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาส  
เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง (กิตติกร นิลมานัต, 2538: ก) จากการที่ผู้ดูแลมีภาวะ  
ความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น กลัวต่อการติดโรค ปฏิกริยาทางสังคมที่มีต่อโรค ผู้ป่วยและอาจรวม  
ถึงบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้มีข้อจำกัดในด้านความสามารถรู้คิดและการทำหน้าที่ด้าน  
ความจำเป็นในการพิจารณาแบบแผนของอาการที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลจึงไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้องหรือสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Merle H. Mishel) ซึ่งใช้ประเมินภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ (Mishel, 1990: 3) ซึ่งมิเชลได้สร้างแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty In Illness Scale : MUIS)

ในปี ค.ศ. 1980 มิเชลได้สร้างแบบสอบถามเป็นครั้งแรก โดยก่อนสร้างนั้นมิเชลได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ใหญ่ถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื้อหาที่สัมภาษณ์มุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการประเมินตัดสินความเครียด (Cognitive Appraisal Model) ของลาซารัส จึงมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลในโรงพยาบาลและการรักษา

ในปี ค.ศ. 1981 มิเชลได้พัฒนาแบบสอบถามชุดนี้เรื่อยมา เพื่อจะได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายๆ กลุ่ม จนในที่สุดได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่แบบสอบถาม ซึ่งจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและด้านการขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบดูแล มิเชลได้นำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าบางข้อคำถามมีความหมายซ้ำซ้อนจึงได้ลดข้อคำถามเหลือ 30 ข้อ (จากเดิม 54 ข้อ) และเมื่อนำไปหาความเที่ยง (Reliability) ด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal Consistency of the factor) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronhbach's alpha coefficient reliability) .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนาย (มีข้อคำถาม 4 ข้อ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่า .64

ในปี ค.ศ. 1982 มิเชลได้พัฒนาแบบสอบถามโดยการสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 4 ข้อ แล้วทำการวิเคราะห์ปัจจัยซ้ำ จำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามจึงมีเพิ่มขึ้นเป็น 34 ข้อ แล้วได้นำข้อคำถามมาจัดหมวดหมู่เพื่อวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นรายด้านใน 4 ด้าน ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ถูกนำมาใช้โดยผู้วิจัยหลายท่านในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน และได้ประโยชน์อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในปีเดียวกันนี้มีเชลได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเพิ่มขึ้นในทุกๆ ด้าน ผลการศึกษานี้จึงยืนยันความเที่ยงของแบบประเมินได้ดีขึ้น

ในปี ค.ศ. 1986 Mishel&Epstein (1990: 3) ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่ พบว่าแบบประเมินชุดนี้ยังคงมีปัจจัย 4 ด้านเช่นเดิมแต่ค่าความเที่ยงของข้อมูล ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคไม่คงที่ เมื่อนำหน้าหนักปัจจัยรายข้อ (Item Loading) โดยการยอมรับน้ำหนักปัจจัยที่มีค่าตั้งแต่ .30 ขึ้นไป พบว่าในแต่ละข้อมีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .39 ขึ้นไป หลังจากนั้นมีการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1989 มิเชลได้นำแบบประเมินมาวิเคราะห์ใหม่ โดยการตรวจหาคุณภาพความตรงทางโครงสร้าง (Construct Validity) ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักกันคืออยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่ต้องการประเมิน (Know groups technique) ผลการศึกษาเป็นไปตามโครงสร้างทฤษฎีที่คาดคะเนไว้โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค(Unpredictability) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ

การทดสอบหาความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) จากสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับความเครียดของผู้ป่วย เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดซึ่งสอดคล้องตามการทำนายของทฤษฎี

การทดสอบหาความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) เป็นการหาเกณฑ์มาตรฐานที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อทดสอบว่าแบบสอบถามนั้นๆ ประเมินได้ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยเลือกเป็นมาตรฐานมากน้อยเพียงใด มิเชลได้ใช้แบบสอบถามนี้ร่วมกับการประเมินความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาด้วยแบบทดสอบความจำ (Recall test) พบว่าการขาดความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษามีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของทฤษฎี

ในปี ค.ศ. 1990 มีการนำแบบสอบถามไปศึกษาในผู้ป่วยหลายๆ กลุ่ม เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม ผลคือคุณภาพของเครื่องมือคงเดิม และจากการศึกษาของมิเชล (1990: 11-12) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด จึงสามารถทำให้ทำนายความเครียดได้

2.แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา(Parent's Perception of Uncertainty Scale : PPUS)

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา มิเชลได้ดัดแปลงมาจากต้นฉบับเดิมที่ใช้สอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคต่างๆ (Mishel, 1981) ซึ่งวัตถุประสงค์ในการสร้างแบบสอบถามนี้ เพื่อประเมินถึงการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติที่ใกล้ชิดชดชวยเจ็บป่วย (Mishel, 1983: 330) สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีดังนี้

1. วิธีการทราบกลุ่มตัวอย่าง (Know groups method) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นที่รู้จักกันคืออยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่ต้องการจะประเมิน โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร กลุ่มตัวอย่าง 272 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ บิดามารดาที่มีบุตรรักษาทางอายุรกรรม 126 ราย ทางศัลยกรรม 96 ราย และที่รอการวินิจฉัย 50 ราย พบว่ามีความแตกต่างกันตามทฤษฎีที่คาดไว้ คือบิดามารดาที่บุตรกำลังรอการวินิจฉัยโรคมักจะเน้นการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม รองลงมาคือทางอายุรกรรมและศัลยกรรมตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความตรงตามโครงสร้างเป็นไปตามคาดหมาย

2. ความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) หรือการหาความสัมพันธ์ตามทฤษฎี จากสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของบุตร พบว่าระดับคะแนนการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการ ซึ่งสอดคล้องตามการทำนายของทฤษฎี

การหาความเที่ยง (Reliability) Mishel (1983) หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคกับบิดามารดา 347 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .91 รายด้านได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา เท่ากับ .87 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล เท่ากับ .81 ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ เท่ากับ .73 ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เท่ากับ .72

สำหรับประเทศไทย ได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดามาใช้ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องทางภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน รวมทั้งได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

กิตติกร นิลมานัด (2538) ได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา ที่วิมลวัลย์ วโรพาร ได้แปลไว้มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางสถิติ 1 ท่าน ใช้เกณฑ์ความเห็นพ้อง 3 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำแบบวัดไปทดลอง ใช้กับญาติผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 และนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง 43 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว

มิเชลมองว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถคุกคามโครงสร้างภายในบุคคลที่มีอยู่เดิมให้เกิดภาวะไม่สมดุล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความสับสนภายในระบบ (Mishel, 1990: 259) ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การประเมินตัดสินใจ ปัญหาของบุคคลจะลดลง และเพิ่มความรู้สึกอันตรายมากขึ้น (Mishel and Sorenson, 1991: 167) ซึ่งมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Braden, 1990: 42) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะเริ่มต้นเพียงส่วนหนึ่งของบุคคล ต่อจากนั้นก็กระจายเข้าสู่ระบบทั้งหมดของบุคคลแล้วส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้จะแทนที่รูปแบบการทำหน้าที่ปกติของ บุคคล ถ้าบุคคลสามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยจะไม่รุกรานไปยังส่วนอื่นๆ ของบุคคลและไม่รบกวนการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ใน กรณีที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยคงอยู่และไม่สามารถขจัดออกไปได้ บุคคลนั้นจะต้อง ดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้เพิ่มความสับสนภายในระบบ กระตุ้นให้ระดับความไม่มั่นคงเพิ่มมากขึ้น และสูญเสียการรับรู้ความหมายในเหตุการณ์ นอกจากนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ยังมีผลทำให้ไม่สามารถทำนายต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นใหม่ได้ ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่อยู่ในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ระหว่างการเจ็บป่วย เพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ ใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

มิเชลอธิบายว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของ สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบแล้วนำไปสู่การปรับตัว (Mishel, 1990: 257-259) จากการแลกเปลี่ยนภายในระบบไปยังสิ่งแวดล้อมจนมีการเปลี่ยนรูปแบบ ของความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่บุคคลจะสามารถคงไว้ซึ่ง ความรู้สึกนึกคิดใหม่ๆ นี้ผ่านแรงผลักดันจากแหล่งสนับสนุน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดใหม่ จนสามารถปรับตัวอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนเพื่อ

การดำรงชีวิตที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นได้ การปรับตัวจึงเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมที่บุคคลบรรลุความสมดุล หลังจากเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับขอบเขตของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย คือ ความสมดุล (Mishel, 1990: 257) ก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดี ในขณะที่ถ้าขอบเขตของบุคคลไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งด้านกาย จิตและสังคม

### การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

#### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen and Wills, 1985: 310-357) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ โดยช่วยแปลความหมายตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือ หรือการได้มีปฏิสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ ช่วยทำให้บุคคลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้องแล้วสามารถทำความเข้าใจให้ความกระจ่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (ณัฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร, 2539: 21) และการสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดเนื่องจากจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้สมาชิกในสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Wills, 1985: 310-357) ดังนั้นจึงมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

ไวส์ (Weiss, 1974: 17-26) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ

คอบบ์ (Cobb 1976: 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเข้าใจว่า มีคนรัก คนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน การมีโอกาสเล็งดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

ปิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่เฉพาะแต่การช่วยเหลือด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่รวมถึงความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

ทิลเดนและไวเนอร์ท (Tilden and Weinert, 1987: 614) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือทางด้านสังคม สิ่งของ เงินทองและแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

เหมือนฝัน มณีฉาย (2542: 41) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือระดับรองจากบุคคลในสังคมในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารบริการและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่พึงพอใจกับการที่มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม และรับรู้หรือรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับความช่วยเหลือระดับรองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ ความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในสังคม

#### แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย Norbeck, J.S. (1982) กล่าวว่า เมื่อคนเรามีปัญหาเกิดขึ้น จะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากคนในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน และเมื่อพิจารณาให้ละเอียดลงไปแล้ว จะพบว่าคนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้นจะเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม

แคปแลน (Kaplan, 1974: 4-7) กล่าวถึง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือกลุ่มคนที่ให้ข้อมูลป้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อทำให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริงและให้การช่วยเหลือ ให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งแคปแลนได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

1.2 ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาร่วมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม องค์กร ซึ่งไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ องค์กรลักษณะนี้ ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ สมาคมแม่หม้าย ตลอดจนองค์กรบางลักษณะที่รวมตัวกันตามประเพณีแบบแผนการดำรงชีวิต บางลักษณะของแต่ละชุมชน องค์กรและสมาคมเหล่านี้อาจดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นแบบอาสาสมัคร หรืออาจมีการช่วยเหลือที่ให้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก โดยมากความสัมพันธ์ที่บุคคลได้รับจากองค์กรลักษณะนี้ จะเป็นไปในรูปของการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลเกิดปัญหา เกิดความยุ่งยาก เกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

แมคเอลเวิน (MacElveen, 1978: 326-327) กล่าวถึง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า ครอบครัวหรือญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้งมีโอกาสดอกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ ข้อมูล ข่าวสาร และช่วยเหลือแก้ปัญหาและตัดสินใจให้แก่กันและกัน รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน

ปิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20) กล่าวถึง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า มีอยู่ทั่วไปในสังคมและเปลี่ยนแปลงได้ สำหรับด้านสุขภาพนั้นเห็นว่าการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งที่สำคัญและเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมีอยู่ตลอดเวลาในกระบวนการพยาบาล และควรมีการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพยาบาลทุกครั้ง

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531: 99-100) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด แต่ความต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีมากขึ้นน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤติย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล ในระยะหลังคลอด คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด



### ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าคุณคนนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับเกิดความภูมิใจและมั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ไวส์ (Weiss cited in Brandt and Weinert, 1987: 591) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง เป็นสัมพันธ์ภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย
2. ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังใจ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง
3. ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้
4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง เป็นการได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า เขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ
5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา และเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988: 13) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรค

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของ การบริการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ เนื่องจากเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลจะได้รับครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นการสนับสนุนที่ผู้ดูแลจะให้แก่บุคคลอื่นๆ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลจากแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ดังนี้ การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกห่วงใยกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในครอบครัว และรับรู้หรือรู้สึกที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ใกล้ชิด และความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกที่ตนเองมีคนรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2. ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Family Intregation) หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด คำสั่งใจ และกำลังคนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน

3. ด้านการมีโอกาสนับถือ หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสนับถือหรือรับผิดชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการและเป็นที่พักพิงของบุคคลอื่นได้

4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง เคารพ ชมเชยและเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Assistance) หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งการนำเครื่องมือแต่ละเครื่องมือมาใช้ต้องมีแนวคิดทฤษฎีเป็นแนวทาง ผู้วิจัยสามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ด้วยเครื่องมือหลายแบบ แล้วแต่ว่าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของท่านใดเป็นแนวทาง เช่น

1. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb) ซึ่งสร้างโดยแคปแลน (Caplan, 1979)
2. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn) ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ซึ่งสร้างโดย นอร์เบค (Norbeck, 1988)
3. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของไวส์ (Weiss) ที่เรียกว่าแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล The Personal Resource Questionnaire ซึ่งสร้างโดยแบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt and Winert, 1981)
4. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของทอยส์ (Thoists)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ของแบรนต์และไวเนิร์ต โดยจะสอบถามถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจของบุคคลซึ่งใช้แนวคิดของไวส์รวบรวมประเด็นหลักของการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครบถ้วน แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (The Personal Resource Questionnaire Part I) เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เป็นแหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือนั้น
2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part 2) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดแล้ว พบว่าเนื้อหาส่วนใหญ่มีความซ้ำซ้อนกัน จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่ 2 เท่านั้น เนื่องจากเป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคมได้หลายมิติ และเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ที่อธิบายว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Mishel, 1990: 257-259) โดยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนิร์ตนั้น ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว โดยการทดสอบความตรงตามการทำนาย (Predictive validity) ความตรงตามความพ้อง (Concurrent validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)

การทดสอบความตรงตามการทำนาย แบรินท์และไวเนิร์ท (1981) ใช้เครื่องมือดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning Index) และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) เฉพาะหมวดความเห็นพ้องกันของคู่สมรสและความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นตัวเกณฑ์ในการทดสอบกับคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 149 ราย พบว่า แบบวัดชุดนี้ มีความสัมพันธ์กับดัชนีการทำหน้าที่ของครอบครัว ( $r=.44, p<.001$ ) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ( $r=.30, p<.001$ ) และความพึงพอใจในคู่สมรส ( $r=.41, p<.001$ ) จึงสนับสนุนว่าแบบวัดชุดนี้ สามารถทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

การทดสอบความตรงตามความพ้อง กิบสันและไวเนิร์ท (1989) ใช้แบบสอบถามชุดนี้ ทดสอบความตรงตามความพ้องกับแบบประเมินชุดอื่นๆ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่า แบบสอบถามชุดนี้มีความสัมพันธ์กับแบบวัดการสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal Support Evaluation List) ( $r=.74, p<.001$ ) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale) ( $r=.50, p<.01$ ) และพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Inventory of Social Support Behavior) ( $r=.40, p<.001$ )

การทดสอบความตรงตามโครงสร้าง ไวเนิร์ท (1987) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมิน (Factor analysis) พบว่า แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพันและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 2) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน 3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหาความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบนี้พบว่าสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และสามารถแยกออกจากกันได้ แสดงถึงแบบวัดชุดนี้เป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensionality)

การทดสอบความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ไวเนิร์ท (1987) นำแบบประเมินชุดนี้ไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .89 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนมเท่ากับ .73 ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .78 ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เท่ากับ .71

สำหรับประเทศไทย ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรินต์และไวเนิร์ท โดยจิรา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดทั้งชุด .85 ร่วมกับการหาความคงที่ของแบบสอบถามด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) กับกลุ่มนักศึกษาเทคนิคปีที่ 1 จำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ .62 จากนั้นได้ปรับภาษาให้มีความชัดเจน

ยิ่งขึ้นแล้วนำไปให้พยาบาลผู้ชำนาญการ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ท้ายสุด ได้หาความเที่ยงกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .90

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) ได้นำแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของ แบรนต์และไวเนิร์ท มาใช้ในผู้ดูแล ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) มาทดสอบความคงที่ของแบบสอบถามชุดนี้ด้วยการทดสอบซ้ำ กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมอง และไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าความสัมพันธ์ .90 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มีการปรับปรุงแล้ว ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล จำนวน 104 ราย แล้วหาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .91 รายด้านมีดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนมเท่ากับ .74 ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .67 ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .82 ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .73 ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เท่ากับ .83

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากสังคมของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2535) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ดูแล แต่ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงในส่วน ของข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้ดัดแปลง ลักษณะคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม สะดวกและไม่เกิดการสับสนในการวิเคราะห์คำตอบ เนื่องจากแบบสอบถามชุดอื่นเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ

### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัว

มิเชล (Mishel, 1990: 256-262) อธิบายถึง การสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการปรับตัว ภายใต้อารมณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า

1. ผลทางตรง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุม สถานการณ์และลดความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา ทำให้ความเข้มข้นในความรู้สึกไม่แน่นอนที่ สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเบาบางลงและลดปฏิกิริยาของการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทำให้ความรู้สึก ไม่แน่นอนนั้นไม่สามารถรุกรานไปยังด้านอื่นๆ ของบุคคลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงไม่สามารถขัดขวางรูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลให้สามารถคงภาวะสมดุลไว้ได้ หากว่าความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานไม่ถูกลดให้เบาบางลง ปฏิกิริยาในระบบจะเพิ่มขึ้น โดยปฏิกิริยาตอบกลับในตัวของมันเอง ก่อให้ความเข้มข้นของความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับ

ความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และมีการขยายไปยังส่วนอื่นๆ ภายในบุคคลเกินขอบเขตขีดจำกัดของบุคคล ส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลได้ บุคคลไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2. ผลทางอ้อม การสนับสนุนทางสังคมช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิตในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนที่อยู่ภายในบุคคลสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลไปสู่ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตจากมุมมองใหม่ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีความซับซ้อนมากกว่า นำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอน โดยที่มุมมองของชีวิตใหม่นี้จะสามารถพัฒนามาจากการแลกเปลี่ยน และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอก มามีอิทธิพลในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ต้องดำเนินชีวิตกับความเจ็บป่วยและความไม่มั่นคงแน่นอน ในภาวะปกติบุคคลจะรวบรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเองประสบเข้าไปในโครงสร้างภายในบุคคล แล้วจึงพยายามรวบรวมให้เป็นหนึ่งเดียวกันและทำการประเมินใหม่ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะมีการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผสมผสานกลมกลืนจนเป็นหนึ่งเดียว กระบวนการนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าบุคคลมีมุมมองความจริงในแนวคิดของ Mechanistic Paradigm ที่ความรู้สึกไม่แน่นอนต้องได้รับการจัดไปอย่างเด็ดขาดแต่สามารถได้รับการส่งเสริมได้ในบุคคลที่มีมุมมองความจริงในแนวคิดความน่าจะเป็น (Probabilistic and Conditional Paradigm) ที่ยอมรับว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความจริงตามธรรมชาติ เป็นห่วงหวนองของธรรมชาติของการดำเนินโรคและสามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ จะละทิ้งความต้องการการคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน ทำให้พบทางเลือกที่มีทางเป็นไปได้หลากหลาย โดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาการของมุมมองของบุคคลต่อความจริงที่ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่มิได้อยู่โดยธรรมชาติ และการดำเนินชีวิตไม่สามารถกำหนดได้อย่างเที่ยงตรงและแม่นยำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จากการสนับสนุนจากครอบครัวเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่มีการเปิดเผยผลเลือดให้สังคมรับรู้เพราะกลัวถูกสังคมรังเกียจ นำความเสื่อมเสียมาสู่วงศ์ตระกูล กลัวถูกไล่ออกจากงาน เพื่อนฝูงและเจ้านายไม่ยอมรับ กลัวถูกชุมชนนิทาว่าร้ายจากคนรอบข้างอายุขยาอย่างเจ็บๆ ดีกว่าคิดว่าจะออกไปก็ไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ (ลดาวัลย์ สนวนาม, 2536: 169; Laryea and Gien, 1993: 253) จากการศึกษานี้ของซันจิตต์ เพชรชาติและคณะ (2537) ยังพบว่าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างไม่รังเกียจจากญาติพี่น้องในครอบครัวมากที่สุด โดยผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนสิ่งต่างๆ จากครอบครัว ผู้ดูแล

จะแสวงหาแหล่งสนับสนุนตามระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่แหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลต้องการตลอดเวลาและสำคัญที่สุดคือ ครอบครัว (พวงเพ็ญ ชุณหปราณและคณะ, 2539: 24) ครอบครัวมักปกป้องถึงการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความลับ (Flaskerud, 1987) นอกจากนี้จริยาวัตร คมพักษณ์ (2531: 100) กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรเกสซ์ (2537) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น พบว่า สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแก่คนในชุมชนว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ในบ้าน เพราะยังปรากฏว่าเมื่อเปิดเผยไปแล้วเพื่อนบ้านรังเกียจแต่ต้องการให้บุคคลในครอบครัวรับทราบเพื่อจะได้เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ และช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่สำคัญในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1983) เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง และมีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลในการขยายขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคลต่อความสามารถในการปรับตัว (Mishel, 1990: 257) และยังส่งผลทางอ้อมในการปรับเปลี่ยนมุมมองของความจริงในชีวิตที่ยึดมั่นกับความแน่นอน และความสามารถในการคาดการณ์เหตุการณ์ได้เป็นอย่างดี ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรุนแรงของอาการไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ดูแลมองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิต ร่วมกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถเข้าใจรูปแบบอาการแสดงชัดเจนขึ้นสามารถเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ดีขึ้น ซึ่งนำมาสู่ความสมดุล ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดทำให้มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Cohen and Wills 1985: 310; Mishel and Braden, 1987: 55-57)

#### ระยะเวลาของการดูแลกับการปรับตัว

ระยะเวลาของการดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของรูปแบบของตัวกระตุ้น (Stimuli Frame) ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) (Mishel, 1988) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาของการดูแลมีผลต่อการปรับตัวทางอ้อม โดยส่งผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นจากความคุ้นเคยกับสถานการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ จนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเคยชิน เกิดการรับรู้และให้ความหมาย คาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลให้มีการ

ปรับตัวดีขึ้น (Mishel, 1983) แบบแผนอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์และอาการจากเหตุการณ์เดิมได้ดี (กิตติกร นิลมานัต, 2537: 18) มีผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลน้อยลง เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลยังมีผลโดยตรงต่อการปรับตัว ในการที่ผู้ดูแลจะสามารถประเมินเหตุการณ์ หรือมีประสบการณ์ในเหตุการณ์ที่ตนเองเคยเจอเมื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์นั้นได้ดี ดังการศึกษาของ Zerit et al., (1986) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เพราะการเป็นผู้ดูแลใหม่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมาก เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลได้มีโอกาสปรับตัว มีพัฒนาการในการเผชิญปัญหาและมีการพัฒนาจิตใจมากขึ้นด้วย แต่ในบางงานวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเพิ่มบทบาทในการดูแล (Role Burden) ได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2538) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อการปรับตัวในทางลบของผู้ดูแล นั่นคือ ระยะเวลาของการดูแลยังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ขัดแย้งกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาของการดูแลกับการปรับตัวเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำมาทำนายนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

#### จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลกับการปรับตัว

จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในรูปแบบของตัวกระตุ้น (Stimuli frame) ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของรูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีอาการรุนแรงเป็นบางครั้ง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง นั้นแสดงให้เห็นว่าอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและรุนแรง ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรุนแรงและมีความต่อเนื่องของอาการที่ปรากฏ เป็นการเพิ่มความกดดันให้กับผู้ดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้และให้ความหมายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลง ไม่นั่นนอน โดยมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เพราะการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (นิตยา ปัญจจิตติ, 2539: 16-17) ผู้ดูแลเกิดความคลุมเครือไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาคร พุทธปานและคนอื่นๆ (2528:54) ที่พบว่าญาติของเด็กป่วย



โรคธาลัสซีเมียที่มีระดับความเครียดสูงสุด คือญาติที่ต้องพาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุกเดือน และเด็กเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

จากการทบทวนเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ายังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยขอเสนอผลจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆดังกล่าวตามลำดับดังนี้

Mishel et al (1984) ได้ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการปรับตัว ด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 54 ราย วัดตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel วัดการมองโลกในแง่ดีของ Beck แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมองโลกในแง่ดีต่ำ และมีปัญหาการปรับตัวในด้านเจตคติที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ไม่กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมและจิตใจเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อการปรับตัวได้ร้อยละ 36

Northouse (1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและสามี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกเป็นครั้งแรกจำนวน 50 ราย และสามี 50 ราย ทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมโดยแบ่งเป็นจาก คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน พยาบาล เจ้าหน้าที่ และประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและสามีบอกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน พยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวของสามีและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ผลของการวิจัยเสนอแนะให้มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเพื่อรักษาระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล

Cristman (1990) ได้ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอน ความหวัง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมสุขภาพ ต่อการปรับตัวทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 15 ราย มะเร็งมดลูก 12 ราย มะเร็งถุงอัณฑะ 5 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 5 ราย มะเร็งศีรษะและคอ 3 ราย มะเร็งเต้านม 10 ราย และมะเร็งที่อื่นๆ 5 ราย ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล (Mishel,1981) เครื่องมือวัดความสิ้นหวังของเบคและคณะ (Beck et al.,1974) เครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยปรับมาจากเครื่องมือของแมคคอร์คีย์และยัง (McCorkle & Young,1978) ความสามารถในการควบคุมสุขภาพวัดโดยใช้เครื่องมือของแครนซ์และคณะ (Krantz et al.,1980) เครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตของเดอโรเกดิส และโลเปส วัดตัวแปรทั้งหมดดังกล่าว 3 ครั้ง คือ ก่อนฉายรังสี วันที่ 15 ขณะฉายรังสี และวันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตในวันที่ 15 ขณะฉายรังสี ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวังและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากและมีความหวังน้อยจะมีปัญหาในการปรับตัวทางจิต ส่วนความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับตัวทางจิตต่อการรักษายุ่งยากมากขึ้น

Bennett S.J., (1993) ได้ทำการศึกษาโดยการทดสอบทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับภาวะคุกคาม ในการเผชิญปัญหา การปรับทางด้านอารมณ์ ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย จำนวน 81 ราย วัดตัวแปรต่างๆ รายการประเมินการสนับสนุนระหว่างบุคคล แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ภาวะคุกคามวัดโดยใช้คำถามปลายเปิด ซึ่งประเมินโดยการให้คะแนนคำตอบจากเกณฑ์ของลาซาลัสและโพล์คแมน แบบสอบถามการเผชิญปัญหา การปรับทางด้านอารมณ์วัดโดยใช้ The Bipolar Profile of Model State (POMS-BI) แบบสอบถามประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาของแมคเนตต์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะคุกคาม ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา การปรับทางด้านอารมณ์ สถานภาพสมรส รวมทั้งระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล สามารถทำนายประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับทางด้านอารมณ์เป็นผลมาจากภาวะคุกคามไม่ใช่การเผชิญปัญหา ภาวะคุกคามไม่ได้มีผลทางตรงต่อการเผชิญปัญหา และการเผชิญปัญหาไม่ได้มีผลทางตรงต่อประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา

Moser D.K. et al. (1993) ได้ศึกษาตัวแปรที่ใช้ทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยซิสเทมิกสเคอโรสิส (Systemic sclerosis) จำนวน 94 ราย วัดตัวแปรต่างๆ ด้วย แบบสอบถามการปรับตัวในการเจ็บป่วย (PAIS) แบบสอบถามในการประเมินภาวะสุขภาพ (HAQ) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวเนิร์ท ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพที่เข้มแข็งของพอลล็อก แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัว ได้แก่ ระดับการศึกษา ความไม่สามารถในการทำหน้าที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและการสนับสนุนทางสังคม

เฟิง เซียนจง (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาหลังการผ่าตัด และการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลองเสียง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลองเสียง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลองเสียงที่ได้รับการจำหน่ายจากแผนกหู คอ จมูก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จีน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 70 ราย วัดตัวแปรต่างๆ ด้วย แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวเนิร์ทที่ดัดแปลงโดยหยาน แบบวัดการปรับตัวหลังการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในระดับปานกลาง ระยะเวลาหลังการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลองเสียงได้ร้อยละ 34

สายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรค และผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว วัดตัวแปรต่างๆ ด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย และความหวังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว นอกจากนี้ยังพบว่า ความหวัง เพศ และระยะเวลาที่เป็นโรค สามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ ร้อยละ 37.97

ราตรี เทียงจิตต์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์จำนวน 100 ราย วัดตัวแปรต่างๆ ด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส และแบบวัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนจากคู่สมรส ระดับความรุนแรงของโรค อธิบายความแปรปรวนการปรับตัวได้ร้อยละ 29.63

วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้ศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าพักรักษาตัวในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1983) และแบบวัดวิธีเผชิญความเครียดของจาโลวิก (Jalowiec, 1987) ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอน การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดา-มารดาโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา นอกจากนี้ ระยะเวลาการศึกษา การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรและวิธีการเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ดังเครียด สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกโดยทั่วไปได้ร้อยละ 38.81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม จำนวน 130 ราย ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 ของเซฟเฟอร์ คอยน์และลาซาร์ส กับเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck) เครื่องมือประเมินการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติส (Derogatis) และเครื่องมือประเมินภาวะไม่สุขสบายของไวสมาน วอร์ดเอน และโซเบล (Weisman, Wordent and Sobel) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำจะมีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และมีการปรับตัวที่ดี

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 ราย โดยใช้เครื่องมือประเมินการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยซึ่งตัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินของเคอโรเกดิสและคณะ เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคของเพลและคณะ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำจะสามารถปรับทางจิตสังคมได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง ทำให้มีการปรับทางจิตสังคมไม่ดี

วนิดา ยืนยง (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด จำนวน 180 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb,1976) และ เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer,et al.,1985) และแบบประเมินการปรับตัวของมารดาตามแนวคิดของ รอย (Roy,1991) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม อาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา จำนวนบุตร อายุของบุตรและระยะเวลาการเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด คือ การสนับสนุนทางสังคม

กิตติกร นิลมานัต (2538) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 43 ราย ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1983) และแบบสอบถามการเผชิญปัญหาของจาโลวิก (1987) ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคได้ และใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาหนักที่สุด ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 210 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปรับตัวโดยรวมในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปรับตัวในระดับดีทุกด้าน ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างมาก และมีการปรับตัวในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียระดับค่อนข้างดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบุตร ระดับการศึกษาของมารดาและอายุบุตร สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

สุณี สุพรรณพสุ (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของคอปป์และจาคอบสัน แบบสอบถามการปรับตัวสร้างแบบสอบถามตามแนวคิดของลาซารัสและโฟคแมน ผล

การวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 52.2

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรุนแรงของอาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้ฐานแนวคิดจากแบบวัดความเจ็บปวดแบบช่อง 11 คะแนน ของเจนเซนและคณะ (Jensen et al., 1986 อ้างถึงใน พรนิภา ลิละธนาฤกษ์, 2542:29) วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล-ลบบัมซุมชน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวเนริท แบบสอบถามการปรับตัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการปรับตัวของเคอโรเกติส ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และความรุนแรงของอาการสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 65

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการนำงานวิจัยอื่นมาสนับสนุน เนื่องจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวจะต้องส่งผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แต่มีนักวิจัยบางท่านได้ศึกษาพบว่า มีบางปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปรับตัว จึงได้นำงานวิจัยเหล่านั้นมาสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ จากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสรุปได้ว่า การที่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนเองดูแลติดเชื้อเอชไอวี จะส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญและปรับตัวให้ได้ในการดูแล แต่การที่ผู้ดูแลจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับประกอบหลายประการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ความสามารถของระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า

หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้ จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ที่มา : ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1983)