

การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ  
และระยะที่ปรากฏอาการ



นางสาวอรุณ แก้วเกตุ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3089-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A COMPARATIVE STUDY OF ADAPTATION IN PERSONS WITH HIV INFECTION  
DURING ASYMPTOMATIC AND SYMPTOMATIC PERIODS

Miss Arun Kaewket

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-3089-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์      การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่  
ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ  
โดย                              นางสาวอรุณ แก้วเกตุ  
สาขาวิชา                      พยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
อาจารย์ที่ปรึกษา              ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรุณ แก้วเกต : การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ. (A COMPARATIVE STUDY OF ADAPTATION IN PERSONS WITH HIV INFECTION DURING ASYMPTOMATIC AND SYMPTOMATIC PERIODS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 115 หน้า ISBN 974-17-3089-6

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตรรกาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตรรกาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษา ณ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 180 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตรรกาป แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดการปรับตัว โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 .88 .81 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ( $\bar{X} = 2.42$ ) และระยะที่ปรากฏอาการ ( $\bar{X} = 2.11$ ) อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตรรกาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้ที่เป็นตรรกาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ( $r = -.402, -.509$  ตามลำดับ) และในระยะที่ปรากฏอาการ ( $r = -.276, -.402$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการได้ร้อยละ 25.90 และมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการได้ร้อยละ 16.20 โดยมี สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ =  $-.509$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการ =  $-.402$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

สาขาวิชา            พยาบาลศาสตร์            ลายมือชื่ออนิสิต.....  
ปีการศึกษา            2545            ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....



# # 4477627836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HIV / SEVERITY OF ILLNESS / STIGMATIZATION / UNCERTAINTY / ADAPTATION

ARUN KAEWKET: A COMPARATIVE STUDY OF ADAPTATION IN PERSONS WITH HIV INFECTION DURING ASYMPTOMATIC AND SYMPTOMATIC PERIODS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph. D., 115 pp. ISBN 974-17-3089-6

The purposes of this research were to examine the severity of illness, stigma perception, uncertainty in illness and to study the relationships between the severity of illness, stigma perception, uncertainty in illness, and adaptation of HIV patients during asymptomatic and symptomatic period. Participants were a group of 180 patients in Bumrashnaradual Hospital. Data were collected through the use of five instruments namely; demographic data form, severity of illness scale, stigma scale, uncertainty in illness scale and adaptation questionnaires. The questionnaires were tested for content validity by a panel of experts. Alpha Cronbach coefficients were .82, .88, .81, and .86 respectively. The data were analyzed by using independent t-test, Pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple regression.

Major findings were as follows:

1. Adaptation in persons with HIV infection at asymptomatic period ( $\bar{X} = 2.42$ ) and in persons with HIV infection symptomatic period ( $\bar{X} = 2.11$ ) were at moderate level.
2. The severity of illness, stigma perception, uncertainty in illness and adaptation in persons with HIV infection at asymptomatic period and in persons with HIV infection symptomatic period were statistically significantly different at the level of 0.05.
3. The relationships between stigma perception, uncertainty in illness and adaptation in persons with HIV infection at asymptomatic period ( $r = -.402$  and  $-.509$  respectively), and in persons with HIV infection symptomatic period ( $r = -.276$  and  $-.402$  respectively) were statistically significant at the level of 0.05.
4. Uncertainty in illness was the variables that significantly predicted adaptation at the level .05 in both periods. The predictive power was 25.90% at asymptomatic period, and 16.20% at symptomatic period.

Adaptation of persons with HIV infection at asymptomatic period =  $-.509(\text{uncertainty in illness})$

Adaptation of persons with HIV infection at symptomatic period =  $-.402(\text{uncertainty in illness})$

Field of study	Nursing Science	Students' signature.....
Academic	2002	Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อคำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอด

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรม สั่งสอนด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านดังรายนามในภาคผนวก ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร หัวหน้าศูนย์วิจัยสถาบันบำราศนราดูร เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำราศนราดูรทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังขาลย์ และผู้ติดต่อขอใช้วิทยุทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนเพื่ออุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

อรุณ แก้วเกตุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	
13	
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเอดส์.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว.....	17
ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุปลผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปลผลการวิจัย.....	66
การอภิปรายผลผลการวิจัย.....	68
ข้อเสนอแนะ.....	78
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	92
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	100
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	109

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	47
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ.....	59
3	การเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.....	60
4	การเปรียบเทียบความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .....	61
5	การเปรียบเทียบการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .....	62
6	การเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .....	63
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ.....	64
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์( $R^2$ ) ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ.....	65

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังไม่มียารักษาหาย มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว สำหรับในประเทศไทยสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2545 มีจำนวน 285,517 ราย และเสียชีวิต 65,469 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 78.10 อยู่ในวัยทำงาน และมีอายุระหว่าง 20-39 ปี (กองระบาดวิทยา, 2545) ซึ่งเป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ต้องสูญเสียบุคคลเหล่านี้ไปก่อนวัยอันควร และส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทำให้บุคคลต้องปรับตัว การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน เช่น การปรับตัวด้านร่างกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการอาจไม่เด่นชัด เนื่องจากหลังจากที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วอาการของโรคจะไม่ได้ปรากฏทันที (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541: 11) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ยังคงสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545) แต่อย่างไรก็ตามการได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี ยาที่ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็ง สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้เกิดอาการปวดศีรษะ การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ และรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว และน้ำหนักลดได้ (Brashers et al., 1998: 70)

ส่วนในระยะที่ปรากฏอาการ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกทำลายไปเป็นจำนวนมากเป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมามากมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในการปรับตัว จากการศึกษาพบว่าปัญหาการปรับตัวทางด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ ปัญหาด้านโภชนาการ การขับถ่าย น้ำหนักลด การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน และการตอบสนองความต้องการทางเพศ (จริยา จิตะฐาน, 2539: 122; พายัพรัตน์นราทร และคณะ, 2544: 206; Berk, Baigis-Smith and Nanda, 1995: 647-649, 662-663)

สำหรับการปรับตัวทางด้านจิตสังคมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการในระยะแรกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วมักจะรู้สึกตกใจ ใจหาย ซึมเศร้า คิดมาก เครียด โกรธ ปฏิเสธความจริง สับสน เสียใจ ขาดกำลังใจในการดำเนินชีวิตและอาจคิดฆ่าตัวตาย (ธารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย, 2544; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541: 87; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998; Katz, 1996: 53) เมื่อระยะเวลาผ่านไปช่วงหนึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายมี

การปรับตัวดีขึ้น มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความมุ่งมั่นในการทำงาน วางแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ไม่ตกอยู่ในภาวะอารมณ์ที่เศร้าโศกเสียใจ วิตกกังวลหรือซึมเศร้าตลอดเวลา (สุรรัตน์ ตรีมรรคา, 2539; สมมาตร พรหมภักดี, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538: 77)

ส่วนการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการนั้นพบว่าเมื่ออาการของโรคปรากฏมากขึ้นทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป (Hudson et al., 2001: 67) เพิ่มความหดหู่ ท้อแท้ใจ ผู้ป่วยมักแยกตัวเองออกจากสังคม ปกปิดตนเอง ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ต้องออกจากงาน เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ บทบาทหน้าที่ของตนเองต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว หารายได้จุนเจือครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย เป็นภาระและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตาย (พ่ายพ์ รัตน์นราทร และคณะ, 2544: 206; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998; Korniewicz, O'Brien and Larson, 1990: 14; Miller, 1995: 199)

จากข้อความดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ อาจมีการปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว ได้แก่ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นต้น (ขวัญตา บาลทิพย์และคณะ, 2545; บังอร ศิริโรจน์และคณะ, 2537; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุธีรา สุนทรกุล, 2536; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998; Gaskins and Brown, 1992; Miller, 1995; Siegel and Krauss, 1991; Weitz, 1989)

**ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อความเจ็บป่วยของตนเองว่ามีอันตรายมากน้อยเพียงใด และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; Mishel, 1984) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการบางรายจะรับรู้สุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงและตนเองยังสามารถทำงานและดำรงชีวิตได้ตามปกติ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545) แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการบางรายที่รับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก อาจเกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกายทำให้เมื่ออาหารนอนไม่หลับ บางรายคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ร้ายแรง เป็นการเตือนให้ระลึกถึงความตาย เป็นสิ่งที่บั่นทอนการไปสู่เป้าหมายในอนาคต ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิต และมีการปรับตัวที่ไม่ดี (จามจุรี แซ่หลู่, 2543)

จากการศึกษาของ Bova (2001: 217) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการจะมีการรับรู้ประสพการณ์การเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการปรับตัวถึงร้อยละ 28 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้



ความเจ็บป่วยของตนไม่รุนแรงพบว่ามี การปรับตัวดี ซึ่งผู้คิดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยพบร้อยละ 27 และเป็นกลุ่มคนที่มีความรู้ดีเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดี และคิดว่าการดูแลตนเองที่ดีทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถรักษาได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกประมาณร้อยละ 70 จะรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสูงมาก และส่งผลด้านลบกับการปรับตัว บางรายเลือกที่จะจบชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมาน (ขวัญดา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์ และคณะ, 2534; สุธีรา ชุ่มตระกูล, 2536)

**การรับรู้ที่เป็นตราบาป** ตราบาปเป็นมโนคติที่กว้างและมีหลายมิติ เป็นศูนย์กลางของปัญหาที่มีความสำคัญ ซึ่งเกิดจากการกระทำที่ผิดไปจากบรรทัดฐานของสังคม การคิดเชื่อเอชไอวีเป็นเหมือนรอยมลทิน เป็นตราหรือสัญลักษณ์ที่ติดตัวอยู่ตลอดเวลา (Goffman, 1963) นอกจากนี้ประชาชนทราบว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ไม่มียารักษาให้หาย และอาการของผู้ป่วยที่น่าเกลียดน่ากลัว ทำให้ไม่สามารถที่จะลบล้างภาพความน่าเกลียดน่ากลัวของโรคเอดส์จากสังคมได้

การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ระยะนี้แม้บุคคลทั่วไปจะยังไม่รู้ว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการคิดเชื่อเอชไอวีเนื่องจากยังไม่มีอาการของโรคปรากฏ แต่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางรายจะรู้สึกว่าคุณเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกว่าเป็นคนผิดเป็นคนไม่ดีอยู่ตลอดเวลา (ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544) ส่งผลต่อการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวการถูกปฏิเสธ ดังนั้นจึงแยกตัวเอง ปิดบังสถานภาพการคิดเชื่อเอชไอวี การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง (Alonzo and Reynolds, 1995) ผู้คิดเชื่อเอชไอวีไม่กล้าบอกความจริงกับใคร แม้กระทั่งคนใกล้ชิด กลายเป็นคนหวาดระแวง ไม่กล้าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากนัก ทั้งที่ตนเองอยากจะเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี บางรายมีอาการซึมเศร้า เมื่ออาหารและขาดสมาธิในการทำงาน (Siegel and Krauss, 1991) แต่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางรายอาจเลือกที่จะเปิดเผยกับบุคคลที่คิดว่าสามารถที่จะเป็นกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งและเก็บความลับได้ เช่น บางรายเปิดเผยกับภรรยา บางรายเปิดเผยกับมารดา ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการปรับตัวที่ดีและใช้เวลาในการปรับตัวไม่นาน (สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุธีรา ชุ่มตระกูล, 2536)

การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการ ในระยะนี้ภาพลักษณ์ที่ปรากฏจะเป็นในลักษณะที่น่าเกลียดน่ากลัว มีแผลพุพองตามตัว หรือผิวหนังมีรอยโรคเป็นสีดำ ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อย น้ำหนักลด ผอมจนเห็นหนังติดกระดูก ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าสิ่งไม่ดีได้ปรากฏออกมา บังแสดงให้เห็นว่ามีตราบาปอย่างเด่นชัด (ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538) เป็นเครื่องหมายของการทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้เกิดคำหยาบ หรือมีมลทินกับตนเอง ได้รับการรังเกียจ การดูหมิ่นเหยียดหยาม การถูกปฏิเสธ และแยกตัวเองมากขึ้น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีส่วนใหญ่จะประสบปัญหาการงาน การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่พบว่า ถูกไล่ออกจากงาน ให้ย้ายที่อยู่ใหม่ ถูกวิครอนสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้



จากสังคม ส่วนการปรับตัวด้านจิตสังคมพบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึมเศร้า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ความฝันความหวังพังทลาย และหมดโอกาสในสิ่งที่ตนเองหวังไว้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางรายเลือกที่จะจบชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ทรมานต่างๆ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี และคณะ, 2534; Alonzo and Reynolds, 1995)

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 65 (สุมาพร บรรณสาร, 2545) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการพบว่าทั้ง 2 ระยะนี้มีความแตกต่างกัน คือ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (อรพิน เกตุแก้วมณี, 2541) ส่วนผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (Molassiotis, 2001)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ พบว่าเกิดจากการที่ไม่ทราบว่าจะชีวิตจะเป็นอย่างไรในอนาคต ความไม่คุ้นเคยเกี่ยวกับการมารับการรักษา และขั้นตอนการมารับบริการต่างๆ ภาษาทางการแพทย์ที่ใช้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่หลายแห่งที่ไม่ตรงกัน (สุรรัตน์ ตริมรรคา, 2539) ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกิดความสับสน ขัดแย้ง เครียด วิตกกังวล หวาดกลัว และเกิดความทุกข์ทรมานใจ (Gaskins and Brown, 1992: 118) ซึ่งเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่ส่งไปด้านร่างกายทำให้มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (ธารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย, 2544)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ พบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีระยะนี้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ได้รับ ไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุอะไร เกิดจากโรคหรือเกิดจากการได้รับยา ความไม่มั่นใจว่าการรักษาที่ได้รับจะได้ผลมากน้อยเพียงใด ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษามีการเปลี่ยนแปลงบ่อย อาการต่างๆ ที่ปรากฏออกมาทำให้ไม่มั่นใจว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานเพียงใด จะมีใครมาดูแลหรือไม่ ไม่มั่นใจว่าจะสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ได้หรือไม่ จะตายอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนี้ทำให้หลายคนคิดมาก และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีคิดฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา (สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; Brashers et al., 1998; Miller, 1995; Weitz, 1989)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ของประเทศไทยพบว่าในช่วงแรกๆ จะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ การศึกษา

แบบแผนทางจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปรับตัวของผู้ชายต่อการเกิดโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ การเผชิญสภาพ การติดเชื้อเอชไอวี (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2536; บังอร ศิริโรจน์ และคณะ, 2537; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ, 2534; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุรรัตน์ ตรีมรรคา, 2539) สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณนั้นพบว่าการศึกษากการ ปรับตัวมีทั้งหมดจำนวน 4 เรื่อง และเป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy) เพียง ทฤษฎีเดียว (นงนุช เซาว์นศิลป์, 2540; ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540; สุทธิพร ใจแก้ว, 2540; อังคณา สิริยาพร และคณะ, 2538) ส่วนการศึกษาการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละระยะยังไม่มีใน ประเทศไทย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวพบว่ามีการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการสนับสนุน จากครอบครัว การเผชิญความเครียด ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ที่เป็น ตราบาป บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีจำนวนอย่างละ 1 เรื่อง แต่ปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบว่ามีในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเลย ซึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศพบว่าปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดขึ้นตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998; Weitz, 1989)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังประสบปัญหาในการ ปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏ อาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน และนอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของความ เจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในแต่ละระยะจะมีความ แตกต่างกันในด้านสาเหตุและระดับความมากน้อยของแต่ละปัจจัย ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวที่ แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัว ความสามารถในการ พยากรณ์การปรับตัวของปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อการปรับตัว และเปรียบเทียบความสามารถในการ พยากรณ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านว่ามีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การ พยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวที่ดียิ่งขึ้น

## คำถามการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ เป็นอย่างไร
2. การปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการหรือไม่ อย่างไร
4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการได้หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการกับระยะที่ปรากฏอาการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับ การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ
4. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการจากปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายการปรับตัวโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus และ Folkman (1984) การรับรู้ที่เป็นตราบาปใช้แนวคิดของ Alonzo และ Reynolds (1995) ความรุนแรง

ของความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988, 1990) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

**ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** มีผลต่อการปรับตัวและสามารถทำนายการปรับตัวได้ Mishel (1988) กล่าวว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งในกรอบของตัวกระตุ้น (Stimuli frame) ในรูปแบบของอาการ (Symptom pattern) ที่ก่อให้เกิดการรับรู้และแปลความหมาย ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงจะทำให้ ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ว่าเป็นอย่างไร การประเมินตัดสินสถานการณ์มักจะทำให้ได้ดีและนำไปสู่การปรับตัวที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยมากเกินไปเกินความเป็นจริง หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายจะทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนว่าไม่รุนแรง และคิดว่าสามารถรักษาหาย ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต แต่สำหรับผู้ที่รับรู้ความเจ็บป่วยว่ารุนแรงทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี เกิดความรู้สึกวิตกกังวลหวาดกลัว สูญเสีย คิดมากกินไม่ได้นอนไม่หลับ เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง ขาดสมาธิในการทำงาน และไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; จามจุรี แซ่หลู่, 2543; ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544; สุธีรา สุนทรกุล, 2536)

**การรับรู้ที่เป็นตราบาป** ตราบาปมีผลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวและสามารถทำนายการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 38 (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540) การรับรู้ที่เป็นตราบาปเป็นความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต่อตนเองว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เป็นที่ไม่พึงปรารถนาของสังคม ได้รับการรังเกียจเหยียดหยามจากผู้คน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในโครงสร้างของแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Structure provider) ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่ง Mishel (1988) กล่าวว่า โครงสร้างของแหล่งประโยชน์ที่ให้การสนับสนุนจะช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งต่างๆ ดีขึ้น ก่อให้เกิดความเข้าใจ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และมีการปรับตัวดี แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้นักชดเกิด การรับรู้ที่เป็นตราบาป ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งกับสังคม ไม่อยากขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากใคร และมีการปรับตัวที่ไม่ดี (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540; Alonzo and Reynolds, 1995; Berger, Ferrans and Lashley, 2001; Brashers et al., 1998) เช่น Berger, Ferrans and Lashley (2001) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และมักมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** Mishel (1981: 258-259; 1984: 171; 1988: 225-232; 1990: 256-262) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่เกิดจากที่บุคคลไม่สามารถอธิบาย ให้ความหมาย หรือตัดสินใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถทำนายผลของการเจ็บป่วยได้ เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเข้าสู่ระบบภายในของบุคคลจะขัดขวางการรับรู้ การใช้สติปัญญา การกระทำ ซึ่งส่งผลลัพธ์คือการปรับตัว

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (อรพิน เกตุแก้วมณี, 2541) และจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงในด้านการขาดความคุ้นเคยของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี และการขาดความสอดคล้องของเหตุการณ์จากการรักษาที่ไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้ ถ้าหากบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษามากมายที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Molassiotis, 2001: 319)

**ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ** การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละระยะแล้ว ระยะการดำเนินของโรคมียังมีผลต่อการปรับตัว เนื่องจากระยะของโรคที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดความแตกต่างของปัจจัยแต่ละปัจจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยมีอาการรุนแรงจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้คิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; วิชาญ วิทยาศัย และประครอง วิทยาศัย, 2540; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; Bova, 2001: 220; Servellen, Nyamathi and Mannion, 1989:16-21)

**การรับรู้ที่เป็นตราบาป** ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้ถึงตราบาปน้อยกว่าผู้ติดเชื้อในระยะที่ปรากฏอาการ ซึ่งตราบาปส่วนใหญ่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการนี้จะเกิดจากความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนตราบาปที่ได้รับจากสังคมนั้นยังไม่เกิดขึ้น สำหรับในระยะที่ปรากฏอาการการรับรู้ที่เป็นตราบาปจะเกิดขึ้นมากมายเนื่องจากอาการแสดงของโรค และการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคม และเป็นการคอยย้ำถึงสิ่งที่ไม่ดีได้ปรากฏออกมา ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะหลีกเลี่ยงหนีสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง เก็บตัว ไม่สามารถดำรงบทบาททางสังคมได้ เกิดความเครียดวิตกกังวล

กินไม่ได้นอนไม่หลับ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; บำเพ็ญจิต แสงชาติ ขนิษฐา นันทบุตร และครุณี รุจกรกานต์, 2538; ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย: 2544; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์ วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุธีรา อุ้นตระกูล, 2536; สุวีรัตน์ ศรีมรรคา, 2539; Alonzo and Reynolds, 1995)

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการจะพบว่าสูงมาก โดยเฉพาะในด้านการไม่สามารถทำนายทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนจากความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการและการขาดความสอดคล้องของเหตุการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาและการเจ็บป่วยมีส่วนทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลงและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวที่ไม่ดี (Molassiotis, 2001; Brashers et al., 1998; Weitz, 1989)

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมาสามารถตั้งสมมติฐานได้ ดังนี้

1. การปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน
2. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ
3. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการได้

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ และเพื่อหาความสามารถในการพยากรณ์ ปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ระยะโดยทำการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการ
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ที่เป็นตราบาป
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
4. การปรับตัว

ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่

1. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ที่เป็นตราบาป
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับตัว

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการติดเชื้อ Human immunodeficiency virus (HIV) หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ แอนติเจน หรือแอนติบอดีอยู่ในกระแสเลือด แต่ยังไม่ปรากฏอาการ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการติดเชื้อ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีและเก็บรวบรวมข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเฉพาะราย

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีการติดเชื้อ Human immunodeficiency virus (HIV) หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ แอนติเจน หรือแอนติบอดีอยู่ในกระแสเลือด และปรากฏอาการ หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการติดเชื้อเอชไอวีที่บ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในระยะติดเชื้อเอชไอวี โดยยึดเกณฑ์การ วินิจฉัยที่แสดงถึงการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการตามแบบรายงาน 506/1 ของกระทรวง สาธารณสุข ในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีและ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเฉพาะราย



3. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็น 11 ระดับ โดยตัวเลขที่มีค่ามากแสดงถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

4. การรับรู้ที่เป็นตราบาป หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงได้รับการรังเกียจจากสังคมและเป็นโรคที่เกิดจากการประพฤติดิจจากระบรทัดฐานของสังคม เป็นสิ่งไม่ดี โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

4.1 ด้านตราบาปส่วนบุคคล หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินสถานการณ์และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นต่อตนเองหลังจากที่บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เช่น การสูญเสียเพื่อน การที่บุคคลอื่นหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นต้น

4.2 ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับผลการติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิด การเก็บผลการติดเชื้อเอชไอวีไว้เป็นความลับ

4.3 ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต่อตนเองว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนสกปรก เป็นคนไม่ดี เป็นคนผิด เป็นคนมีมลทินติดตัว

4.4 ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่ามีคนส่วนมากมีความคิดอย่างไรต่อตนเอง เช่น ผู้คนส่วนมากคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนสกปรก น่ารังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องสูญเสียงานเมื่อนายจ้างรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบวัดตราบาปของ Berger, Ferrans and Lashley (2001) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ที่เป็นตราบาปมาก

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถที่จะอธิบายหรือให้ความหมายของอาการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถที่จะประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและทำนายการดำเนินของโรคได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้ 4 ด้าน คือ

5.1 ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยและการรักษา หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของการเจ็บป่วย และความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากสาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา

5.2 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินว่าขั้นตอน วิธีการรักษา และการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน และใช้



อุปกรณ์พิเศษในการรักษา รวมถึงระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษา การดูแลที่ซับซ้อนจะช่วยให้ตนเองหายได้

5.3 ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลเก่าที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

5.4 ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาได้ เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

การวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สุณี สุวรรณพสุ (2544) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

6. การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยประเมินจากผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ

6.1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่แสดงออกในการกระทำเพื่อดำรงบทบาทและความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้กระทำ และรู้สึกถึงบทบาทตามที่สังคมได้คาดไว้ในบทบาทของตน และบทบาทของตนเองที่มีต่อครอบครัวและสังคม พร้อมกับการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

6.2 ด้านขวัญและกำลังใจ หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เกิดเนื่องจากความรู้สึกของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อตนเอง และสถานการณ์ในชีวิต มีความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

6.3 ด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง การตอบสนองพื้นฐานทางด้านร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการปรับตัวที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการปรับตัวดี

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพเข้าใจองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถใช้เป็นแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว และสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการจะได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวที่ดี และสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. เพื่อเป็นแนวทางเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาความแตกต่างของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. โรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว
  - 3.1 ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
  - 3.2 การรับรู้ที่เป็นตราบาป
  - 3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคเอดส์

โรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอชไอวีพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และในเวลา 2-3 ปีต่อมาพบว่าเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา ปัจจุบันโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกด้วยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ติดเชื้อ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540: 1; ยงศ์ รุ่งรุ่งเรือง, 2541: 18.1)

##### 1.1 ลักษณะของเชื้อเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นไวรัสใน Family Retroviridae และอยู่ใน Genus HIV ปัจจุบันพบว่า มี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ HIV-1 และ HIV-2 สำหรับในประเทศไทยพบสายพันธุ์ HIV-1 เป็นส่วนใหญ่ เชื้อเอชไอวีมีรูปร่างทรงกลมมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 100 - 200 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอกประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ p24 ส่วนเปลือกด้านนอกมีกลัยโคโปรตีนห่อหุ้มอยู่ประกอบด้วย gp120 ซึ่งเป็นกลัยโคโปรตีนที่เป็นปุ่มยื่นออกมาอยู่ด้านนอกสุด ทำหน้าที่จับกับ CD4 molecule ของ cell และกลัยโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในส่วนของเปลือก

นอกจากนี้ gp 41 เชื่อว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการ fusion ระหว่างผิวเปลือกของไวรัสกับเซลล์ของคน มีสายพันธุกรรมสายเดี่ยวแต่มีจำนวน โครโมโซมเป็น 2 ชุด (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2540: 3-4; สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539: 3; Andrews, 1998: 4-7)

## 1.2 พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายในระยะ 2-12 สัปดาห์แรก ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะยังไม่มีการตอบสนองต่อเชื้อ เรียกระยะนี้ว่า window period (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2540: 7) แต่จะใช้ ส่วน gp 120 ไปจับกับ CD4 molecule บนผิวเซลล์ ซึ่งเซลล์ที่มีจำนวน CD4 บนผิวมากที่สุด คือ T lymphocyte รองลงมาคือ monocyte ส่วนเซลล์อื่นๆ พบจะน้อย เช่น follicular dendritic cells, megakaryocytes, epithelium cell, brain cell เป็นต้น ดังนั้น CD4 T lymphocyte จึงเป็นเซลล์เป้าหมายของการติดเชื้อเอชไอวี (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539: 9) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ CD4 T lymphocyte ได้แล้ว จะเปลี่ยน RNA ให้เป็น DAN โดยใช้เอนไซม์ reverse transcriptase เพื่อแทรกตัวอยู่ใน DNA ของ T cell จำนวนของเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นจึงเกิดจากการแบ่งตัวของ T lymphocyte ทำให้สายพันธุกรรม (Genome) ของเอชไอวีมีการแบ่งจำนวนเพิ่มตามไปด้วย อัตราการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีสูงถึงวันละหนึ่งหมื่นล้านตัวต่อวัน อัตราการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วทำให้สายพันธุ์เชื้อเอชไอวีผิดเพี้ยนจากสายพันธุ์เดิม หรือมีสายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นมากมาย (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2540: 10; Bradley-Springer, 1999: 6) เชื้อเอชไอวีที่สมบูรณ์จำนวนมากจะถูกปล่อยออกมาจากเซลล์ของ T lymphocyte และเข้าสู่เซลล์อื่นๆ ต่อไป ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายอย่างรวดเร็ว (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539: 9; Andrews, 1998: 25-29)

กลไกการทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายนั้นเกิดจาก ประการแรก การแตกทำลายเซลล์ของ T lymphocyte ที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้เซลล์ของ T lymphocyte ตาย ซึ่งปกติมีช่วงชีวิตประมาณ 100 วัน แต่หลังจากติดเชื้อแล้วช่วงชีวิตจะเหลือประมาณ 2 วัน ในขณะที่เชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นและเข้าสู่เซลล์ใหม่ต่อไป ประการที่ 2 เกิดจากปฏิกิริยาการทำลายเซลล์ตนเอง (autoimmune) จากลักษณะของ gp 120 ที่คล้ายกับบางส่วนของ MHC class II ใน T lymphocyte ทำให้มีการทำลาย T lymphocyte ประการที่ 3 เกิดจากการทำลาย CD4 T lymphocyte ที่ไม่ติดเชื้อแต่มี gp 120 มาเกาะ โดยกระบวนการ Antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity (ADCC) นอกจากนี้ การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ CD8 T cell ทำงานเพิ่มขึ้นในระยะแรกและจะลดลงเมื่อแสดงอาการของโรค และพบการทำงานที่ผิดปกติของ cytokine ทำให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนได้มากขึ้น และเชื้อที่เพิ่มมากขึ้นกระตุ้นให้มีการสร้าง cytokine เพิ่มขึ้น และพบการสร้างแอนติบอดีที่จับเชื้อเอชไอวี ทำให้เชื้อเอชไอวีเข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539: 10; Andrews, 1998: 12-14)

### 1.3 อาการและอาการแสดง

ผลจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 จะพบว่ามีการดำเนินของโรคประมาณ 8-10 ปี ในการปรากฏอาการของโรค (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541: 11) ระดับ CD4 T lymphocyte ที่พบเมื่อปรากฏอาการพบว่าส่วนใหญ่มีค่าน้อยกว่า  $500 \text{ cell/mm}^3$  (ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2541: 18.5) จากระยะเวลา อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละบุคคล และในแต่ละระยะที่แตกต่างกัน กระทรวงสาธารณสุข (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2543; กระทรวงสาธารณสุข, 2545: 213-214) ได้แบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ส่วนใหญ่พบว่ามีระดับ CD4 T lymphocyte มากกว่า  $500 \text{ cell/mm}^3$

กลุ่มที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ภาวะเนื้องอกหลอดเลือดจากการติดเชื้อ (Bacillary angiomatosis) โรคติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปากหรือช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อปากมดลูกเป็น Cervical dysplasia ระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ ภาวะขาดสารอาหาร (Cachexia) หรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ภาวะซีด (Anemia) จำนวนเกล็ดเลือดลดลง (Thrombocytopenia) ภาวะขาดแคลน Lymphocytes ในกระแสเลือด (Lymphopenia) โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีอาการต่อไปนี้มากกว่า 1 เดือน ได้แก่ ไข้เกิน  $38.5^{\circ}\text{C}$ . ท้องเสีย Herpes Zoster อ่อนเพลีย ผื่นหนังอักเสบเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 ซม. อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง (ยกเว้นตำแหน่งขาหนีบ) และผู้ที่ไอเรื้อรังหรือปอดอักเสบมากกว่า 2 เดือน (ยกเว้นผู้ป่วยวัณโรค)

กลุ่มที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการในระยะของเอดส์เต็มขั้น ได้แก่ ผู้ที่มีอาการที่แสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยตรวจพบระดับ CD4 T lymphocyte มีค่าน้อยกว่า  $200 \text{ cell/mm}^3$  จำนวน 2 ครั้ง หรือพบอาการ 1 ใน 25 อาการต่อไปนี้ โรคติดเชื้อราแคนดิดาในหลอดอาหารหรือหลอดลม โรคติดเชื้อรา coccidiomycosis, cryptococcosis นอกปอด มะเร็งปากมดลูก ชนิดลุกลาม โรคโปรโตซัว cryptosporidosis ในลำไส้ชนิดเรื้อรังนานกว่าหนึ่งเดือน จอตาอักเสบจาก cytomegalovirus (CMV) หรือในอวัยวะอื่นยกเว้นตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง โรคสมองเสื่อมจากเชื้อเอชไอวี แผลที่ผิวหนัง หรือเยื่อ หรือหลอดลม หรือปอดอักเสบที่เกิดจาก herpes simplex virus (HSV) นานกว่า 1 เดือน โรคติดเชื้อรา histoplasmosis นอกปอดหรือแบบแพร่กระจาย โรคติดเชื้อโปรโตซัว isosporiasis นานกว่า 1 เดือน มะเร็ง Kaposi's sarcoma มะเร็งชนิด Burkitt lymphoma, หรือ immunoblastic lymphoma โดยเฉพาะในสมอง โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium หรือ Mycobacterium kansasii นอกปอด วัณโรคทั้งในและนอกปอด ปอดอักเสบจาก Pneumocystis carinii ปอดอักเสบจากแบคทีเรียมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี Progressive multifocal

leukoencephalopathy โรคติดเชื้อ Salmonella ในกระแสเลือดชนิดเป็นซ้ำ โรคติดเชื้อโปรโตซัว toxoplasmosis ในสมอง ภาวะทิวโฆนการอย่างรุนแรงจากการติดเชื้อเอชไอวี

#### 1.4 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคทำได้โดยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีซึ่งมี 2 วิธี ใหญ่ คือ

1) การตรวจดูภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

2) การตรวจหาเชื้อไวรัสโดยตรง ส่วนใหญ่จะตรวจหาแอนติเจนชนิด p24 และการตรวจหาอีโนมไวรัสปัจจุบันการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนิยมใช้การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีอิลิซ่า (ELISA) ถ้าได้ผลลบในครั้งแรกไม่ได้หมายความว่าไม่มีการติดเชื้อแต่อาจเป็นการติดเชื้อในระยะ window period ดังนั้นจึงควรตรวจซ้ำใน 3-6 เดือน หลังจากการตรวจครั้งแรก แต่ถ้าได้ผลบวกจะมีการตรวจยืนยันด้วยวิธี Western blot (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539: 35-41; Andrews, 1998: 12-14; Bradley-Springer, 1999: 8)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

การปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตที่บุคคลพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้อยู่ในภาวะที่สมดุล เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข (กันยา สุวรรณแสง, 2533: 62-63) แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

ถวิล ธาราโฆชน์ และศรัณย์ คำริสุข (2543: 108-109) ได้กล่าวถึงการปรับตัวว่า เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล ซึ่งความต้องการนี้เกิดจากความต้องการที่จำเป็นจากภายในร่างกาย จากสิ่งแวดล้อม หรือมาจากผลของการเรียนรู้ หากบุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้สำเร็จ จะเป็นสิ่งที่แสดงว่าบุคคลมีการปรับตัวได้เหมาะสม

ละออ หุดางกูร (2534: 88-91) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง กระบวนการในการตอบสนองของระบบชีวิตที่ก่อให้เกิดความจำเป็นทำให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุณภาพคุณภาพหรือก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการปรับตัวของบุคคลนั้นแสดงถึงการปรับตัวของ “คนทั้งคน” ที่ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีความสัมพันธ์กันจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ดังนั้นในการกระตุ้นหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าในแต่ละมิตินั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคนทั้งคน หรือถ้าหากเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อคนทั้งคนเช่นเดียวกัน

Selye (1976: 169-178) ได้กล่าวถึงการปรับตัวว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกลไกทางด้าน สรีรวิทยาในการป้องกันตนเองจากการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น ก่อให้เกิดการมี สุขภาพที่ดี หรือก่อให้เกิดโรคได้หากการปรับตัวนั้นไม่อยู่ในภาวะสมดุล

Roy (1999 cited in Roy 2002: 296-7, 305) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็น กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากความคิดและความรู้สึกของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในการรับรู้ และเลือกวิธีตอบสนองการปรับตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคงสภาพ สมดุลของบุคคล การปรับตัวตามแนวคิดของรอนนี่ ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้าน อัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

Mishel (1988: 231) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง พฤติกรรมทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นผลมาจากการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ว่าเป็นภาวะที่อันตรายหรือโอกาส ส่งผลให้เกิดการปรับตัวสู่ภาวะปกติหรือคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล ที่ประกอบด้วยการปรับตัวทางด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต หรือภาวะสุขภาพ ซึ่งได้แนวคิดมาจากการทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

Lazarus และ Folkman (1984: 181-225) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการ ประเมินตัดสินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ผลลัพธ์ของการปรับตัว ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจหรือความพึงพอใจในชีวิต และ ด้านภาวะสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

ก) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การดำรงบทบาทหน้าที่ ต่างๆ ของบุคคล ซึ่งบุคคลหนึ่งอาจมีหลายบทบาทหลายหน้าที่ เช่น บทบาทความเป็นพ่อ เป็น หัวหน้างาน เป็นสามี เป็นสมาชิกของชุมชน เป็นต้น ความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพ หรือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

ข) ด้านขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เป็น ปัญหาหรือเงื่อนไขในการดำรงชีวิตที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นผลระยะยาวควบคู่ไปกับผล ระยะสั้น ผลของปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นนี้จะขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ที่มากระทบ ถ้าหากเป็นสาเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนเองพึงพอใจก็จะทำให้มีความสุข รู้สึก ชื่นชอบในสถานการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิต

ค) ภาวะสุขภาพ (Somatic health) เป็นผลมาจากการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อ ความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของเซลล์ อวัยวะต่างๆ ฮอร์โมน ถ้าบุคคล ปรับตัวต่อความเครียดได้เหมาะสมจะทำให้เกิดการมีสุขภาพดี แต่ถ้าปรับตัวได้ไม่ดีจะทำให้เกิดการ เจ็บป่วยตามมาซึ่งอธิบายการปรับตัวนี้นี้ตามแนวคิดของ Selye และเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า กลุ่มอาการ ปรับตัว (The general adaptation syndrome) นอกจากนี้ยังมีการปรับตัวในลักษณะเฉพาะ (Specific adaptation) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคมักเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี สภาพร่างกาย



ที่มีข้อจำกัดของบุคคล ความซับซ้อนในการเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดสภาวะทางอารมณ์และมีลักษณะที่เฉพาะต่อการปรับตัว เช่น อารมณ์โกรธมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง

ดังนั้น การปรับตัว หมายถึง การบวนการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ส่งผลให้เกิดการปรับตัวสู่ภาวะที่สมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุล ที่ช่วยในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลของการปรับตัวนั้น สามารถที่จะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ถ้าผลของการปรับตัวออกมาในทางบวกหรือมีการปรับตัวดี จะช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่ถ้าผลของการปรับตัวออกมาในด้านลบจะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดการเจ็บป่วย ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## 2.1 การปรับตัวของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

### 2.1.1 การปรับตัวด้านร่างกาย

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายอยู่ตลอดเวลาและเกิดการเจ็บป่วยต่างๆ มากมายตามมา ซึ่งระยะเวลาในการปรากฏอาการและความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ถูกทำลาย ปริมาณเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในพลาสมา ระดับของจำนวน CD4 T Lymphocytes การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นต้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ และเกิดการเจ็บป่วยที่เรียกว่ากลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งแบ่งผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีออกเป็นกลุ่มอาการต่าง ๆ ตามระบบดังนี้ (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2540; Katz and Hollander, 2002: 1327-1336)

ก) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของผิวหนัง ผิวหนังเป็นอวัยวะที่อยู่ภายนอกสุดสามารถมองเห็นความผิดปกติได้ง่าย การติดเชื้อเอชไอวีอาจทำให้มีผื่นแดงตามตัว มีจุดเลือดออกอาการที่พบส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Kaposi sarcoma ซึ่งเป็นกลุ่มของเนื้องอกหรือมะเร็ง ลักษณะเป็นตุ่มสีแดง สีน้ำตาลพบได้ทุกที่แม้กระทั่งในปาก กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น งูสวัด อีสุกอีใส ทำให้มีตุ่มน้ำใสปวดแสบร้อน เชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดแผลเป็นตุ่มหนอง เชื้อราทำให้ผิวเป็นผื่นคัน ถ้าเป็นที่เล็บทำให้เสียเล็บ เป็นต้น กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่นอกเหนือจากกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 เช่น โรคเรื้อนทวาร

ข) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางตา อาจเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีเองทำให้เส้นเลือดที่ตาอักเสบหรือ เป็นโรคมองอักษบแล้วทำให้ระบบประสาทของตาผิดปกติและสูญเสีย



การมองเห็น แต่ที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ทำให้มีคุ่มน้ำใสและเจ็บที่เปลือกตา หนึ่งตาบวม ตาขาวแดง ตาแห้ง มองเห็นไม่ชัดเจน เป็นต้น

ค) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของหู คอ จมูก ส่วนใหญ่จะเกิดการติดเชื้อ ulyโอกาสโดยเฉพาะเชื้อราบริเวณปาก คอ มีลักษณะเป็นแผ่นสีขาวๆ เหลืองๆ ติดแน่น ถ้าลอก ออกจะมีเลือดออก เจ็บ รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ เป็นหวัดบ่อย กล้องเสียงอักเสบ เสียงแหบ ผู้ที่ติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* อาจทำให้มีอาการหูตึง เจ็บหู

ง) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ส่วนใหญ่มักจะพบภาวะ ความจำเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ซึมเศร้า หรืออะอะ โวยวาย มีอาการของสมองหรือเยื่อหุ้ม สมองอักเสบจะทำให้มีไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง และหมดสติ กล้ามเนื้อ แขน ขาอ่อนแรง การรับรู้ต่างๆ ผิดปกติ

จ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การพบเชื้อราใน ปากและหลอดอาหารทำให้เจ็บเวลากลืน กลืนอาหารลำบาก และกลัวการรับประทานอาหาร ทำให้ รับประทานอาหารได้น้อย มีการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้ถ่ายเหลว จึงเกิดภาวะ ทุพโภชนาการได้ง่าย

ฉ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจ จะพบว่ามีอาการของเยื่อหุ้ม หัวใจอักเสบเกิดขึ้นในทุกระยะ ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อ ulyโอกาสต่างๆ โดยเฉพาะ เชื้อวัณโรค และจาก Kaposi' sarcoma การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลวจากการมีเลือดคั่ง ทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก บวม หัวใจโต คลื่นไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ

ช) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของปอด ที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ทำให้เกิดวัณโรคปอด นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ ความผิดปกติที่พบคือ มีไข้ ไอมีเสมหะหรือ เป็นเลือด ถ้าไอรุนแรงมากอาจถึงตายได้ หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น

ซ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของไต อาการไตวายเฉียบพลันเกิดจากการได้ รัยยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ ulyโอกาส ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือไตขาดเลือดจากการเสี ยน้ำหรือเลือด หรือเป็นผลมาจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติของ ไตอื่นที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ไตมีการสูญเสียหน้าที่ และเกิดความผิดปกติในการ ดูดซึมน้ำกลับ การควบคุมสมดุลของอิเล็กโตไลต์ในร่างกาย เป็นต้น

ฌ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อ การได้รับยา จะทำให้มีการทำงานที่ผิดปกติของต่อมหมวกไตทำให้อะดิงาลินไม่เพียงพอ ต่อมไทรอยด์เมื่อเป็น เอ็ดระยะสุดท้ายจะทำให้ระดับ T3 ลดลง กดการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์ ความผิดปกติ ของต่อมพิทูอิทารีกลั่นทำให้ระดับของฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญลดลง เด็กเจริญเติบโตช้า การ อักเสบของตับอ่อนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

ญ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการปวดข้อเป็นผลจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ และการติดเชื้อบริเวณข้อทำให้ข้ออักเสบ บวม แดง และข้อติด

ฎ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเลือด จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงถูกกดการทำงาน การเสียชีวิตจาก Kaposi's sarcoma การติดเชื้อเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าเกร็ดเลือดต่ำ ทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก เป็นจำเริญตามตัว

ฏ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของภาวะโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการหรือการขาดสารอาหารเกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยอันเนื่องมาจากการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เบื่ออาหาร การได้รับยาทำให้มีผลต่อการอยากรับประทาน อาหาร การติดเชื้อในปากในระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดเจ็บปวดรับประทานอาหารลำบาก การอักเสบติดเชื้อทำให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น และความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหารในระบบทางเดินอาหารลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ร่างกายซูบผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีกำลังที่จะช่วยเหลือตนเองได้

จ) กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อเอชไอวีอาจทำให้เกิดการแพ้ต่อภูมิคุ้มกันของตน และทำให้เป็นผู้ที่ไวต่อการแพ้เร็วขึ้น และมีอาการแบบผู้ป่วยเอสแอลไอได้ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามข้อ บวม หรืออาการของผู้ที่เป็นโรคภูมิแพ้ เช่น ผื่นคัน หอบหืด เป็นต้น

นอกจากโรคเอดส์จะมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1.2 การปรับตัวด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีผลต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; จามจุรี แซ่หลู่, 2543; ธารทิพย์ กิจบุญชัย, 2544; บำเพ็ญ จิตแสงชาติ และคณะ, 2538; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอรศิริโรจน์, 2536; สุวีรัตน์ ตรีมรรคา, 2539; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998; Gaskins and Brown, 1992; Siegel and Krauss, 1991; Weitz, 1989) ดังนี้คือ

ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ปฏิบัติการตอบสนองส่วนใหญ่พบว่ามีความรู้สึกตกใจ ตลิ่ง งุนงง สับสน ไม่แน่ใจ ปฏิเสธ โกรธ เครียดแค้น หลังจากนั้นจะเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว และเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่ามีตราบาปติดตัว บางรายอาจมีการทำร้ายตนเองเนื่องจากการรับรู้ว่าโรคเอดส์เป็นแล้วตายรักษาไม่หายทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ความท้อแท้สิ้นหวัง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เวลาผ่านไปช่วงหนึ่ง ประมาณ 1-6 เดือน ผู้คิดเชื้อเอชไอวี จะมีความรู้สึกที่เริ่มยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากไม่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทางร่างกายทำให้ ผู้คิดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนเองยังแข็งแรง ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกลัวจึงลดลงกว่าในระยะแรก และมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเริ่มสร้างความหวังให้กับตนเอง หรือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกว่าชีวิตยังมีหวัง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป แต่จะมีความรู้สึกหวาดกลัวการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีแล้วทำให้เป็นที่รังเกียจของสังคม กลัวการถูกปฏิเสธและทอดทิ้ง ไม่อยากพบปะผู้คน รู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานใจ มีความรู้สึกผิดเกรงว่าตนเองจะเป็นผู้ทำให้ผู้อื่นต้องติดเชื้อเอชไอวีจากตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากจากอาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์ที่ปรากฏออกมาเหมือนเป็นการประกาศถึงความไม่ดี ความชั่วร้ายของตนเอง เป็นความรู้สึกดอกลำพองใจ มีอาการวิตกกังวล หงุดหงิด ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง ต้องยอมรับสภาพของตนเอง แต่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีหลายรายไม่สามารถที่จะยอมรับสภาพของตนเองและความทุกข์ทรมานของตนเองได้ทำให้ต้องตัดสินใจฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50

### 2.1.3 การปรับตัวด้านสังคมและบทบาทหน้าที่

การปรับตัวด้านสังคมและบทบาทหน้าที่จากการติดเชื้อเอชไอวี (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; ชารทิพย์ กิจบุญชัย, 2544; บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2538; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญต์ และคณะ, 2534; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอรศิริโรจน์, 2536; สุธีรา สุนทรระกูล, 2536; สุธีรัตน์ ตริมรรคา, 2539; Alonzo and Reynolds, 1995; Gaskins and Brown, 1992; Siegel and Krauss, 1991; Weitz, 1989) มีดังนี้

ก) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง บางรายเก็บตัวเงียบไม่ยอมพบปะผู้คนไม่เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมเพราะกลัวการรังเกียจ แต่บางรายการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นดีสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม หรือปฏิบัติตนเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน บางรายพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตน ยังคงความสภาพการปกปิดเพื่อไม่ให้ผู้อื่นเกิดความสงสัย แต่ในระยะที่ปรากฏอาการบุคคลไม่สามารถที่จะปิดบังอาการของตนเองได้ทำให้เป็นที่รังเกียจแก่ผู้พบเห็น ทำให้ตนเองและครอบครัวต้องเสื่อมเสียชื่อเสียงจึงหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเก็บตัวเองไม่อยากเจอผู้คน

ข) ด้านบทบาทหน้าที่ ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ตามเดิม แต่เมื่อมีการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้ออาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายรายต้องเปลี่ยนงานใหม่ ตกงาน ไม่สามารถที่จะดำรงบทบาททางสังคมได้ นอกจากนี้ภาวะที่คุกคามสุขภาพจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้บทบาทหน้าที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป

## 2.2 การประเมินการปรับตัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับตัวมีดังนี้

2.2.1 แบบวัดการปรับตัว ที่สร้างขึ้นโดยคลาวด์ย์ อุนประเสริฐพงศ์ (2540) เป็นแบบวัดการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ รอย ลักษณะข้อคำถามถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในบทบาททั้งด้านการกระทำและการแสดงออกถึงความรู้สึก มีจำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านประสิทธิภาพในการดำรงบทบาท ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึก ด้านความขัดแย้งในบทบาท และด้านความล้มเหลวในบทบาท ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 8 คน และทางสังคมศาสตร์ จำนวน 1 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมอยู่ระหว่าง .74-.78

2.2.2 แบบวัดการปรับตัว ของ Derogatis ปี ค.ศ. 1986 เป็นแบบประเมินการปรับทางจิตสังคม ซึ่ง อ้อมใจ สุทธิจำลอง (2542) ได้นำมาใช้ในการประเมินการปรับทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ ประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .85

2.2.3 วัดการปรับตัว ของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) เป็นแบบประเมินการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman ปี ค.ศ. 1984 ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านขวัญและกำลังใจ คัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับทางจิตสังคมของ Derogatis ปี ค.ศ. 1986 และการปรับตัวทางด้านภาวะสุขภาพดัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของ Meenan ปี ค.ศ. 1982 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

โดยรวมเท่ากับ .91 สำหรับรายด้านพบว่า ด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ด้านขวัญและกำลังใจมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ด้านภาวะสุขภาพมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือการปรับตัวของสุณี สุวรรณพสุ (2544) มาใช้เนื่องจากตรงตามแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว

#### ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีชนิดนี้

##### 3.1 ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งความรุนแรงของความเจ็บป่วยนี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive Process) ที่สมองทำหน้าที่แปลความหมายจากสิ่งกระตุ้นทางประสาทสัมผัส ร่วมกับการใช้ประสบการณ์เดิม ในการแปลความหมาย และตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Horowitz, 1987; Garisson and Margon, 1974 อ้างใน ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540: 44) ซึ่งกลไกการรับรู้จะทำหน้าที่รับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นเข้าสู่ระบบของบุคคลผ่านกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์โดยใช้กระบวนการทางจิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของการปรับตัว (Garisson and Margoon, 1972: 673; Roy, 2002: 301-305)

Mishel (1988: 225-231) กล่าวว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยว่าเป็นปัจจัยหนึ่งในกรอบของตัวกระตุ้น(stimuli frame) ในรูปแบบของอาการ(symptom pattern) ที่ก่อให้เกิดการรับรู้และแปลความหมาย ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ว่าเป็นอย่างไร การประเมินตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ ทำได้ดีและนำไปสู่การปรับตัวที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยมากเกินไปเกินความเป็นจริง หรือมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายจะทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาตามการประเมินแบบปฐมภูมิ (Primary appraisal) ของ Lazarus และ Folkman (1984: 31-35) จะมีการประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยหรือการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็น 3 ลักษณะ คือ

1) บุคคลประเมินว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) หรือในสถานการณ์นั้นตนเองไม่มีผลได้ผลเสียอะไร จึงไม่มีผลต่อการปรับตัว

2) บุคคลประเมินว่ามีผลดีหรือก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง (Benign positive)



ไม่สนใจดูแลสุขภาพ เที้ยวเตร่ ค่อมสุรา ขาดการพักผ่อน และเป็นปัจจัยนำไปสู่การเจ็บป่วย (สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการที่รับรู้ว่าความเจ็บป่วยไม่รุนแรง ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีการปรับตัวไปในทางที่ดี (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545: 1-15) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการที่รับรู้ว่ามีความรุนแรง มีการปรับตัวไม่ดี ก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลและสูญเสีย ความทุกข์ทรมานจากโรค การเจ็บป่วยที่ถูกคามสุขภาพทำให้ไม่สามารถที่จะทำงานได้ เป้าหมายในชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายรายเลือกที่จะจบชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ทรมาน (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545: 1-15; จามจุรี แซ่หลู่, 2543; ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544; สมมาตร พรหมภักดี, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุธีรา ชุ่นตระกูล, 2536)

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีผลต่อการปรับตัวสามารถทำนายการปรับตัวได้ ภาวดี มโนหาญ (2536) ได้ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการ สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 10.87 และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังพบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสามารถทำนายการปรับตัวได้ถึงร้อยละ 65 (สุมาพร บรรณสาร, 2545)

### การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีดังนี้

1) การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามอาการที่เกิดขึ้นจริง โดยประเมินจากอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้น เช่น

1.1) การประเมินความรุนแรงของบาดแผลไฟไหม้ด้วยการประเมินจากความลึก เป็น 3 ระดับ และความกว้างโดยใช้หลัก “กฎร้อยละเก้า” (Rules of 9's) (วิชัย ศรีมนินทรนิมิต, 2543: 35; Leifer, 1972: 180)

1.2) การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประเมินโดยการแบ่งตามระยะความรุนแรงของอาการแสดงที่เกิดขึ้นออกเป็น 3 ระยะโดยพิจารณาจากอาการปวด ความสามารถในการลุก การขึ้น การยืน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ยงยุทธ วัชรคุลย์ และเล็ก ปรีวิสุทธิ์, 2535 อ้างใน แวดาว ทวีชัย, 2543: 14)

1.3) การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ลักษณะทางคลินิกร่วมกับระดับของ CD4 T lymphocytes แบ่งระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีเป็น 3 ระดับ (ขงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2541: 18.3-18.5; Gao et al., 2000: 387-399)

2) การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามการรับรู้ เป็นการประเมินจากประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด ตัวอย่างเช่น

2.1) การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่ง ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ได้สร้างขึ้น โดยวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.2) การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้ปรับแบบประเมินนี้มาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของ Davis และ Ware ปี 1981 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ถ้าคะแนนรวมมากหมายถึงการรับรู้ว่าตนเองป่วยมาก

2.3) การประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการแบบช่อง 11 ระดับ ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่สร้างขึ้นโดย สุมาพร บรรณสาร (2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดความรุนแรงของความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามการรับรู้ ด้วยมาตราวัดแบบช่อง 11 ระดับคะแนน เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า เป็นแบบวัดที่เป็นวิธีการวัดที่ง่ายและให้ค่าที่มีความน่าเชื่อถือสูง (Jensen et al., 1986 อ้างใน พรนิภา ทีละธนาถย์, 2542: 29) นอกจากนี้สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้ใช้มาตราวัดแบบช่อง 11 คะแนน โดยใช้แนวคิดจากแบบวัดการเปรียบเทียบกับสายตา แบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale: BS-11) ของ Jensen และคณะ ปี ค.ศ. 1986 ในการวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบวัดความรุนแรง 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 ใช้ช่องความรุนแรงแทนระดับความรุนแรงซึ่งมีทั้งหมด 11 ช่อง โดยเริ่มจากระดับคะแนน 0 หมายถึง ความเจ็บป่วยไม่มีความ รุนแรงเลย ระดับ 5 คะแนน อาการมีความรุนแรงระดับปานกลาง และระดับคะแนน 10 หมายถึง ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากที่สุด แบบวัดนี้มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 ระดับคะแนนมากหมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

### 3.2 การรับรู้ที่เป็นตราบาป

ตั้งแต่มีการค้นพบเชื้อเอชไอวีในปี ค.ศ. 1981 ได้ก่อให้เกิดการตอบสนองอย่างมากเมื่อเชื้อเอชไอวีที่ส่วนใหญ่พบในผู้ติดยาเสพติด และผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ปฏิกริยาในวัฒนธรรมของสังคมได้ฝังแน่นต่อเนื่องเรื่อยมาจนกลายเป็นประสบการณ์ในบทบาทวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มียารักษาให้หาย มีอาการนำเกลียดน่ากลัว ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรังเกียจจากเพื่อน บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และสังคม และจากการที่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม เป็นบุคคลที่สังคมมองว่า



เป็นคนไม่ดี ทำให้ ผู้คิดเชื้อเอชไอวีได้รับการตีตราเป็น 2 เท่า (Davis, 1989: 70-71; Hayes et al., 2002: 1161-1173)

แนวคิดเกี่ยวกับตราบาปนี้ Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตราบาป และได้อธิบายว่า ตราบาปในสมัยกรีก หมายถึง เครื่องหมายที่แสดงให้เห็นความผิดปกติของร่างกาย และความไม่ดีเกี่ยวกับการประพฤติกรรมข้อบัญญัติของศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นเป็นการประกาศว่าบุคคลผู้นั้นเป็นนักโทษ อาชญากร คนที่ทรยศต่อชาติบ้านเมือง เป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคม เป็นต้น ต่อมาในสมัยคริสตศตวรรษใช้คำว่าตราบาปใน 2 ลักษณะคือ 1) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่ากลัวของร่างกายที่ปรากฏออกมาจากผิวหนัง หรือความผิดปกติของร่างกาย 2) ความผิดจากความเชื่อทางศาสนา ในทุกวันนี้คำว่าตราบาปถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ในลักษณะของความรูสึกบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้อับอายขายหน้า การเสื่อมเสียชื่อเสียงมากกว่าลักษณะของความผิดปกติของทางด้านทางด้านร่างกาย

Stigma ตามความหมายของ Webster ปี ค.ศ. 1993 (The Random House Dictionary of the English Language, 1993: 1396) มีความหมายดังต่อไปนี้

1) ในสมัยโบราณ หมายถึง สิ่งที่เป็นเครื่องหมายเด่นชัด จากการทำให้ผิวหนังถูกเผาไหม้ ทิ่มแทงเป็นรอย การตัดบางส่วนของร่างกายออก เป็นสิ่งที่แสดงถึงการตกเป็นทาส หรือ อาชญากร

2) คุณลักษณะที่ถูกปฏิเสธ จากบุคคลและสังคม เป็นเครื่องหมาย (Mark) ที่นำมาซึ่งความเสื่อมเสียชื่อเสียง (Disgrace) หรือถูกตำหนิ แสดงความไม่พึงพอใจ

3) เครื่องหมาย (Mark) สัญลักษณ์ (Sign) ที่ชี้ให้เห็นว่าไม่ได้อยู่ในบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) และบางครั้งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา

4) ในทางพฤกษศาสตร์ หมายถึง ส่วนที่เป็นเกสรตัวเมียของดอกไม้ ที่เตรียมไว้เพื่อการผสมเกสร ซึ่งโดยทั่วไปจะอยู่ที่ส่วนปลายสุดของดอกไม้

5) หมายถึง จุด (Spot) เครื่องหมาย (Mark) หรือรู (Pore) ของสิ่งต่างๆ ดังนี้

5.1) อวัยวะส่วนหนึ่งในการรับแสงของแมลง และเกี่ยวข้องกับการหายใจ

5.2) จุดแดงเล็กๆ บนผิวหนังของมนุษย์ เช่น ไฟ หรือจุดสีผิวของผิวหนัง

5.3) รูที่อยู่บนสุดของตุ่ม (Graffin Follicle) ที่แสดงให้เห็นการแตกของตุ่ม

6) ในทางการแพทย์ หมายถึง รูที่อยู่บนผิวหนัง และมีเลือดออก ซึ่งเกิดจากความตึงของระบบประสาทอย่างหนึ่ง หรือเป็นคุณลักษณะของโรคบางอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิถีของตราบาป (Alonzo and Reynolds, 1995) พบว่าตราบาปเป็นแนวคิดที่กว้างและมีหลายมิติ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญเป็นศูนย์กลางของประเด็นปัญหา คือ ความผิดปกติของบุคคล ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับตราบาป ดังนี้

Birenbaum และ Sagarin (1976 cited in Alonzo and Reynolds, 1995) อธิบายว่า ทรานาป เป็นสิ่งที่ผู้คนให้ความสนใจค่าหรือลักษณะในทางลบ ที่เป็นการกระทำที่เสื่อมเสียชื่อเสียง เช่น การถูกข่มขืน ทำผิดกฎระเบียบ หรือสิ่งที่ทำให้บุคคลไม่มีค่าอย่างมาก

Goffman (1963) ได้ให้คำจำกัดความที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของทรานาป ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม ทำให้มีมลทิน ข้อบกพร่อง จุดด่างพล้อย (character blemishes) หรือทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง เช่น พฤติกรรม รกร่วมเพศ การติดยาเสพติด การติดคุก ความผิดปกติทางจิต 2) ลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นของ ร่างกายที่น่าเกลียด (abominations of the body) เช่น ความพิการ 3) การตีตรา หรือทรานาปจาก เผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา (tribal stigma)

Katz (1979 cited in Alonzo & Reynolds, 1995) ได้แบ่งทรานาปของบุคคลเป็น 4 ด้าน คือ 1) เป็นภาวะที่ถูกคุกคาม (threat) 2) สิ่งที่เป็นภาระหน้าที่ (responsibility) 3) ทักษะวิสัย (visibility) 4) ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นมิตร ความสงสาร (sympathy)

Jones และคณะ(1984 cited in Alonzo & Reynolds, 1995) แบ่งทรานาปออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การปิดบังซ่อนเร้น (concealability) 2) วิถีทาง แนวทางในการปฏิบัติ (course) 3) ความ แตกแยก (disruptiveness) 4) คุณภาพของความสวยงาม (aesthetic qualities) 5) จุดกำเนิด มูลเหตุ (origin) 6) ศัตรู หรืออันตราย (peril)

รวมแล้วทรานาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามมิติของ Goffman (1963) Katz ปี ค.ศ. 1979 และ Jones และคณะ ปี ค.ศ. 1984 (Alonzo & Reynolds, 1995) ได้ทำให้เกิดการตอบสนองในด้านลบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับทรานาปเพราะการเจ็บป่วย เนื่องจากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากบุคคลอื่น เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดภาระหนักของบุคคล การทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงจากการไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัติของศาสนา หรือได้รับการลงโทษตามความเชื่อทางศาสนาจากการกระทำผิด ทำให้มีมลทิน นอกจากนี้ยังการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นพาหะนำโรคที่คุกคามต่อชุมชน และเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากเรื่องของความสวยงามเกี่ยวกับความตาย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจของชุมชนและภาพในด้านลบของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

สรุปแล้วการรับรู้ที่เป็นทรานาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะปรากฏออกมาใน 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ที่เป็นทรานาปในลักษณะของการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลักษณะของการรับรู้ของตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งศูนย์กลางของแนวคิดการรับรู้ที่เป็น ทรานาป คือ มโนภาพของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อการตระหนักถึงการกระทำของสังคมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี เช่นการไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม การถูกสังคมปฏิเสธ การจำกัด โอกาสในการรับบริการต่าง ๆ และลักษณะสังคมที่เปลี่ยนแปลงในด้านลบ การรับรู้ที่เป็นทรานาป ส่งผลลัพท์ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่หลากหลาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในด้านลบและปฏิกริยาทางอารมณ์ การหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดทรานาปให้น้อยที่สุด การควบคุมข้อมูล

ข่าวสารในการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกอึดอัดใจ หรือการใช้อารมณ์ขันในการปิดบังสถานการณ์

ดังนั้น การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเหมือนตราหรือสัญลักษณ์ที่ติดตัว เป็นสิ่งที่เกิดจากการประพฤติปฏิบัติตนผิดไปจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีมลทิน เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อตนเอง เป็นสิ่งที่นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่ตนเองและครอบครัว ได้รับการรังเกียจจากสังคม ไม่ควรเปิดเผยให้ใครรู้ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน คือ 1) ด้านตราบาปส่วนบุคคล 2) ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี 3) ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

**การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ** (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์ และคณะ, 2534; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2536; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998: 70-73; Gaskins and Brown, 1992: 111-121; Kate, 1996: 51-63; Laryea and Gien, 1993; Siegel and Krauss, 1991; Weitz, 1990) เป็นระยะที่แสดงถึงเวลาในวิถีของโรคที่ไม่ปรากฏอาการ ในระยะนี้ เมื่อดูจากภายนอกจะไม่พบความคิดปกติเลย แต่อาจมีการรบกวนความรู้สึกภายในจากความวิตกกังวล ความเครียด ขณะที่การดำเนินของโรคดำเนินไปอย่างเงียบๆ ซ้ำๆ มีความเป็นไปได้สูงจากความรู้สึกของประสบการณ์จากตราบาป และกลัวการถูกปฏิเสธ และการแยกตัวเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปิดบังผลการวินิจฉัยและการเปิดเผยผลการวินิจฉัย

การปิดบังผลการวินิจฉัย ในช่วงระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ เป็นระยะที่ง่ายต่อการปิดบังผลการติดเชื้อเอชไอวี เหตุผลที่ทำให้บุคคลปิดบังผลการติดเชื้อเอชไอวี คือ การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีนำมาซึ่งความเสียหาย ไม่ได้ได้รับความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรังเกียจ และแพทย์บางรายมีทัศนคติที่ไม่ดี ดังนั้นการปิดบังซ่อนเร้นจึงเป็นเหตุผลในการป้องกันตนเองจากการได้รับการรังเกียจซึ่งเป็นที่สามารถกระทำได้ แต่บางครั้งการปิดบังอาจทำได้ไม่เต็มที่ จากการศึกษาที่เชื่อมโยงความสะอึกสะอื้นทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมากับตราบาปบุคคลในระยะไม่ปรากฏอาการอาจมีความรู้สึกอาย ตาหนิดตัวเอง กลัวการถูกปฏิเสธ กลัวเพื่อน ครอบครัว เพื่อนบ้าน และนายจ้างทอดทิ้ง ทำให้หวาดกลัวอำนาจของตราบาป ความไม่สมหวัง ความรู้สึกร้าวรานใจ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกแตกต่าง ไม่ได้พักผ่อน ทำให้บุคคลต้องแยกตัวเอง เกิดความรู้สึกเห็นห่าง เป็นคนแปลกหน้า

การปิดบังสถานการณ์คิดเชื่อเอชไอวี บุคคลพยายามที่จะปกป้องการเห็นคุณค่าของตนเอง โดยหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตราบาป แต่สิ่งที่ตามมาอาจเป็นผลในด้านลบ คือ

- 1) ความรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลังใจ ความยากลำบากในการที่จะนึกถึงบุคคลที่ควรจะบอกหรือไม่บอกผลการคิดเชื่อเอชไอวี อะไรที่ได้บอกพวกเขาไปแล้วบ้าง การซ่อน วัสดุอุปกรณ์ หนังสือ จุลสาร แผ่นพับเกี่ยวกับเอชไอวี คำพูดเกี่ยวกับคนอื่น การระมัดระวังตัวที่จะไม่เปิดเผยตนเอง ความต้องการที่จะคงความโกหก ความสามารถในการระบายอารมณ์ ความเครียดในการดำรงชีวิต ความรู้สึกที่เป็นภาระหนักถึง 2 เท่า โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นชายรักร่วมเพศ
- 2) การเก็บผลการวินิจฉัยไว้เป็นความลับเนื่องจากผู้คิดเชื่อเอชไอวีคิดว่าถ้าเปิดเผยผลการคิดเชื่อเอชไอวีอาจทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือถูกยกเลิกหรือข่ายการทำงาน
- 3) ความล้มเหลวในการเปิดเผยผลการคิดเชื่อเอชไอวีอาจก่อให้เกิดศัตรู หรือมิตรภาพถูกทำลาย
- 4) บุคคลอาจได้รับแรงจูงใจในการบังคับจิตใจจากการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตัวในการรักษาสุขภาพ ดังนั้นอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ถ้ามีการประเมินสุขภาพในระยะแรกๆ และการได้รับการสนับสนุนที่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพและสุดท้าย
- 5) บุคคลอาจได้รับแรงจูงใจสูง ในการมีส่วนร่วมในสังคมและการฝึกอาชีพ ดังนั้นอาจไม่มีใครรู้ หรือเต็มไปด้วยความสงสัย ในสถานการณ์คิดเชื่อเอชไอวี บุคคลอาจเกี่ยวข้องกับการกระทำที่ทำให้ยกเลิกและปฏิเสธการวินิจฉัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่บอกให้คู่ของตนรู้และไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อคนอื่น

การเปิดเผยการวินิจฉัย สิ่งที่มาจากการเปิดเผยในระยะนี้อาจมีไม่มากมาย บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าคิดเชื่อเอชไอวีอาจแสดงภาพของความเกรี้ยวกราด และเป็นอันตรายจากการไม่รู้ ความไม่ทนทาน และการแบ่งแยก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ กลัวสิ่งที่ตามมาจากตราบาป เช่น การถูกปฏิเสธจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน Quam (1990 cited in Alonzo and Reynolds, 1995) พบว่า ความกลัวเมื่อรู้ว่าคิดเชื่อเอชไอวีทำให้ครอบครัวเพื่อนรังเกียจ ต้องออกจากบ้านและออกจากงาน ในระยะนี้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางรายอาจมีทางเลือก มีเวลาในการเปิดเผยผลการคิดเชื่อเอชไอวี บางรายเมื่อเปิดเผยผลการคิดเชื่อเอชไอวีแล้วอาจได้รับการปฏิเสธอย่างสุภาพ บางรายอาจได้รับโอกาสที่ดีจากการที่มีบุคคลให้ความช่วยเหลือ ได้แสดงความมีคุณค่าของตนเอง จากการทำงาน แต่บางรายต้องพบจุดจบของชีวิตสมรสหลังจากที่มีการบอกผลการคิดเชื่อเอชไอวี

ในระยะคิดเชื่อที่ไม่ปรากฏอาการนี้จะเป็นระยะที่มีความแบ่งแยกกันมากที่สุด ระหว่างวิถีของการคิดเชื่อเอชไอวีและวิถีของความเจ็บป่วยและมีความคงที่ในสัญลักษณ์ของตราบาปของบุคคล ทำให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่ให้การสนับสนุนได้ ความเป็นอิสระและการปลดปล่อยอิสระจากการมีสัมพันธ์ทางเพศ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เพราะการมีเพศสัมพันธ์ การเปิดเผยตราบาปผ่านความต่อเนื่องของการคิดเชื่อเอชไอวีจะรบกวนความรู้สึกภายในทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และความยุ่งยากเกี่ยวกับการจัดการกับข้อมูลข่าวสาร

เนื่องจากการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างจากโรคอื่น อย่างไรก็ตามเมื่อปรากฏการณ์ตามทำธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย และวิถีของตราบาปเป็นสิ่งสำคัญของการเปลี่ยนแปลง

### การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการ (ขวัญตา

บาลทิพย์ และคณะ, 2545; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ, 2534; สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร สิริโรจน์ 2536; Alonzo and Reynolds, 1995; Brashers et al., 1998: 70-73; Bunting, 1996: 399-418; Devine, Plant and Harrison, 1999:1212-1228; Laryea and Gien, 1993; Siegel and Krauss, 1991; Weitz; 1990) การปรากฏอาการในระยะแรก ปัญหาที่พบจะเป็นในประเด็นการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสังคม ยิ่งไปกว่านั้นอาการต่างๆ ที่ปรากฏออกมามากมายจากการที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายและ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา ทำให้ในระยะนี้ไม่สามารถที่จะแยกวิถีของตราบาปและวิถีของความเจ็บป่วยออกจากกันได้ ปัญหาจากตราบาปจึงถูกกำหนดอย่างสมบูรณ์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้มีความรู้สึกอ่อนล้า หดท้อลงใจเมื่ออาการที่ปรากฏออกมาทำให้ต้องเสื่อมเสียชื่อเสียง

ปัญหาในการควบคุมข้อมูลข่าวสารได้ปรากฏขึ้น เริ่มจากความเจ็บป่วยอาจปรากฏขึ้นมา โดยที่ไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่แน่นอนได้ อาจเป็นเพราะบุคคลได้รับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีในการรักษา ในระยะแรกการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดความเต็มใจที่จะยอมรับผลการติดเชื้อเอชไอวีและทำให้ง่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างไรก็ตามการได้รับการรักษานั้นเป็นผลให้เกิดตราบาป ในขณะที่การได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในการรักษาอาจทำให้ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้น แต่อาจไม่ได้ผลครอบคลุมเต็มที่ นำมาซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ในช่วงแรกนี้บุคคลอาจเดินไปพบกับระเบิดเวลา และมักพบว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตในการรักษาที่เกิดขึ้น บ่อยครั้งที่เขาจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในเรื่องการให้ความหมายและจุดมุ่งหมายของชีวิต บุคคลจำนวนมากอาจไม่สามารถทำนายธรรมชาติและวิถีของเอชไอวี โดยการติดตามอย่างใกล้ชิดในลักษณะของโรค การรักษา อาการ การทดสอบผลการติดเชื้อ ผลข้างเคียงของการรักษา และด้านอื่นๆ ของการเจ็บป่วย เช่น ในกรณีของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังนั้นจึงพยายามที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะวิกฤติ

การติดเชื้อฉวยโอกาสนำมาซึ่งอาการจำนวนมาก วิธีการดำเนินไปทางด้านสตรีวิทยาเริ่มจากพฤติกรรมของการติดเชื้อเอชไอวีความต่อเนื่องในการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของบุคคล การเจ็บป่วยที่แสดงออกมาเป็นเครื่องหมายของการเสื่อมเสียชื่อเสียงจากลักษณะของเอดส์ ระยะเวลาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความอ่อนแอ การพึ่งพิงผู้อื่น การที่ต้องติดต่อกับผู้ให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น บางครั้ง การติดต่อกับครอบครัว เพื่อนสิ่งที่ได้รับคือการถูก

ปฏิเสธ และทำให้ต้องแยกตัวเองจากสังคมเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเจ็บป่วยดำเนินไป トラบาปทำให้ต้องมีการเปลี่ยนงานบ่อย เมื่อสถานที่อยู่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง สูญเสียที่อยู่ในสังคม บุคคลที่ปรากฏอาการทำให้ต้องแยกตัวเองเพิ่มมากขึ้น โอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคมน้อยลง ขณะที่ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากในการปิดบังอาการ เป็นโอกาสที่トラบาปได้ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ บุคคลจะแยกตนเอง และปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ

ผลกระทบระหว่างความไม่น่าเชื่อถือหรือการเสื่อมเสียชื่อเสียง และสภาพของร่างกายที่แย่ลง เพิ่มความตึงเครียดในระยะนี้ กระบวนการดำเนินของโรค จะมีมากเช่นเดียวกับกับกระบวนการทางด้านจิตใจและความตึงเครียดทางสังคม อาจเป็นสิ่งรบกวนการปฏิบัติกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อาการของระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่วงแรกอาจเป็นการสูญเสียความจำ ขาดสมาธิ การตอบสนองด้านจิตใจช้าลง สับสนและมีความผิดปกติของจิตใจ หลีกหนี และซึมเศร้า ผู้ป่วยจะกลัวอาการเหล่านี้ และพยายามที่จะเน้นหนักการพบแพทย์ เพื่อเป็นข้อบ่งชี้ว่าเขายังปกติในความรู้สึก และพยายามที่จะให้คนอื่นให้ความหมายว่ายังปกติ และปฏิเสธไม่ยอมรับ นอกจากนั้นพวกเขาจะรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมเพิ่มมากขึ้น ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย คิดเชื่อเอชไอวีผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงการพบแพทย์ เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมอารมณ์ แสดงถึงอาการที่ตามมาทางร่างกาย บางรายฆ่าตัวตายเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความพยายามในการควบคุมอาการ

ในระยะต่อมาของการคิดเชื่อเอชไอวี トラบาปของการเจ็บป่วยจากการคิดเชื่อเอชไอวีได้เพิ่มพลังมากในการทำให้เกิดตำหนิ หรือมีรอยมลทิน กับตนเอง ลักษณะของเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการที่กล้ำกึ่งของอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์ในด้านลบ ขณะที่สภาวะอารมณ์ มีผลด้านลบต่อภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลงส่งผลต่อความสามารถของบุคคล และมีผลต่อการตอบสนองความรู้สึก สภาพแวดล้อมทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีขึ้น

การเปิดเผยอาการให้รู้อาจมองเห็นความแตกต่างของบุคคลในสังคม การเปิดเผยข้อเท็จจริงอาจทำให้คุ้นเคย ครอบครัวยุติกัน ผู้ที่เคยคุ้นเคยเป็นบุคคลเสี่ยง อาการแสดงในระยะแรกมีความสำคัญมากกับการเปิดเผยตนเอง บุคคลอาจเรียกร้องการมีสิทธิของตนเองขณะที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ในการมอบหมายให้คนอื่นในการเลี้ยงดู ขณะที่トラบาปแสดงถึงคนอื่นในการหลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นเอดส์ หรือการได้รับการตัดทอนจากการมีปฏิสัมพันธ์จากคนอื่น แต่ในขณะที่เดียวกันอาการของโรคทำให้ปรากฏมากมายทำให้ผู้อื่นเข้าใจปัญหาของบุคคล และทำให้มีความเป็นไปได้ในการให้การสนับสนุน เห็นอกเห็นใจ

### การประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาป

1) แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่ง ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์ (2540) ได้สร้างขึ้นโดยวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากการตีตราจาก สังคม ด้านครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ข้อคำถามสร้างจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 5 ราย โดยใช้แนว คำถามกว้างๆ คือ 1. เมื่อคุณบอกสภาพการคิดเชื้อเอชไอวีให้คนในครอบครัวทราบ เขาเหล่านั้นมี ปฏิกริยาอย่างไรต่อคุณ ทั้งในแง่ของการพูดและการกระทำ 2. เพื่อนบ้านและชุมชนมีปฏิกริยาแสดง ออกต่อคุณอย่างไรบ้าง 3. เมื่อท่านขอไปรับบริการจากโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลให้การดูแล เป็นอย่างไรบ้าง แบบวัดที่สร้างขึ้นประกอบด้วยปฏิกริยาที่รับรู้ว่าเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยได้รับจาก ครอบครัว จำนวน 12 ข้อ จากชุมชนจำนวน 10 ข้อ และจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจำนวน 7 ข้อ รวม 29 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบด้วยตนเอง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ โดยให้ความเห็นว่าคุณคำถามในแต่ละข้อ ผู้ตอบเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด คะแนนรวมตั้งแต่ 29 ถึง 116 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่ามีกรรับรู้ที่เป็นตราบาปสูง

### ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจะตัดสินไปตามเกณฑ์ที่มีลักษณะเป็นอันดับใช้ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 7 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 4 ท่าน และทาง ด้านสังคมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบการจำแนกเนื้อเรื่องตามหมวดหมู่ว่าถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ตามหลักทฤษฎีหรือไม่ ข้อคำถามแต่ละข้อสอดคล้องกับเนื้อเรื่องและ วัตถุประสงค์ที่จะวัดหรือไม่ และมีการระบุน้ำหนักความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถาม เกณฑ์ใน การพิจารณาตัดสินของแต่ละข้อคำถาม จะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นว่ามีเหมาะสมสอดคล้อง และได้ให้คำแนะนำในการ ปรับปรุงภาษาของข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนขึ้น และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้ค่าเท่ากับ .85

การวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย โรคนเอดส์ จำนวน 367 ราย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ญาติพี่น้องรังเกียจ 2) คนรอบข้าง รังเกียจเหยียดหยาม 3) คู่สมรสรังเกียจ 4) เพื่อนฝูงรังเกียจ 5) เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพรังเกียจ 6) Unname และทั้ง 6 องค์ประกอบหลักสามารถอธิบายการรับรู้ที่เป็นตราบาปได้ร้อยละ 56.4



### ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้คิดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50 ราย และนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .91 เมื่อนำแบบวัดนี้มาใช้กับผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 367 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .90

2) แบบวัดตราบาปของ Barbara, Ferrans และ Lashley (2001) เครื่องมือนี้วัดตราบาปตามการรับรู้ สร้างขึ้นเพื่อประเมินตราบาปของผู้คิดเชื้อเอชไอวี ซึ่งวิธีการสร้างเครื่องมือสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องตราบาป และลักษณะทางจิตสังคมของผู้คิดเชื้อเอชไอวี รูปแบบของแนวคิดการรับรู้ตราบาปได้พัฒนาเป็นแนวทางกว้างๆ เพื่อให้ข้อคำถามครอบคลุมตราบาปในผู้คิดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากยังไม่เคยมีรูปแบบของตราบาปในผู้คิดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ดังนั้นรูปแบบแนวคิดนี้ได้พัฒนามาบนพื้นฐานของการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตราบาปอย่างกว้างขวางที่ประกอบด้วย เนื้อหาของภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับตราบาปได้รวบรวมมาจากการงานของ Ginsburg และ Link ในปี ค.ศ. 1989, Jones และคณะ ปี ค.ศ.1984, Scambler และ Hopkins ปี ค.ศ. 1990, Schneider และ Conrad ปี ค.ศ. 1980 และ Goffman (1963) สำหรับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเฉพาะตราบาปในผู้คิดเชื้อเอชไอวีรวบรวมมาจากการงานของ Bennett ปี ค.ศ. 1990, Chung ปี ค.ศ. 1992, Donohue ปี ค.ศ. 1991, King ปี ค.ศ. 1989, Lang ปี ค.ศ. 1991, McCain และ Graling ปี 1992, Laryea และ Gien (1993), Siegel และ Krauss (1991) และ Weitz (1990) และได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านเอชไอวี

### ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามเนื้อหา ในการสร้างข้อคำถามนี้ Barbara, Ferrans และ Lashley (2001) ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน จากทางด้านสังคมวิทยา จิตวิทยา และจากทางด้านการพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ข้อคำถามที่สร้างขึ้นทั้งหมดมีจำนวน 184 ข้อ การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ครั้ง พบว่าเหลือข้อคำถามจำนวน 101 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 มี 58 ข้อ ถามเกี่ยวกับประสบการณ์จริงหรือความรู้สึกในการตอบสนองที่มีความเกี่ยวข้องกับการคิดเชื้อเอชไอวี ตอนที่ 2 ถามเกี่ยวกับสถานการณ์เมื่อคนอื่นรู้ว่าคิดเชื้อเอชไอวีและแสดงการตอบสนองต่อการคิดเชื้อเอชไอวี

หลังจากที่ได้ข้อคำถามที่ใช้วัดตราบาปแล้ว ได้ใช้เครื่องมือวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg ปี 1965 ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับตราบาป เครื่องมือวัดความซึมเศร้าซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาป เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับตราบาป และเครื่องมือวัดความขัดแย้งในสังคมซึ่งคาดว่าจะ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาป จัดทำเป็นแบบสอบถามส่งให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีตอบจำนวน 2,460 ฉบับ ผลปรากฏว่าได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 318 ฉบับ

#### ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อคำถามจำนวน 93 ข้อ จากข้อคำถามจำนวน 101 ข้อ ที่ได้รับการยอมรับในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านตราบาปส่วนบุคคล ความคงที่ขององค์ประกอบครั้งแรกมีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .53-.73 องค์ประกอบที่ 2 เกี่ยวกับการเปิดเผยสถานภาพการคิดเชื่อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .52-.75 องค์ประกอบที่ 3 ด้านอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามอยู่ .50 และมีข้อคำถาม 4 ข้อ ที่มีค่ามากกว่า .70 องค์ประกอบที่ 4 ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี ประกอบด้วยจำนวน 12 ข้อคำถาม มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .65-.71 จำนวนข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 40 ข้อ ทั้ง 4 องค์ประกอบหลักสามารถอธิบายตราบาปได้ร้อยละ 46

#### การหาความสัมพันธ์ของเครื่องมือที่ใช้วัด

ความสัมพันธ์ของเครื่องมือแต่ละคู่นี้เป็นไปตามที่คาดไว้ การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับตราบาป ( $r = .60$ ) ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาป ( $r = .63$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับตราบาป ( $r = .54$ ) และความขัดแย้งทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาป ( $r = .59$ )

#### ความเที่ยงของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

ความเที่ยงของเครื่องมือวัดตราบาปเมื่อนำไปใช้กับผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวน 318 ราย พบว่า มีความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดโดยรวมจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .96 เมื่อนำไปวัดซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวน 139 ราย พบว่า มีความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดโดยรวมเท่ากับ .92 สำหรับรายด้านพบว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้านตราบาปส่วนบุคคลเท่ากับ .93 นำไปทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .87 ด้านการเปิดเผยผลการคิดเชื่อเอชไอวี .90 นำไปทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .90 ด้านอัตมโนทัศน์ในด้านลบ .91 นำไปทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .90 ด้านทัศนคติของสังคม .93 นำไปทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .89

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบวัดตราบาปในผู้คิดเชื่อเอชไอวีของ Barbara, Ferrans และ Lashley เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สามารถประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาปได้ทั้งตราบาปที่เกิดจากตัวผู้คิดเชื่อเอชไอวีเองและตราบาปที่ได้รับจากคนอื่นหรือสังคม

### 3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1981: 258; 1988: 225; 1990: 256, 1997: 57) ได้ให้ความหมายของความ รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลไม่สามารถ อธิบาย หรือให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ ไม่สามารถที่จะทำนายผลลัพธ์ของ ความเจ็บป่วยได้ถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

Lazarus และ Folkman (1984: 87-92) ได้ให้ความหมายของความ รู้สึกไม่แน่นอนว่า หมายถึง การที่ไม่สามารถอธิบาย หรือให้ความหมายของเหตุการณ์

Hilton (1994: 18 cited in McCormick, 2002: 128) ได้ให้ความหมายของความ รู้สึกไม่แน่นอนว่า หมายถึง การรับรู้ในความเข้าใจสภาวะที่อยู่ระหว่างความรู้สึกความแน่นอนกับความ ไม่แน่นอน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และทำให้มีผลต่อการคุกคามหรือ ก่อให้เกิดภาวะทาง อารมณ์ในทางที่ดี

โดยสรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่บุคคล ไม่สามารถกำหนดหรือระบุถึงความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือ ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง

Mishel (1988, 1997, 1999) ได้แบ่ง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจสภาพความเจ็บป่วย อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็น โรคอะไร การดำเนินของโรคจะเป็นไปในทางใด

2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วย มีความรู้สึกว่าขั้นตอนของการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงวิธีการรักษาโรค ระเบียบขั้นตอน ในการเข้ารับการรักษา ในสถานบริการสุขภาพทำให้เกิดความไม่คุ้นเคย ไม่กล้า ท้อแท้ไม่ยอม มารับบริการ ตลอดจนไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาจะช่วยให้ตัวเองหายจากโรค

3) ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Inconsistency) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือบางครั้งข้อมูลที่ ได้รับมีน้อย ทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ของการเจ็บป่วยต่างๆ ได้

4) การที่ไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) เป็นผลเนื่องจากความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย และความซับซ้อนของระบบการ รักษาและระบบการบริการสุขภาพพร้อมทั้งความไม่สม่ำเสมอในข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ ได้รับ ทำให้ประเมินสถานการณ์ไม่ได้

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดกลุ่มตัวอย่างใน 4 ลักษณะ คือ 1) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 2) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน 3) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของพ่อแม่เด็กป่วย 4) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Adult Uncertainty In Illness Scale, MUIS) ฉบับ 32 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และเป็นเครื่องมือได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้มีค่าความน่าเชื่อถือมาก (Mast, 1995: 3)

เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล สร้างขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 1980 และพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1981 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือนี้ มิเชลได้สร้างเครื่องมือในการวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 45 ราย แนวคิดที่ใช้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาของ Moos ปี ค.ศ. 1977 แนวคิดจากกรอบแนวคิดความเครียดและการประเมินทัศนคติความเครียดของ Lazarus ปี ค.ศ. 1967 และใช้คำที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนของ Norton ปี ค.ศ. 1975 ที่กล่าวถึงในเรื่อง “การวัดระดับความทนทานของความคลุมเครือ (Measurement of ambiguity tolerance)”

ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัด 5 ระดับ มีทั้งทางบวก ทางลบ และมีความเป็นกลาง เพื่อให้สามารถตัดแปลงใช้กับผู้ป่วยได้หลายกลุ่ม ภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถามผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยแผนกอายุกรรม และศัลยกรรม สร้างข้อคำถามในการวัดได้ 54 ข้อ และแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนาย 3. ด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ 4. ด้านการขาดความชัดเจน หลังจากได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้พบว่า ข้อคำถามซ้ำซ้อนลดลงเหลือ 30 ข้อ (Mishel, 1981, 258-261)

### ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) มี 2 ด้าน คือ 1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ 2. ด้านการไม่สามารถทำนายอาการและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ และมี 2 ข้อคำถามที่ไม่ได้อยู่ในสององค์ประกอบนี้

การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยวิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง (Known groups technique) มิเชลได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ทราบกันคืออยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่ต้องการวัด ในผู้ป่วยจำนวน 253 ราย ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย

อายุรกรรม จำนวน 134 ราย ผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 68 ราย และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอการวินิจฉัยโรคจำนวน 51 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงสุดคือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอการวินิจฉัยโรค รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรม ตามลำดับ เมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบซ้ำกับผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 37 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจซึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้ว ผลของการศึกษานี้ตรงตามโครงสร้างของทฤษฎี (Mishel, 1981: 262)

ความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) มิเชลได้ทำการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับ การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 100 ราย ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบวัดความเครียดของเหตุการณ์ขณะอยู่ในโรงพยาบาลของ Volicer ปี ค.ศ.1977 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติของเพียร์สันพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ผลพบว่ามี ความสอดคล้องตามทฤษฎี (Mishel, 1981: 262)

ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) มิเชลได้ใช้เกณฑ์ในด้านความรู้ความเข้าใจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 26 ราย ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ร่วมกับการวัดความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาด้วยแบบทดสอบความจำของ Casseleth ปี ค.ศ. 1980 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษามีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงตามเกณฑ์ของทฤษฎี (Mishel, 1981: 262-263)

### ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการสร้างเครื่องมือครั้งแรก มิเชลได้หาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือพบว่า ค่าความเที่ยงของค่าความสอดคล้องภายในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .91 แต่ในด้านการไม่สามารถทำนายอาการและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย (มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .64 ซึ่งเป็นค่าที่ค่อนข้างต่ำ มิเชลได้หาค่าความเที่ยงอีกครั้งโดยได้สร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 4 ข้อ และทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 100 ราย พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .89 และในด้านการไม่สามารถทำนายอาการและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเพิ่มขึ้นเป็น .72 (Mishel, 1981: 261)

ปี ค.ศ. 1982 มิเชล (Mishel, 1997: 6-7) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่โดยใช้แบบสอบถามเดิมที่มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย

2) ด้านความซับซ้อน 3) ด้านการขาดข้อมูล 4) ด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรค จากผลการศึกษาในหลายๆ ครั้งพบว่า ความเที่ยงขององค์ประกอบด้านการขาดข้อมูลและด้านการไม่สามารถทำนายผลของการเจ็บป่วย มีค่าไม่คงที่และได้ค่าต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ในปี ค.ศ. 1986 มิเชลได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบใหม่ โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 616 ราย พบว่า เครื่องมือมีองค์ประกอบ 4 ด้าน เช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของเครื่องด้านการขาดข้อมูลและด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรค มีค่าไม่คงที่ เมื่อนำหน้าหน้าองค์ประกอบรายชื่อพบว่าในแต่ละข้อมีหนักตั้งแต่ .39 ขึ้นไป

ปี ค.ศ. 1989 มิเชล ได้นำเครื่องมือไปวิเคราะห์องค์ประกอบและหาค่าความเที่ยงใหม่ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังต่างๆ จำนวน 1,199 รายพบว่า มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ มีค่านำหน้าหน้าองค์ประกอบ .38 ขึ้นไป และประกอบด้วย 4 ด้าน แต่มี 2 ด้านที่มีความหมายเปลี่ยนไปคือ ด้านการขาดข้อมูลเปลี่ยนเป็นด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรคเปลี่ยนเป็นด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับ 32 ข้อ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยรวมเท่ากับ .80-.93 ส่วนรายด้าน พบว่า ด้านความคลุมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .73-.91 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .37-.86 ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .55-.91 ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .21-.74

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Brashers และคณะ (1998: 70-73) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะติดเชื้อไม่แสดงอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนสูงเนื่องจากการขาดความคุ้นเคยของเหตุการณ์ โดยเฉพาะบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นประสบการณ์ครั้งแรกที่ต้องเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ การนัดหมายของแพทย์ การอธิบายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการทดลองทางคลินิก ซึ่งลักษณะของเหตุทั้งหมดสามารถทำให้เกิดความสับสนจากความซับซ้อนของกระบวนการและภาษาทางการแพทย์ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี การบอกหรือไม่บอกความจริงและปฏิกิริยาจากบุคคลอื่น (Gaskins and Brown, 1992) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน บ่อยครั้งที่ครอบครัวมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและความ



ยากลำบากในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน (Brown and Powell-Cope, 1991) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะให้ความช่วยเหลือได้ดีกว่าสมาชิกของครอบครัวในการแสวงหาความช่วยเหลือ แต่สมาชิกในเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ต้องตายจากการโรคเอดส์ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวจะสูญเสียจากความตายและการถูกปฏิเสธ

การขาดความสอดคล้องของเหตุการณ์พบบ่อยมากที่ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะไม่แสดงอาการสูงขึ้นผู้ป่วยจะคาดหวังว่ายาและการรักษาจะช่วยให้อาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งในผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่มีอาการจะรู้สึกว่ามีเจ็บป่วยทางร่างกายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาทำให้ปวดศีรษะ ทรบควนการทำงานของระบบประสาท การทำงานของระบบทางเดินอาหารเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาหาร ถ่ายเหลว เป็นต้น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดำเนินของโรคอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์ ความกลัวเกี่ยวกับโรกระบบประสาทส่วนกลางการสูญเสียความจำ อาการหลงลืม ความเจ็บปวด การติดเชื้อต่าง ๆ การสูญเสียการมองเห็น การไร้ความสามารถ เป็นต้น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทำให้ไม่สามารถวางแผนอนาคตได้ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการทำงาน การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตการเจริญเติบโตของบุตร (Sharts-Hopko et al, 1995: 107-118)

2) ระยะแสดงอาการ อาการการติดเชื้อเอชไอวีมีมากมายทำให้ไม่สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ สบการณ์ของอาการในช่วงที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและผลของการรักษาจากหลายสาเหตุ ความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการและการขาดความสอดคล้องของเหตุการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เช่น ประสบการณ์การปวดศีรษะ จะเกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการเนื่องจากอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่จะเกิดจากความตึงเครียด ฤทธิ์ข้างเคียงของยา zidovudine หรือเป็นอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนอาจจะสูงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง เช่น การติดเชื้อไวรัสที่ระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทการรับรู้ทำให้การทำหน้าที่ในการรับรู้ลดลง การใช้ยาในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการดื่มสุรา ความผิดปกติด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากมีการสื่อสารที่ผิดปกติ สูญเสียการมองเห็นการได้ยิน มีปัญหาในการเรียนรู้และทำความเข้าใจ มีปัญหาในการพูด ซึ่งกระบวนการของข้อมูลข่าวสารที่ลดลงเป็นผลมาจากการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่เพิ่มขึ้น

ความไม่แน่นอนสูงเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนของระบบการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อฉวยโอกาส มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อฉวยโอกาสมีการเปลี่ยนแปลงเร็ว เช่น การพัฒนาในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี จากปี ค.ศ. 1987 ที่ใช้ยาเอแซสที (AZT) ในการต้านไวรัสเอชไอวีเป็นอันดับแรก ต่อมามีการพัฒนายาต้านไวรัสเอชไอวีขึ้นอีกหลายชนิดและใช้ร่วมกันหลายชนิด มีการ



ประชุมปรับปรุงการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีบ่อย ความซับซ้อนของการรักษา ผู้ร่วมวิจัยในการทดลองทางคลินิกอาจต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่มั่นใจเนื่องจากการรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการทดลองซึ่งประสิทธิผลของการรักษาไม่แน่นอน ไม่มีใครสามารถให้คำตอบได้ การได้รับยาทดลองในการทดลอง ความไม่ทราบสถานการณ์ที่ตนเองประสบอยู่อาจทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจากระบบการดูแลสุขภาพ ความหน้าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่ลดลงจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลในการรักษา

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Korniewicz, O'Brien และ Larson (1990) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคม ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Self-concept) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ความเห็นห่างหรือสภาพที่กลายเป็นคนแปลกหน้า (alienation) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ จำนวน 10 ราย เอดส์ระยะปฐมภูมิ จำนวน 10 ราย ระยะเอดส์เพิ่มขึ้น 19 ราย และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 24 ราย รวมผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด จำนวน 63 ราย ใช้ทฤษฎีตราบาปของ Goffman ปี ค.ศ. 1963 ใช้เครื่องมือวัดด้านอัตมโนทัศน์ของ Sherwood ปี ค.ศ. 1962 เครื่องมือวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg ปี ค.ศ. 1965 เครื่องมือวัดความเห็นห่างของ Dean ปี ค.ศ. 1961 และเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ในสังคมซึ่งสร้างโดย O'Brien ปี ค.ศ. 1980 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการปรับตัวด้านความเห็นห่างในลักษณะพลังอำนาจของตนเองลดลงของกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีพบว่ามีความรู้สึกรู้สึกเห็นห่างสูงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Longo, Spross และ Locke (1990) ได้ศึกษาลักษณะที่สำคัญเกี่ยวกับผลสะท้อนในผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 34 ราย ด้วยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตจากปัญหาในการปรับตัว ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดการเจ็บป่วยมากมายไม่สามารถทำงานได้ ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ แยกตัวเองออกจากสังคม กลัวการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท กลัวตาย กลัวถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่ใจ การไม่ยอมรับ

Ramsey (1990: abstract) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มสนับสนุนในชุมชนต่อการปรับตัวทางด้านจิตสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกหมดหวัง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 95 ราย เป็นการศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนในชุมชนและผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดการปรับตัวทางด้านจิตสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และเครื่องมือวัดความรู้สึกหมดหวัง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ

T-tests และการวิเคราะห์ความแปรปรวน และใช้สถิติถดถอยพหุคูณในการอธิบายความสัมพันธ์และอำนาจในการพยากรณ์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ร้อยละ 39.5

Gaskins และ Brown (1992: 111-121) ได้ทำการศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ราย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Grounded Theory จากสัมภาษณ์พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งที่ปรากฏออกมาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ต้องเผชิญกับสภาวะที่คลุมเครือ (Gray zone) ภาวะ Gray zone นี้จะเป็นอาการแสดงของผู้ที่มีความทุกข์ทรมานมาก เช่น ความวิตกกังวล ความอ่อนล้า และการสูญเสียการตัดสินใจ

Laryea และ Gien (1993: 245-266) ได้ทำการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 ราย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Grounded Theory พบว่า การที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของบุคคลในการดำเนินชีวิต ต้องเผชิญปัญหากับการได้รับทราบจากสังคม ความทุกข์ทรมานที่รบกวนปัญหาความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นระยะเวลายาวนานเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและประสบการณ์ที่รุนแรง ความกลัวการถูกเปิดเผยสถานภาพการเจ็บป่วยและนำไปสู่การปฏิเสธของสังคม

พวงทิพย์ ชัยพิบาลศฤงค์ และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในชายรักร่วมเพศ ชายรักต่างเพศ หญิงโสเภณี และผู้ติดยาเสพติด จำนวน 23 ราย ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวด้านจิตใจและอารมณ์พบว่าของผู้ติดเชื้อเอดส์มี 3 ระยะ คือ ระยะแรก ที่รู้ว่ามีอาการติดเชื้อเอดส์ จะมีความตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ร้องไห้ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เกิดยึดตนเอง รับรู้ว่าการได้รับการลงโทษ รู้สึกว่าตนเองโชคร้าย ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสงสัยว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นอย่างไรจึง สนใจศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ และสนใจการดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 เป็นระยะของการปรับตัว ผู้ที่สามารถปรับตัวได้ จะเลือกการดำเนินชีวิตตามที่ตนเองต้องการ สำหรับผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็จะทำร้ายตนเอง และก้าวร้าวผู้อื่น สำหรับการปรับตัวด้านสังคมพบว่า ได้รับการรังเกียจจากครอบครัว พ่อ แม่ พี่ น้อง และเพื่อนร่วมงาน จากปฏิกิริยาที่ผู้อื่นแสดงออกมาทำให้รู้สึกเอชไอวีรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องแยกตนเองออกจากสังคม ถูกครีครอนสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากสังคม และมีการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

สมมาตร พรหมภักดี ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์ (2536) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ชายต่อการเกิดโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการแจ้งผลการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 35 ราย ด้วยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล

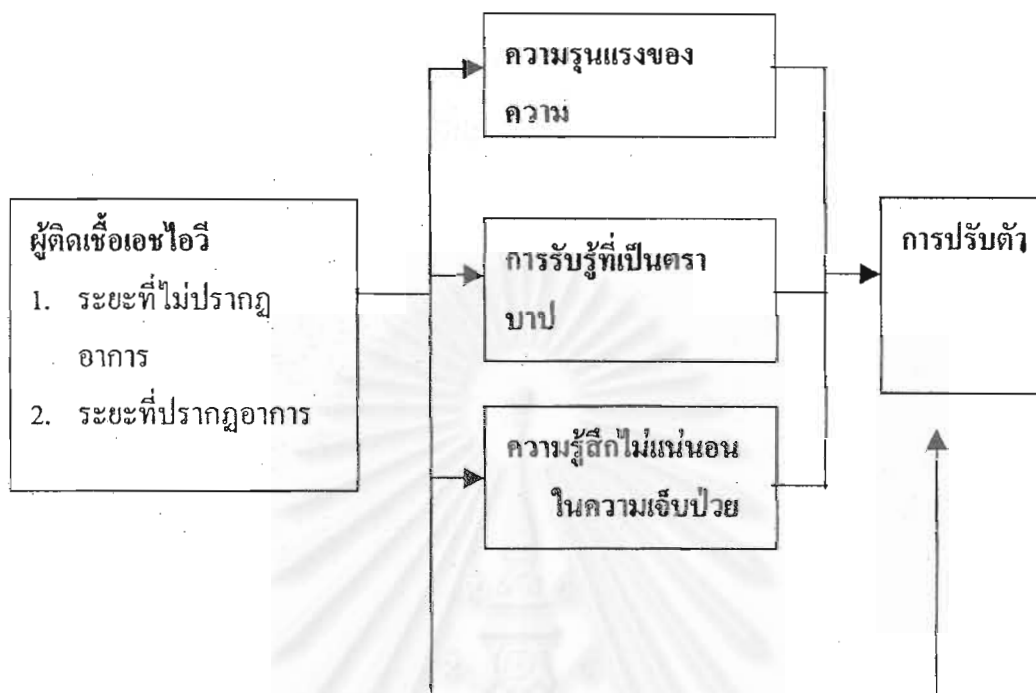
โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2533-2536 ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวต่อโรคเอดส์นับตั้งแต่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจำแนกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตกอยู่ในห้วงทุกข์จากความหวาดกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรังเกียจของสังคม และผลกระทบจากการเกิดโรคที่จะมีต่อครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อทุกรายมีการปรับตัวเพื่อการดูแลสุขภาพ สุขภาพ ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและการแพร่เชื้อโรคกระจายไปยังบุคคลอื่น วางแผนชีวิตเพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ระยะที่ 2 เป็นระยะของความคลั่งคลายความวิตกกังวล สามารถยอมรับการติดเชื้อของตนเองได้ ทำให้หลายคนละเลิกการดูแลสุขภาพและกลับไปมีพฤติกรรมเช่นในอดีต ดื่มสุรา เที่ยวเตร่ พักผ่อนน้อย ระยะที่ 3 เป็นระยะของความเจ็บป่วยและความตาย การปรับตัวของผู้ป่วยในระยะนี้เป็นการปรับตัวตามสภาพปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการรังเกียจของสังคมทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการขาดรายได้ และได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 50 ต้องตัดสินใจฆ่าตัวตาย

ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) ได้ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคือ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค การเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 367 ราย ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมการทำนายการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ร้อยละ 38

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรในการวิจัยเป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่

#### กลุ่มตัวอย่าง

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของทอร์นไคค (Thorndike, 1978: 184; Presscott, 1987: 130)  $N \geq 10K + 50$  (เมื่อ  $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการจำนวน 90 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการจำนวน 90 ราย

#### 2. การเลือกตัวอย่าง

2.1 คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย โรคตามที่ปรากฏในแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยไม่มีข้อมูลที่ระบุไว้ว่ามีระยะของโรคกลับกัน (Reversible) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร แบ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี
- 2) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย
- 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 2.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ดังนี้

จากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในข้อ 2.1 ทำการสุ่มใน 2 สถานที่ คือ 1) แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เวลา 7.30 น. ถึง 12.30 น. 2) คลินิกพิเศษ เวลา 13.00 น. ถึง 16.00 น. และทำการสุ่มดังนี้

2.2.1 จากสถานบริการทั้ง 2 แห่ง ศึกษาประวัติผู้รับบริการจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยแบ่งประเภทผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ

2.2.2 ทำการสุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ขณะมารับ

บริการตามเวลาและสถานที่ดังกล่าว หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยไม่ยินยอมก็จะทำการส่งผู้ร่วมวิจัยรายอื่นต่อไป

2.2.3 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการสุ่มในแต่ละวัน แต่ละกลุ่ม จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ 90 ราย และระยะที่ปรากฏอาการจำนวน 90 ราย ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2546 ถึง วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2546

2.3 ผลการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ		ระยะที่ปรากฏอาการ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	32	18	27	15	59	33
ชาย	58	32	63	35	121	77
อายุ						
20-29 ปี	23	13	25	14	48	27
30-39 ปี	43	24	44	24	87	48
40-49 ปี	20	11	15	9	35	20
50-59 ปี	4	2	6	3	10	6
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	22	12	25	14	47	26
มัธยมศึกษา	37	21	43	24	80	45
อนุปริญญา	13	7	16	9	29	16
ปริญญาตรี	15	8	6	3	21	11
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2	-	-	3	2

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาหนังสือเอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาดำเนินของโรค

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง เพศและระยะเวลาดำเนินของโรคเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ โดยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับการศึกษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาดำเนินของโรคผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

### ตอนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย

2. กำหนดคำจำกัดความและเนื้อหาตัวแปร จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

3. สร้างแบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดจากแบบวัดความเจ็บปวดแบบ 11 ช่อง ระดับคะแนน (11-Point Box Scale: BS- 11) ของ Jensen, et al., ปี ค.ศ. 1986 (พจนานุกรมการแพทย์, 2542)

ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดแบบตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยกำหนดความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็น 11 ระดับ โดยกำหนดให้ตัวเลขที่มีค่ามากแสดงถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก ดังนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่มีความ  
รุนแรง

มีความรุนแรง  
ปานกลาง

มีความ  
รุนแรงมาก

ภาพแสดงมาตรวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี



### เกณฑ์การให้คะแนน

ในกรณีที่เลือกตอบ 0	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 0	ให้คะแนน 0
ในกรณีที่เลือกตอบ 1	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 1	ให้คะแนน 1
ในกรณีที่เลือกตอบ 2	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 2	ให้คะแนน 2
ในกรณีที่เลือกตอบ 3	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 3	ให้คะแนน 3
ในกรณีที่เลือกตอบ 4	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 4	ให้คะแนน 4
ในกรณีที่เลือกตอบ 5	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 5	ให้คะแนน 5
ในกรณีที่เลือกตอบ 6	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 6	ให้คะแนน 6
ในกรณีที่เลือกตอบ 7	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 7	ให้คะแนน 7
ในกรณีที่เลือกตอบ 8	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 8	ให้คะแนน 8
ในกรณีที่เลือกตอบ 9	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 9	ให้คะแนน 9
ในกรณีที่เลือกตอบ 10	ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตัวเลข 10	ให้คะแนน 10

### การแปลความหมาย

แบบวัดนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ระดับคะแนนมาก หมายถึง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

### คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านโรคเอดส์ 3 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดเชื้อ 1 คน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์การประเมินพิจารณาตัดสินว่าจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 4 ใน 5 คน ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มีความเห็นพ้องกันว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index = CVI) ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องมีค่ามากกว่า .80 โดยวิธีการคำนวณนั้นให้นำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ที่มีความเห็นสอดคล้องในระดับ 3 หรือ 4 ตามการวัดโดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ คือ 1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้องน้อย 3 = สอดคล้องค่อนข้างมาก 4 = สอดคล้องมาก มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาตามสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2545: 221-225 )

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

ความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และโรงพยาบาลศรีสังขนาถ หลังจากนั้นอีก 3-8 วัน ผู้วิจัยนำแบบวัดชุดเดิมไปให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเดิมตอบอีกครั้งหนึ่ง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2545: 1-3; Polit, Berk and Hungler, 2001; 305-306) ซึ่งในการตอบแบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยนี้ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผู้ป่วยในซึ่งยังนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยนอกที่ติดตามที่สถาบันพัฒนาชุมชนเข้มแข็งจังหวัดสุโขทัย และที่การประชุมกลุ่มผู้คิดเชื้อเอชไอวีอำเภอศรีสังขนาถ จากนั้นนำผลที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .82

### ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราภาพ

ผู้วิจัยเรียบเรียงข้อคำถามการรับรู้ที่เป็นตราภาพของผู้คิดเชื้อเอชไอวีของ Berger, Ferrans และ Lashley (2001) ที่ผ่านการแปลและตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาจากศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา จำนวน 2 คน แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราภาพนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มี 4 ด้าน คือ

1. ด้านตราภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 18, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38 และข้อ 39
2. ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 17, 21, 22, 25 และข้อ 37
3. ด้านความรู้สึกลในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 7, 8, 11, 12, 15 และข้อ 23
4. ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้คิดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 9, 10, 14, 16, 19, 20 และข้อ 40

ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 38 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 และข้อ 40 และข้อคำถามด้านลบมี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 และ ข้อ 21 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ที่เป็นตราบาป พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง  
กรรมสูตร, 2542: 68-74)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.50 - 4.00	ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงสุด
2.50 - 3.49	ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูง
1.50 - 2.49	ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำ
1.00 - 1.49	ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำสุด

#### คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปนี้ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ  
ตรวจสอบจำนวน 5 คน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเอดส์ 3 คน อาจารย์พยาบาล  
ผู้เชี่ยวชาญด้านตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 1 คน ผู้  
วิจัยได้ตัดสินใจผ่านการตรวจสอบของข้อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่  
เห็นว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4 ตามการวัดโดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ คือ 1 = ไม่  
สอดคล้อง 2 = สอดคล้องน้อย 3 = สอดคล้องค่อนข้างมาก 4 = สอดคล้องมาก ผลปรากฏว่า  
ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การประเมิน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82  
หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามที่คุณทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้มีความถูกต้อง  
เหมาะสม

ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไป  
ทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนก  
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และที่โรงพยาบาลศรีสังขนาลัย จำนวน 30 ราย หลังจากนั้น  
นำไปหาค่าความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha  
Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 180 ราย  
พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .94

#### ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล-ฉบับผู้ใหญ่วิทยา โดยดัดแปลงเครื่องมือฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สุณี สุวรรณพสุ (2544: 63-67) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 24 และข้อ 25
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 27, 30, 31 และข้อ 32
3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 21 และข้อ 28
4. ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรคประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ 12, 20, 24, 27 และข้อ 30

ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยเลย ๆ หรือไม่แน่ใจ เห็นด้วย และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นทางบวก จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, และข้อ 28 สำหรับข้อคำถามทางลบมีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 12, 20, 24, 26, 27, 29, 30, 31 และข้อ 32 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1	คะแนน
เห็นด้วย	4	2	คะแนน
เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	3	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 68-74)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50 - 5.00	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด
3.50 - 4.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง
2.50 - 3.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง
1.50 - 2.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำสุด
1.00 - 1.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำสุด

### คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลที่ได้ รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สุณี สุวรรณพสุ (2544: 63-67) มาดัดแปลง และนำไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 2 คน อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 1 คน ผู้วิจัยได้ตัดสินใจ การผ่านการตรวจสอบของข้อคำถามแต่ละข้อโดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าข้อค้ถาม มีความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4 ตามการวัดโดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ คือ 1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้องน้อย 3 = สอดคล้องค่อนข้างมาก 4 = สอดคล้องมาก ผลปรากฏว่ามีข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .53 เนื่องจากมีการเรียงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับรายด้าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามตามแบบวัดของมิเชลอีกครั้งหนึ่ง

ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไปทดลอง ใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และที่โรงพยาบาลศรีสังวรราช จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำไปหาค่า ความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .81 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 180 ราย พบว่ามีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .78

### ตอนที่ 5 แบบวัดการปรับตัว

แบบวัดการปรับตัวนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของ สุณี สุวรรณพสุ (2544: 76-79) ที่สร้างมาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ ของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 2 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อ มี 3 ด้าน คือ

1. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในข้อที่ 1-20 เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับอาชีพการงาน จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสังคม จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 8 ข้อ

2. ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในข้อที่ 21-27

3. ด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามในข้อที่ 28-35

ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายในทางบวก จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 29, 32, 33 และข้อที่ 35 และสำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ มีจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31 และข้อที่ 34 เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยมาก	3	1	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	3	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนการปรับตัว พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 68-74)

คะแนนเฉลี่ย

2.50 – 3.00

1.50 - 2.49

1.00 – 1.49

การแปลความหมาย

การปรับตัวอยู่ในระดับดี

การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

การปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี

### คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวที่สร้างโดย สุทธิ สุวรรณพสุ (2544: 76-79) มาดัดแปลง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 4 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 1 คน ผู้วิจัยได้ตัดสินใจผ่านการตรวจสอบของข้อคำถามแต่ละข้อโดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4 ตามการวัดโดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ คือ 1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้องน้อย 3 = สอดคล้องค่อนข้างมาก 4 = สอดคล้องมาก ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์การประเมินพิจารณาตัดสินว่าจะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 4 ใน 5 คน ปรากฏว่าผลปรากฏว่าข้อคำถามทุกข้อ ผ่านเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .66 เนื่องจากข้อคำถามมีลักษณะไม่ชัดเจน ซ้ำซ้อน และถามในลักษณะปฏิเสธ ซ้อนปฏิเสธ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้

ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 180 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. ก่อนผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการประกอบการตัดสินใจกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ายินยอมให้เปิดเผยสถานการติดเชื้อเอชไอวี และเข้าร่วมในการวิจัย หรือไม่ ถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอม ผู้วิจัยจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและกรณียินยอมให้เปิดเผยสถานการติดเชื้อเอชไอวีกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจ จึงให้ตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามแทนตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ
5. ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 3-4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 180 ราย นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เคารพสิทธิและความเป็นบุคคลโดยทำการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยประกอบการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วติดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับผู้วิจัยหรือไม่ ถ้าหากยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและยินยอมให้เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับผู้วิจัยผู้วิจัยจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อแนะนำตนเองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี



ทราบอีกครั้งก่อนที่จะให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและยินยอมเปิดเผยสถานการณ์การคิดเชื้อเอชไอวีกับผู้วิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลของผู้ป่วยจะถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตามความพึงพอใจ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมในครั้งนี้จะไม่ต่อการรักษาพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับพร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรม SPSS for Window (Statistical Package For the Social Science for Window) ดังนี้

1) วิเคราะห์การปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกเป็นรายด้านและรายรวมแล้ว ประเมินระดับค่าเฉลี่ย

2) เปรียบเทียบการปรับตัว ความความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติทดสอบค่าที (t – test Statistic) แบบ Independent group

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment Correlation ) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติทดสอบค่าที (t – test Statistic)

4) วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขั้นตอน (stepwise multiple regression) เพื่อหาความสามารถในการร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้ที่คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ดังนี้

4.1) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

4.2) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)

4.3) หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (Beta)

4.4) ทดสอบค่า  $t$  เพื่อทดสอบว่า  $B$  ของตัวพยากรณ์แต่ละตัวว่าจะส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์หรือไม่

4.5) หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์

4.6) สร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้คิดเชื่อเฮซไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 180 ราย ผู้วิจัยรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. การปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

2. การเปรียบเทียบการปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 - 6

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7

4. การสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการจากปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การศึกษาการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ

การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการและระยะที่ไม่ปรากฏอาการทั้งรายรวม และรายด้าน

การปรับตัว	ระยะไม่ปรากฏอาการ			ระยะปรากฏอาการ			รวม		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	2.41	0.40	ปานกลาง	2.21	0.31	ปานกลาง	2.31	0.36	ปานกลาง
ด้านขวัญและกำลังใจ	2.36	0.53	ปานกลาง	2.02	0.39	ปานกลาง	2.19	0.46	ปานกลาง
ด้านภาวะสุขภาพ	2.48	0.41	ปานกลาง	2.16	0.42	ปานกลาง	2.32	0.42	ปานกลาง
รวม	2.42	0.37	ปานกลาง	2.11	0.29	ปานกลาง	2.27	0.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.27$ ) และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 และ 2.11 ตามลำดับ และอยู่ในระดับปานกลางทั้งคู่ การพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า โดยรวมและโดยแต่ละระยะของอาการ ในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม

การเปรียบเทียบการปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางที่ 3-6

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปรับตัว	$\bar{X}$	S.D.	dt	t	p - value
1. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.41	0.40			
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.21	0.31	178	5.383	0.000
2. ด้านขวัญและกำลังใจ					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.36	0.53			
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.02	0.39	178	4.574	0.054
3. ด้านภาวะสุขภาพ					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.48	0.41			
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.16	0.42	178	5.469	0.000
รวม					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.42	0.37			
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.11	0.29	178	6.297	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่า การปรับตัวโดยรวมของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการมีการปรับตัวดีกว่าระยะที่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ระบุไว้ว่า การปรับตัวของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านภาวะสุขภาพของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการมีการปรับตัวดีกว่าผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจพบว่าการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีการปรับตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p - value
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	4.08	3.19	178	-4.08	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	5.90	2.78			

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการ มีความรุนแรงมากกว่าในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ระบุไว้ว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.90 และระยะไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้คิดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ที่เป็นตราบาป	$\bar{X}$	S.D.	dt	t	p - value
1. ด้านตราบาปส่วนบุคคล					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	1.98	0.67	178	-5.76	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.53	0.62			
2. ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.60	0.69	178	-1.94	0.054
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.78	0.55			
3. ด้านความรู้สึกลงในด้านลบต่อ ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.26	0.59	178	-3.87	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.58	0.50			
4. ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.54	0.70	178	-3.75	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.93	0.69			
รวม					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.27	0.53	178	-5.325	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.67	0.47			

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ระบุไว้ว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปในด้านตราบาปส่วนบุคคล ด้านความรู้สึกลงในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อและด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการสูงกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ



เอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการและระยะที่ไม่ปรากฏอาการพบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปในทั้ง 2 ระยะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้สึกไม่แน่นอน	$\bar{X}$	S.D.	dt	t	p - value
1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.96	0.74	178	-5.116	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	3.21	0.62			
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.43	0.56	178	-1.734	0.085
ระยะที่ปรากฏอาการ	2.56	0.49			
3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.64	0.76	178	-4.216	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	3.22	0.07			
4. ด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	3.26	0.69	178	0.681	0.497
ระยะที่ปรากฏอาการ	3.18	0.79			
รวม					
ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ	2.70	0.49	178	-5.121	0.000
ระยะที่ปรากฏอาการ	3.06	0.44			

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ระบุไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

และการรักษา และด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะเวลาที่ปรากฏอาการ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทั้ง 2 ระยะเวลา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะเวลาที่ปรากฏอาการ**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะเวลาที่ปรากฏอาการ

ตัวแปร	ระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ				ระยะเวลาที่ปรากฏอาการ			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	1.00				1.00			
2. การรับรู้ที่เป็นตราบาป	.334**	1.00			.026	1.00		
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.277**	.509**	1.00		.071	.301**	1.00	
4. การปรับตัว	-.169	-.402**	-.509**	1.00	-.186	-.276**	-.402**	1.00

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่า การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับตราบาป ( $r = -.402$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.509$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป ( $r = .334$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .277$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .509$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับตราบาป ( $r = -.276$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.402$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 และการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการมีสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .301$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัว และสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ**  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ( $b$ ) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ

ระยะเวลา	ตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	F	คะแนนดิบ		คะแนนมาตรฐาน	
					b	SE.b	Beta	t
ไม่มีอาการ	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.509	.259	30.691**	-.420	.076	-.509	-5.540**
มีอาการ	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.402	.162	16.985**	-.287	.070	-.402	-4.121**

Constant = 121.134

\*\*p < .01

จากตารางที่ 8 พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ มีเพียงตัวแปรเดียว คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการและระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการเท่ากับ .259 และระยะที่ปรากฏอาการเท่ากับ .162 แสดงว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการได้ ร้อยละ 25.90 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการได้ ร้อยละ 16.20

**สมการพยากรณ์**

**1. สมการในรูปคะแนนดิบ**

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาไม่ปรากฏอาการ =  $121.134 - .420$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ปรากฏอาการ =  $121.134 - .287$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

**2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน**

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาไม่ปรากฏอาการ =  $-.509$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาปรากฏอาการ =  $-.402$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

2. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัว ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการกับระยะที่ปรากฏอาการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ
4. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการจากปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของทอร์นไคค์(Thorndike, 1978: 184; Presscott, 1987: 130) เลือกตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 180 ราย แบ่งเป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการจำนวน 90 ราย และระยะที่ปรากฏอาการจำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดการปรับตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 .88 .81 และ.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 10 (Statistical Package for the Social Science) หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ เปรียบเทียบความแตกต่างของ

ความรุนแรงของของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) หากความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัว โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

### สรุปผลการวิจัย

1. การปรับตัวโดยรวมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.27, S.D. = 0.41$ )
2. การปรับตัวโดยรวมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีการปรับตัวดีกว่าระยะที่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 และระยะปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 แต่ทั้งสองระยะมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ มีความรุนแรงมากกว่าในระยะที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.90 และระยะไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08

การรับรู้ที่เป็นตราบาปโดยรวมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

3. การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.402$  และ  $-.509$  ตามลำดับ)

การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.276$  และ  $-.402$  ตามลำดับ)

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการได้ร้อยละ 25.90 และมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการได้ร้อยละ 16.20 สร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ =  $-.509$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการ =  $-.402$  (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

## อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ และเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ระยะ

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 การปรับตัวในระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 และระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 ซึ่งระดับการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวทั้งในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายรวมและรายด้าน ซึ่งพบว่า การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการศึกษาครั้งนี้ดีกว่าการปรับตัวของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (อ้อมใจ สิทธิจำลอง, 2542) และดีกว่าการการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านภาวะสุขภาพ แต่พบว่า การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, 2539) มีการปรับตัวดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพดีที่สุด รองลงไปได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมดีที่สุด รองลงไปได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ ส่วนการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีการปรับตัวต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า การปรับตัวโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า ระยะของการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการจะมีการปรับตัวดีกว่าระยะที่ปรากฏอาการเนื่อง

จาก ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา หรือ บุคลิกภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ประสบปัญหามากในการปรับตัวยังคงสามารถทำงานได้ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่มีความคิดผิดปกติจากภายนอกร่างกายให้เห็น ปัญหาส่วนใหญ่ในระยะนี้จะพบในช่วงหลังจากที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะตกใจ เสียใจ วิตกกังวล เครียด เมื่อเวลาผ่านไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มยอมรับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้ และมีการปรับตัวไปในทางที่ดี มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต (บำเพ็ญ จิตแสงชาติ, 2541: 87 พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ, 2534; สุรรัตน์ ตรีมรรคา, 2539)

เมื่ออาการของโรคปรากฏขึ้น การเจ็บป่วยทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำงานได้ บทบาทหน้าที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2545: 1-10) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอดส่วนใหญ่ต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัวทางด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและด้านภาวะสุขภาพมาก เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของจอนพะจง เพ็งจาด และคณะ (2545: 100) พบว่า การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ ต้องเก็บตัวเงียบ หลีกเลียงการติดต่อกับสังคม ประสบกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และจากการศึกษาของสมมาตร พรหมภักดี ทวีทองหงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์ (2538: 73-83) พบว่าการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการผู้ป่วยจะปรับตัวตามสภาพปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ปัญหาด้านภาวะสุขภาพทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ร้อยละ 50 ต้องตัดสินใจฆ่าตัวตาย

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวในด้านขวัญและกำลังใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทั้ง 2 ระยะ ยังไม่อยู่ในระดับที่ดี ดังนั้นในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพยาบาลควรเน้นหนักในด้านการสร้างขวัญและกำลังใจให้มากกว่าด้านอื่นๆ ส่วนด้านที่ควรให้การพยาบาลเป็นลำดับต่อไปพบว่า ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และระยะที่ปรากฏอาการได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็น ตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ

2.1 ความแตกต่างระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ



ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ มีความรุนแรงมากกว่าในระยะที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.90 และระยะไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่าระยะของการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการจะรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เมื่อเข้าสู่ระยะที่ปรากฏอาการ การเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ รบกวนความสามารถในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย และความสุขสบายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ และเป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หาย (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2540; กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ทำให้มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2545: 1-11) ที่ศึกษาการรับรู้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมากกว่า ร้อยละ 70 รับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากกว่าในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ นอกจากนี้จากการศึกษาของงามจรี แซ่หลู่ (2543) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุอยู่ได้มากกว่า 7 ปี เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการจะรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากกว่าในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

## 2.2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ

การรับรู้ที่เป็นตราบาปโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปในด้านตราบาปส่วนบุคคล ด้านความรู้สึกลในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อและด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการสูงกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ที่เป็นตราบาปในด้านตราบาปส่วนบุคคล ด้านความรู้สึกลในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อและด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53, 2.58 และ 2.93 ตามลำดับ และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98, 2.26 และ 2.54 ตาม

ลำดับ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า ระยะของการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปน้อยกว่าระยะที่ปรากฏอาการ ยกเว้นด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อซึ่งพบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปของทั้ง 2 ระยะไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากโรคเอดส์ในการรับรู้ของประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงรักษาไม่หาย มีอาการนำเกลียดน่ากลัว ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อยากเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตน (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541; 115-116; Alonzo and Reynold, 1995: 305-311) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของจอห์นเซจ เฟ็งจาด และคณะ (2545: 87-100) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลโดยครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในเขตชุมชนเมืองของประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏอาการวิทยาเชิงตีความพบว่า ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการถูกรังเกียจ ทำให้ครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการอยู่เงียบๆ เพื่อเก็บความลับและการถูกรังเกียจ ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และการบิดเบือนความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

สำหรับการรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในระยะที่ไม่ปรากฏอาการนี้สภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงไม่มีใครสามารถที่จะสังเกตเห็นได้ คนส่วนใหญ่จึงยังไม่มีใครรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีตราบาปที่ได้รับจากสังคมจะพบน้อย ตราบาปส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะเกิดจากการรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง (Alonzo and Reynold, 1995: 308-309) เมื่ออาการของโรคปรากฏขึ้น ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่น่าเกลียดน่ากลัว ร่างกายชุ่มพอม ผิวหนังเป็นแผลพุพอง มีผื่นตามตัว ใบบ่อย ถ่ายเหลวบ่อย เป็นต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับตราบาปมากขึ้น ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นเป็นการตอกย้ำถึงตราบาป รู้สึกว่าตนเองเป็นคนผิดเป็นคนไม่ดีทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อน เสื่อมเสียชื่อเสียง (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2545: 1-10; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์ และคณะ, 2534; สมมาตร พรหมหักดี, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์, 2538; สุธีรา ชุ่นตระกูล, 2536; Alonzo and Reynold, 1995: 309-313) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดกับบุคคลคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับตราบาปเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า (Davis, 1989: 70 -71)

### 2.3 ความแตกต่างระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าระยะที่ไม่ปรากฏอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และระยะที่ไม่ปรากฏอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า ระยะของการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่าระยะที่ปรากฏอาการ ยกเว้นด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทั้ง 2 ระยะไม่มีความแตกต่างกัน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในระยะที่ไม่ปรากฏอาการนี้สภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ร่างกายยังแข็งแรงสามารถทำงานได้ตามปกติ (จามจุรี แซ่หลู่, 2543) ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีได้จากหลายปัจจัยทำให้เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการ การที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อไร และการขาดความสอดคล้องของเหตุการณ์ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการปวดศีรษะ จะมีความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการ ความไม่แน่ใจว่าอาการปวดศีรษะนี้เกิดจากความตึงเครียด หรือฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือเกิดจากการติดเชื้อราที่สมอง หรือเป็นเพราะความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางซึ่งส่งผลต่อความสามารถกระบวนการรับรู้และแปลความหมาย (Brashers et al., 1998: 66-77, Mishel, 1988: 225-227)

ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพยาบาลควรที่จะให้ความสำคัญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงความเป็นจริงจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาด การรักษาเป็นเพียงการรักษาตามอาการซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีรูปแบบไม่แน่นอน และอาการที่ปรากฏในแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถที่จะคาดการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคได้ ส่วนเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่มั่นใจว่ายาที่ได้รับจะได้ผลหรือไม่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการบางรายจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเนื่องจากไม่รู้ว่าเมื่อไรแพทย์จึงจะให้รับประทานยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ หรือไม่มั่นใจว่าจะตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีดีหรือไม่

นอกจากนี้ การคิดค้นและมีการพัฒนา หรือวิธีการต่างๆ ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ยังไม่มีบทสรุปของการรักษาที่แน่นอน (กระทรวงสาธารณสุข, 2545; เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541: 7-11; Brashers et al., 1998: 66-77; Molassiotis, 2001: 309-335; Katz and Hollander, 2002: 1342-1344) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านนี้ ทั้ง 2 ระยะ ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการพยาบาลควรตระหนักถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และด้านการไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ เป็นสิ่งสำคัญ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค ความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988: 226-228)

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ**

### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยกับการปรับตัว

จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ( $r = -.169, p > .05$ ) และระยะที่ปรากฏอาการ ( $r = -.186, p > .05$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เช่นเดียวกับการศึกษาของลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของการและอาการแสดงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) ได้อธิบายสาเหตุของผลการศึกษาที่พบว่าน่าจะเกิดจากกลุ่มการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการถึงร้อยละ 40.9 ซึ่งยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้เมื่อยามเจ็บป่วย จึงทำให้มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงขออาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อย และไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และอีกกลุ่มเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ดี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ปัจจัยที่คาดว่าน่าจะจะมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องมาจาก ขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่มีข่าวการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสซาร์ส หรือไข้หวัดมรณะ (อนุภาค, 2546: 4) ทำให้ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง

### 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่เป็นตราบาปกับการปรับตัว

การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ( $r = -.402$ ) และระยะที่ปรากฏอาการ ( $r = -.276$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การรับรู้ที่เป็นตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี เช่นเดียวกับการการศึกษาของ ลควาล์ย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในทางลบ และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของฟวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี และคณะ (2534: 30-31) พบว่า การคิดเชื้อเอชไอวีทำให้บุคคลได้รับการรังเกียจจากสังคมและ สมาชิกในครอบครัว มีปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้ การทุ่มเทการทำงานหารายได้ลดลง บางรายลาออกจากงาน เพราะไม่อยากให้เพื่อนร่วมงานรู้ บางรายเมื่อนายจ้างรู้ก็หาทางให้ออกจากงาน และส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางด้านภาวะสุข

การศึกษาของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2545: 9-10) พบว่า บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรคปอดจะได้รับการรังเกียจอย่างมากจากทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกับ สมาชิกในครอบครัว และสังคม ทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางภาวะสุขภาพอย่างมากทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง และหมดกำลังใจที่จะสู้ต่อไป และจากการศึกษาของจอนพะจง เพ็งจาด และคณะ (2545: 87-100) การคิดเชื้อเอชไอวีทำให้บุคคลได้รับการรังเกียจจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยจึงพยายามที่จะเก็บตัว ไม่อยากเจอผู้คน ไม่อยากเปิดเผยตนเอง ต้องออกจากงาน บางรายต้องย้ายที่อยู่ใหม่ มีการปรับตัวไม่ดี ต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน สมมาตร พรหมภักดี ทวีทองหงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์ (2538: 73-83) ได้ศึกษาการปรับตัวของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากการติตราของสังคมที่มีต่อตนเองและครอบครัว การถูกขูขบขินินทา ไม่มีผู้คนคบหา เป็นภาวะที่บีบคั้นอารมณ์ของความรู้สึกที่ไม่สามารถจัดการได้ ต้องแยกตนเองออกจากสังคม ไม่สามารถทำงานได้ ประสบปัญหาเศรษฐกิจ ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และจากการศึกษาของ Alonzo and Reynold (1995: 308-313) พบว่า ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความวิตกกังวลกลัวการรังเกียจจากสังคม จึงพยายามที่จะปิดบัง ไม่เปิดเผยความจริง แต่เมื่ออาการของโรคปรากฏออกมาทำให้ไม่สามารถปิดบังได้ ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความอ่อนล้าทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และการเจ็บป่วยอาจแพร่เชื้อให้กับคนอื่นได้ง่าย ทำให้ได้รับการถูกปฏิเสธ และถูกทอดทิ้ง ระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น ความหวังลดลง

การคิดเชื้อเอชไอวีเป็นเหมือนรอยมลทิน เป็นตรา หรือสัญลักษณ์ที่ติดตัวอยู่ตลอดเวลา นำมาซึ่งความเสื่อมเสียชื่อเสียง (Goffman, 1963) เป็นโรคที่เกิดกับบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดไปจากบรรทัดฐานของสังคม และการรณรงค์ต่อต้านการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในลักษณะที่น่าเกลียดน่ากลัว ทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวต่อการเสียชีวิตถ้าหากติด

โรค และทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้รับการรังเกียจจากสังคม (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541: 115-116) และส่งผลต่อการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Alonzo and Reynold, 1995: 308-313)

### 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัว

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีทั้งในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ( $r = -.509$ ) และระยะที่ปรากฏอาการ ( $r = -.402$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี เช่นเดียวกับการการศึกษาของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง สุณี สุวรรณพสุ (2544) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย (2536) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด นิตยา โรจน์ทินกร (2536) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

สำหรับในผู้คิดเชื่อเอชไอวีนั้น Ramsey (1990) พบว่าความรู้สึกไม่ในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่อยู่ในสหรัฐอเมริกา Molassiotis (2001) ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของชาวฮ่องกงที่คิดเชื่อเอชไอวีพบว่า มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูงสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจผิดปกติสูง และมีการปรับตัวที่ไม่ดี นอกจากนี้ในการศึกษาเชิงคุณภาพของ Gaskins & Brown (1992) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการดำเนินของโรคทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีไม่สามารถที่จะอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยจะเกิดเมื่อไรทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจมาก ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรกระบบประสาทส่วนกลางทำให้ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิด Brashers et al. (1998, 66-77) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้คิดเชื่อเอชไอวีทำให้มีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ไม่ดี Miller (1995) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกิดภาวะสิ้นหวังท้อแท้ และต้องพึ่งพิงผู้อื่น การเจ็บป่วยทำให้ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลหรือไม่ ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีคิดฆ่าตัวตาย สำหรับในประเทศไทย ธาติพิทย์ กิจไพบูลย์ชัย (2544) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้คิดเชื่อเอชไอวีในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ พบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรในอนาคต คิดมาก ซึ่งเป็นผลการทบทางด้านจิตใจที่ส่งผลถึงทางด้านร่างกาย ทำให้มีอาการกินไม่ได้ นอนไม่หลับ



Mishel (1988: 231) กล่าวว่า การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลต่อการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล ภาวะสมดุลของ Mishel นี้ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต หรือภาวะสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ได้มาจากทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสูงเกินกว่าที่จะปรับสู่สมดุลได้ทำให้เกิดความเครียดและคุกคามต่อภาวะสุขภาพ ขวัญกำลังใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม

#### 1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอนในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 25.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.509 และร้อยละ 16.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะที่ปรากฏอาการ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.402 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramsey (1990) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความสิ้นหวังสามารถพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 39.50 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ร้อยละ 52.20 (สุณี สุวรรณพสุ, 2544) และจากการศึกษาของสุมาพร บรรณสาร (2545) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้ ร้อยละ 65

จากการศึกษาข้างต้นพบว่าการศึกษาที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ทั้งสองระยะเนื่องจาก ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ทำให้การเจ็บป่วยเกิดขึ้นทันที การดำเนินของโรคมีระยะเวลาที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยจะเกิดเมื่อไร ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีสภาพเป็นเช่นไร ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียด วิตกกังวลสำหรับในระยะที่ปรากฏอาการ การเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง และส่งผลต่อกระบวนการคิดและประเมินสถานการณ์ อาการเจ็บป่วยที่ปรากฏออกมาในลักษณะที่น่าเกลียดน่ากลัว และการที่โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลหรือไม่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ไม่รู้ว่ามิสาเหตุจากอะไร การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามีการเปลี่ยนแปลงบ่อยไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ



ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Brashers et al., 1998: 66-77) ลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้มีลักษณะยาวนานและต่อเนื่อง จึงมีผลต่อการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวี Mishel (1988: 225-321, 1997: 57) อธิบายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ว่าเป็น สถานการณ์ของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถที่จะอธิบายหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้จากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเข้ามาในระบบบุคคล บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ประเมินว่าเป็นโอกาส และประเมินว่าเป็นอันตราย หลังจากนั้นจึงจะเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวตามมา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้

จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์การปรับตัวได้เพียงร้อยละ 25.9 ซึ่งยังมีอีกประมาณร้อยละ 73 ที่อยู่ในปัจจัยด้านอื่นๆ ตลอดเวลาร่วม 20 ปีที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้มีบุคคลหลายฝ่ายให้ความสนใจในการศึกษาเพื่อหาวิธีการที่จะช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการปรับตัวดีและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้ประกอบด้วย ประสบการณ์การเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์การปรับตัวของหญิงที่คิดเชื่อเอชไอวีได้ร้อยละ 28 (Bova, 2001: 217-224) ความสิ้นหวังสามารถทำนายการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้ร้อยละ 39.5 (Ramsey, 1990) จากการศึกษาของ ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง เพศ ฐานทางเศรษฐกิจ การศึกษา การรับรู้ที่เป็นตราบาปสามารถร่วมการพยากรณ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ ร้อยละ 38 แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปไม่สามารถพยากรณ์การปรับตัวได้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ดีขึ้นและยอมรับต่อการรับรู้ที่ตราบาปได้ ทำให้การรับรู้ที่เป็นตราบาปไม่สามารถทำนายการปรับตัวได้

นอกจากนี้ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและสังคมระหว่างสังคมไทยกับสังคมตะวันตก ทำให้ผลของการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปของไทยแตกต่างจากของตะวันตก และผลจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับตราบาปจากสังคมมีการการรับรู้ที่เป็นตราบาปลดลง (Berger, Ferrans and Lashley, 2001: 518-520) จากการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2542: 227-250) วัฒนธรรมในการดูแลตนเองข้อหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการดูแลตนเองและปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี คือ การทำใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 กลวิธี คือ การปลง การใช้กรรม การต่ออายุ การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรึกษาหารือของความช่วยเหลือ และการสร้างความหวัง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการพยายามเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.19$ ) โดยมีคะแนนต่ำในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 1.82$ ) รองไปเป็นเรื่องความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ( $\bar{X} = 1.84$ ) และความรู้สึกตำหนิตนเอง รู้สึกผิดหรือทำให้คนอื่นเป็นทุกข์ ( $\bar{X} = 2.01$ ) ดังนั้นพยายามควรสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจให้ดีขึ้น ในทั้ง 2 กลุ่ม โดยการให้การพยายามเพื่อลดความวิตกกังวล การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวัง ซึ่งรูปแบบที่ใช้ในการพยายามอาจเป็นในลักษณะของการสอน การใช้รูปแบบของกลุ่มสนับสนุน การให้คำปรึกษา การสนับสนุนส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และควรพัฒนารูปแบบของการพยายามเป็นใน ลักษณะเชิงรุกมากกว่าเชิงรับเพื่อให้การพยายามผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.2 ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อฉวยโอกาสว่าสามารถรักษาและป้องกันได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติได้เป็นเวลานาน หากมีปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการให้มีการปรับตัวได้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ป้องกันการเจ็บป่วยไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น พื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี ดังนั้นควรหารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในป่วย เช่น การวิจัยแบบทดลอง หรือ กึ่งทดลอง โดยการจัดโปรแกรมที่มีผลต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวดีขึ้น

2.2 ควรวิจัยในรูปแบบของการศึกษาติดตามผลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มตั้งแต่ระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะที่ปรากฏอาการ ในรูปแบบของกลุ่มเดียวที่ต่อเนื่องทั้งทางด้านการรักษา การดูแลการปฏิบัติตัว และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2543). นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2545. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กันยา สุวรรณแสง. (2533). การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (2540). Advance on AIDS: pathogenesis and therapy. ใน สิริ เชี่ยวชาญวิทย์. (บรรณาธิการ). Color atlas of HIV infection หน้า 1-11, 26. กรุงเทพมหานคร: พีบีฟอเรนส์ บั๊คส เซนเตอร์.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (บรรณาธิการ). (2541). การดำเนินโรคโดยธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี. ใน การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์: การวิจัยทางคลินิก หน้า 7-11. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง.
- ขวัญตา บาลทิพย์ อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ ทิพมาส ชิมวงศ์ นฤมล อนุมาศ และไข่มพัตร์ มณีวัต. (2545). การรับรู้สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คิดเชื้อมีโรคปอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 22 (1): 1-15.
- จริยา ฐิตะฐาน. (2539). ปฏิสัมพันธ์และความต้องการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัว และชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขามนุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จนณะจง เพ็งจาด มาลี แอนเน็ค บราวน์ คริสติน เอ็ม สแวนเซ็น และคาร์เรน จี เซป. (2545). การดูแลโดยครอบครัวของบุคคลที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ในเขตชุมชนเมืองประเทศไทย. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 6(3): 87-100.
- จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

- เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จามจุรี แซ่หลู่. (2543). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ถวิล ธาราโกษณ์ และ ศรีนัย คำริสุข. (2543). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. กรุงเทพมหานคร: ทิพย์วิสุทธิ.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. (2536). รายงานการวิจัยเรื่อง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอดส์. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนิญา น้อยเปียง. (2545). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรรทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย. (2544). ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ/การไม่บอกความจริงจากทีมสุขภาพและการไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงนุช ชาวศิลป์. (2540). ผลของกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บงอร ศิริโรจน์ และคณะ. (2537). การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2541). พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้คิดเชื่อเฮอไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน. (บรรณาธิการ). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม: โรงพิมพ์รุ่งแสง.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, ขนิษฐา นันทบุตร และครุณี รุจกรกานต์. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้การมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ สมจิต หนูเจริญกุล ครุณี รุจกรกานต์ พะยอม อยู่สวัสดิ์ และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติภจ. (2542). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้คิดเชื่อเฮอไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 3(3): 227-250.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบระดับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกรู้สึกคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. (2542). ผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อการเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถฤณี ประพันธ์ ภาณุภาค สมทรง วงศ์อุไร และสิทธิชัย เอกอรรถผล. (2534). รายงานการวิจัยเรื่อง แบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื่อเอดส์: กรณีศึกษา. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ กระทรวงสาธารณสุข.
- พายัพ รัตน์นราทร และคณะ. (2544). การศึกษาภูมิหลังและสภาพปัญหาของผู้คิดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์ ที่มารับการปรึกษาและพบว่ามีความโน้มในการฆ่าตัวตาย. ใน ทองกร ชันรัมย์และคณะ (บรรณาธิการ) เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 หน้า 206. กรุงเทพมหานคร: องค์การศาสนา.
- ภาวดี มโนหาญ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยงค์ รุ่งเรือง. (2541). โรคติดเชื่อเฮอไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่. ใน พิไลพันธ์ พุทธิวัฒน์. (บรรณาธิการ). เฮอไอวีและจุดที่พลวยโอกาส. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.

- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละออ หุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. (2540). เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ. เอส. พรินติ้งเฮ้า จำกัด.
- วิชัย ศรีมุนินทร์นิมิต. (2543). Problem and management in acute phase initial wound care. เอกสารประกอบการอบรมทางวิชาการเรื่อง. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. วันที่ 13 พฤษภาคม 2543.
- แววดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมมาตร พรหมหัทธกิจ, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และบังอร ศิริโรจน์. (2538). การปรับตัวของผู้ป่วยชายต่อการเกิดโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์แบบรั้งกางเกง. วารสารวิทยาการระบาด 3 (1) 73-74.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิพร ใจแก้ว. (2540). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวต่อโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธีรา สุนทรกุล. (2536). การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 12 (10-12): 125-131.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพล เกาะเรียนอุดม และชัยยศ คุณานุสนธิ์. (2539). เอดส์: การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.



สิริลักษณ์ วรรณพงษ์. (2539). **วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรรัตน์ ตรีมรรคา. (2539). **การเผชิญสภาพการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงในจังหวัดเชียงรายและ**

**พะเยา: กรณีศึกษาในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
มหิดล.

เสาวภา พรศิริพงษ์. (2541). **ปฏิกริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว. ใน**

**พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน. (บรรณาธิการ).**  
**องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์, หน้า 115-116.**  
นครปฐม: โรงพิมพ์รุ่งแสง

อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). **การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนใน**

**ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อ้อมใจ สุทธิจำลอง. (2542). **แรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ**  
**การปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุภาค. **ห้วงมรณะ. เติลนิวัต (2 เมษายน 2546): 4**

อังคณา สรียาภรณ์ ประภาพร จินันทุยา จอนพะจง เฟ็งจาด และเกศรินทร์ ศรีสง่า. (2538). **รายงาน**  
**การวิจัยเรื่อง การศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วย**  
**เหลือตนเอง. โครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์. ทบวงมหาวิทยาลัย.**

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2545). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยทาง**  
**พยาบาลศาสตร์. สำหรับนิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
**ภาคต้นการศึกษา ปีการศึกษา 2545.**

ภาษาอังกฤษ

Alonzo, A. A. and Reynold, N. R. (1995). Stigma, HIV, and AIDS: an exploration and  
Elaboration of stigma trajectory. **Social Science and Medicine** 3(August): 303-315.

Andrews, L. (1998). The Pathogenesis of HIV infection. In Ropka, M.E., & Williams, A.B.

- (eds.). **HIV nursing and symptom management**. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Berk, R. A., Baigis-Smith, J. and Nanda, J.P. (1995). Health care needs of persons with HIV/AIDS in various settings. **Western Journal of Nursing Research** 17(6): 647-671.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E. and Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. **Research Nursing and Health** 24(2001): 518-520.
- Bova, C. (2001). Adjustment to chronic illness among HIV-infected women. **Journal of Nursing Scholarship** 33(3): 217-224.
- Bradley-Springer, L. (1999). **HIV/AIDS nursing care plans**. 2<sup>nd</sup> ed. Senaca: Thomson Learning.
- Brashers, D. E., Neidig, J.L., Reynolds, N.R., and Haas, S. M. (1998). Uncertainty in illness across the HIV/AIDS trajectory. **Journal of the Association of Nurse in AIDS Care** 9(1): 66-77.
- Brown, M. A. and Powell, G.M. (1991). AIDS Family caregiving: Transitions Through Uncertainty. **Nursing Research** 40(6): 338-345.
- Bunting and McGuire S. (1996). Person with AIDS and their family caregivers ; negotiating the journey. **Journal of Family Nursing** 2(4): 339-358.
- Davis S. (1989). Double stigma. **Nursing Times** 85(45): 70-71.
- Devine, P. G., Plant, E. S. and Harrison, K. (1999). The problem of "us" versus "them" and AIDS stigma. **American Behavioral Scientist** 42(7): 1212-1228.
- Gao, X., Nau, D. P., Rosenbiuth, S. A., Scott, v. and Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. **AIDS Care** 12(4): 387-399.
- Garrison, K. C. and Magon. (1972). **Education psychology**. Ohio: Charles E. Merrill publishing Company.
- Gaskins, S. and Brown K. (1992). Psychosocial responses among individuals with human immunodeficiency virus infection. **Appled Nursing Research** 5(3): 111-121.
- Goffman, E. (1963). **Stigma**. Englewood Cliff, Newjersy: Prentice-Hall.
- Hayes, R. A., Vaughan, C., Medeiros, T and Dubuque, E. (2002). Stigma directed toward

- chronic illness is resistant to change through education and exposure. **Psychological Reports** 90(3): 1161-1173.
- Hudson, A. L., Lee, K.A., Miramontes, H. and Portillo, C. J. (2001). Social interactions, perceived support, and level of distress in HIV-positive women. **Journal of the association of nursing in AIDS care**, 12(4): 68-76.
- Katz A. (1996). Gaining a new perspective on life as a consequence of uncertainty in HIV infection. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, 7(4): 51 –60.
- Katz, M.H. and Hollander, H. (2002). HIV infection. In Tierney, L. M., McPhee, S.J., & Papadakis, M. A. (eds.). (2002). **Current medical diagnosis & treatment**. New York: Mosby.
- Korniewicz, D. M., O'Brien, M.E. and Larson, L. (1990). Coping with AIDS and HIV : Psychosocial Adaptation. **Journal of Psychosocial Nursing** 28(3): 14-21.
- Larzarus, R. S. and Flokman, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.
- Laryea M. and Gien L. (1993). The impact of HIV – positive diagnosis on the individual. **Clinical Nursing Research** 2(3):245 – 266.
- Leifer, G. (1972). **Principles and techniques in pediatric nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Longo, M.B., Spross, J.A. and Locke, A.M. (1990). Identifying major concerns of persons with acquired immunodeficiency syndrome a replication. **Clinical Nursing Specialist** 4 (1):21-26.
- Mast, M. E. (1995). Adult Uncertainty in Illness: a critical review of research. **Scholarly Inquiry For Nursing Practice: An International Journal** 9(1): 3-29.
- McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. **Journal of Nursing Scholarship** 34 (2): 127-131.
- Miller, R. (1995). Suicide and AIDS: Problem identification during counseling. **AIDS Care** 2 (7): 199 – 106.
- Mishel M.H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. **Nursing Research** 30(September-October): 258-263.
- Mishel, M.H. (1984). Perceived Uncertainty and Stress in Illness. **Research Nursing and Health** 7 (1984): 163-171.

- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in Illness. *Nursing Research* 20(4): 225-231.
- Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in Illness theory. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22 (winter 1990): 225-231.
- Mishel, M.H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15(1997): 57-80.
- Mishel, M.H. (1997). **Uncertainty in illness scales manual**. USA: University of North Carolina. (Mimeographed).
- Mishel, M.H. (1999). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research* 15(1999): 269 -290.
- Molassiotis, A. (2001). Correlates of quality of life in symptomatic HIV patients living in Hong Kong. *AIDS Care* 13(3) : 319-335.
- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B. and Mizuno, Y. (1998). The Effectiveness of coping strategies used by HIV – seropositive women. *Research Nursing and Health*, 21(1): 351-362.
- Polit, D. F., Beck, C.T., and Hungler, B. P. (2001). *Nursing research*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Presscott, P. M. (1987). Multiple regression analysis with small sample: caution and suggestion. *Nursing Research* 36(2): 130-133.
- Ramsey P.W. (1990). **The effect of community support groups on psychosocial adjustment, uncertainty and hopelessness in persons infected with the Human Immodeficiency Virus**. Doctoral dissertation, University of Virginia.
- Roy, S. C. (2002). Roy adaptation model. In J. B. George (ed.). *Nursing theories* pp. 206-207. New Jersey: Prentice Hall.
- Sharts – Hopko N.C., Regan-Kubinski, M. J., Lioln, P. S. and Heverly, M. A. (1996). Problem – focused coping in HIV – infection mothers in relation to self – efficacy, uncertainty, social support, and psychological distress. *Journal of Nursing Scholarship* 28(2): 107 – 118.
- Selye, H. (1976). **The stress of live**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Book company.
- Siegel, K. and Krauss, B.J. (1991). Living with HIV infection: adaptive tasks of seropositive gay men. *Journal of Health and Social Behavior* 32(March): 17-32.
- Servellen, G.V., Nyamathi, A.M. and Mannion, W. (1989). Coping with a crisis: evaluating

Psychological risks of patients with AIDS. **Journal of Psychosocial Nursing** 27(12): 16-21.

The Random House Dictionary of the English Language. (1993). **Webster's encyclopedic unabridged dictionary of the English language.**

Thorndike, R. M. (1978). **Correctional procedures for research.** New York: Gardner Press.

Weitz, R. (1989). Uncertainty and the lives of persons with AIDS. **Journal of Health and Social Behavior** 30(September): 270-281.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราง คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ .ดร. สุรีพร ธนศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. อาจารย์สมจิต จิระนันท์พร คณะอักษรศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. อาจารย์ถนอมศรี กุวาริยะกุล รองผู้อำนวยการงานส่งเสริมการศึกษา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
อุตรดิตถ์
8. นางอรทัย โสมนรินทร์ หัวหน้างานการพยาบาลควบคุม  
โรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร  
พยาบาลวิชาชีพ 6
9. นางสาวสุณี สุวรรณพสุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
10. นางสาวนุชนาฏ ตั้งจิตเพียรพงศ์ หัวหน้าศูนย์การแปลและ  
การล่ามเฉลิมพระเกียรติ  
คณะอักษรศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ข  
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
าลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Request Form - MUIS-Adult

I request permission to copy the Adult Uncertainty in Illness Scale for use in my research entitled;

A Comparative Study of Adaptation in Persons with HIV Infection during  
Asymptomatic and Symptomatic periods.

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Mishel, upon completion of the study a printout of the uncertainty data on a 3.5 inch disk containing the data with the data dictionary. The data must contain information on each subject's age, sex, education, and diagnosis, along with data on each subject's response to each item on the *Uncertainty Scale*. This data will be used to establish a normative data base for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analyses. Credit will be given to me in any reports referring to my findings.

Arun Kaewket

(Signature)

January 31, 2003

Date

Positions and full address of Investigator

Ms. Arun Kaewket

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Vitayakitt Building, Fl-12

Chulalongkorn Soi 69, Payathai Rd,

Bangkok 10330, Thailand

Permission is hereby granted to copy the MUIS for use in the research described above.

Merle H. Mishel

Merle H. Mishel

2/7/03

(Date)

Please send two signed copies of this form to Merle H. Mishel, PhD, FAAN; School of Nursing, CB #7460 Carrington Hall, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, 27599-7460

ที่ ทบ 03427 5269



คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

กรุงเทพฯ 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีภาคกลาง

เนื่องด้วย นางสาวอรุณ แก้วเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำในระยะเวลาไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รณภพร จิตปิฎกญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เต็งจาด ภาควิชาการพยาบาลอาชีวศาสตร์ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งเรื่องนោះเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๒๕ ๓ ๒๕๔๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประยอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ถ้าเห็นชอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เต็งจาด

งานจัดการศึกษา โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รณภพร จิตปิฎกญา โทร. (02) 2189817

ชื่อนิสิต นางสาวอรุณ แก้วเกตุ โทร. (06) 5061249



ภาคผนวก ก  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
าลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้เอชไอวีที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \frac{1 - \sum S_i^2}{S_r^2}$$

เมื่อ	$\alpha$	คือ	สัมประสิทธิ์ครอนบาค
	$n$	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	$S_r^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. การคำนวณหาความเที่ยง แบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้วยวิธีวัดซ้ำ (test - retest method)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2] [\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	$\sum x$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	$\sum y$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	$\sum xy$	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	$\sum x^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	$\sum y^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	$n$	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

$$P = \frac{f \times 100}{N}$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	f	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

4. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาท ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ปรากฏอาการและระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

ค่าเฉลี่ยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	คือ	ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต
	$\sum X$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	N	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ	จำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

5. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างของความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการและระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

โดยใช้วิธีเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

- เมื่อ  $r_{xy}$  คือ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
- $\sum x$  คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
- $\sum y$  คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
- $\sum xy$  คือ ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
- $\sum x^2$  คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
- $\sum y^2$  คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
- n คือ จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

6. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวพยากรณ์

สมการในรูปคะแนนดิบ

- $\hat{Y}$  =  $a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$
- เมื่อ  $\hat{Y}$  = คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
- a = ค่าคงที่
- $b_1b_2 \dots b_k$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
- $b_1b_2 \dots b_k$  = คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

- $\hat{Z}_y$  =  $\beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k$
- เมื่อ  $\hat{Z}_y$  คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร
- $\beta_1 \beta_2 \dots + \beta_k$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
- $Z_1 Z_2 \dots + Z_k$  คือ คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{\text{reg}}}{SS_1}}$$

- เมื่อ  $R^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์  
 $SS_{\text{reg}}$  คือ ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์  
 $SS_1$  คือ ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

7. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ โดยใช้สูตร Independent t-test

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 \left[ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$S_p^2 = \frac{n_1 - 1 S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 - 1 + (n_2 - 1)}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

$$\bar{X}_1 = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1}$$

$$\bar{X}_2 = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2}$$

$$S_p^2 = \text{ความแปรปรวนร่วม}$$

$$S_1^2 = \text{ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1}$$

$$S_2^2 = \text{ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 2}$$

$$n_1 = \text{จำนวนตัวอย่างของกลุ่มที่ 1}$$

$$n_2 = \text{จำนวนตัวอย่างของกลุ่มที่ 2}$$

$$df = \text{องศาแห่งความเป็นอิสระ}$$





ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวอรุณ แก้วเกตุ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 5 ชุด จะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที การวิจัยครั้งนี้ให้ประโยชน์โดยตรงกับท่านในการช่วยประเมินและตรวจสอบสาเหตุที่มีต่อความสามารถในการปรับตัวของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะไม่มีชื่อของท่านปรากฏ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การปฏิเสธของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น และถ้าหากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีจะตอบคำถาม เพื่อให้ความกระจ่างแก่ท่านทุกประการ และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาไม่ปรากฏอาการและระยะปรากฏอาการ

ผู้วิจัย นางสาวอรุณ แก้วเกตุ (พยาบาลวิชาชีพ)  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารวิทยาคีรี ชั้น 12 ซอย จุฬาลงกรณ์ 64  
 ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

### วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อประนีประนอมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีผลต่อการปรับตัวด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นดราม่า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยหวังว่า ผลของการวิจัยจะช่วย  
 ให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้นและการ  
 ปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น เพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และเพื่อการ  
 ศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งต่อไป การศึกษานี้ไม่มีผลโดยตรงกับตัวท่าน

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบ  
 สอบถามจำนวน 5 ตอน เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นใดอีก ซึ่งจะใช้เวลา  
 ประมาณ 30-40 นาที หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย

### ความเสี่ยงและความเครียด

การเข้าร่วมในการศึกษานี้อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของท่าน ท่านอาจรู้สึก  
 ไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการเผชิญกับความรู้สึกนั้น  
 ผู้วิจัยสามารถช่วยแนะนำสถานที่ช่วยเหลือให้แก่ท่าน ถ้าหากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ  
 สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มี  
 ผลกระทบต่อการรักษาที่ท่านพึงจะได้รับ

## ข้อมูลอื่น ๆ

ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีชื่อของท่านปรากฏในข้อมูล หรือรายงานการวิจัย ชื่อของท่านที่ปรากฏในแบบยินยอมนี้จะถูกเก็บแยกออกจากข้อมูลและจะถูกทำลายเมื่อการศึกษานี้ สิ้นสุด

ลงชื่อ .....ผู้วิจัย

(นางสาวอรุณ แก้วเกตุ)

วันที่.....

ผู้วิจัย ได้อธิบายถึงการศึกษาและรายละเอียดข้างต้นแก่ข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ ข้าพเจ้าทราบว่าเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ .....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลำดับที่.....

HN.....

## แบบสอบถามในการวิจัย

เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่ไม่ปรากฏอาการ  
และระยะที่ปรากฏอาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัว

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือ แสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1) เพศ            ( ) หญิง            ( ) ชาย

2) อายุ.....ปี

3) ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ            ( ) ประถมศึกษา            ( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญา            ( ) ปริญญาตรี            ( ) ปริญญาโทหรือสูงกว่า

4) ระยะของการดำเนินของโรค (สำหรับผู้วิจัย)

( ) ระยะไม่ปรากฏอาการ            ( ) ระยะปรากฏอาการ

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่ท่านประสบอยู่ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องเพียง 1 ช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงเพียงใด โดยกำหนดให้ตัวเลขที่มีค่ามากแสดงถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความรุนแรง			มีความรุนแรงปานกลาง					มีความรุนแรงมาก		

วไลยวิทยาลัย



#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกอย่างไร
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันไม่ทราบว่ามีสิ่งใดผิดปกติเกิดขึ้นกับฉัน					
2. มีคำถามมากมายที่ไม่มีคำตอบ					
3. ฉันไม่แน่ใจว่าอาการของฉันจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. ....					
.....					
.....					
.....					
32. แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาต่างๆ ฉันจึงสามารถเข้าใจได้					



### ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปรับตัว

**คำชี้แจง:** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก
1. การเจ็บป่วยของฉันทันทีนี้เป็นอุปสรรคในการทำงาน			
2. การเจ็บป่วยทำให้ฉันท้องเปลี่ยนเป้าหมายในการทำงาน			
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาการเจ็บป่วยทำให้ฉันท้องขาดงาน			
4. ....			
.....			
.....			
.....			
35. ในระยะนี้ฉันทมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์			

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุณ แก้วเกตุ เกิดวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดสุโขทัย  
 ปี พ.ศ. 2538 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรจากวิทยาลัยพยาบาล  
 บรมราชชนนี อุดรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2544 – 2545 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543 –ปัจจุบัน  
 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย