



### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. โรคเอดส์และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
3. ความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
5. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเอดส์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเอดส์ (AIDS) หรือโรคติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus Disease)

จากการศึกษาของ แบบร์ และไมเยอร์ส (Beare & Myers, 1994) กล่าวถึงโรคติดเชื้อ HIV ไว้ดังนี้

#### คำจำกัดความ

โรคติดเชื้อ HIV เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเกี่ยวกับความเสื่อมของภูมิคุ้มกัน รวมทั้ง T<sub>4</sub>/CD<sub>4</sub> cells ด้วยเป็นผลทำให้เกิดการติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาสได้ง่าย ระยะของการติดเชื้อของโรค HIV มีตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงเป็น AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

## สาเหตุและระบาดวิทยา

มีรายงานครั้งแรกของโรคติดเชื้อ HIV ในช่วงกลางปี 1980 ให้คำจำกัดความครั้งแรกในปี 1983 ส่วนการตรวจวินิจฉัยเริ่มในปี 1985 วิธีการติดต่อ 3 ทาง คือ 1) ทางเพศสัมพันธ์ 2) ทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น การเปลี่ยนถ่ายเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด รวมทั้งการปนเปื้อนและการใช้เข็มฉีดยา 3) ทางมารดาสู่ทารก เช่น ทางรก เลือดมารดาสู่ทารก ในขณะที่คลอด และทางน้ำนมมารดา WHO ได้คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV ทั้งหมดในโลกประมาณ 8-10 ล้านคน โดย 1.5-2 ล้านคน อยู่ในอเมริกา ระหว่างปี 1992 มีรายงานโรคเอดส์มาที่ศูนย์ควบคุมโรค (Center for Disease Control) เท่ากับ 47,106 ราย ในเดือนธันวาคม ปี 1992 มีรายงานโรคเอดส์ในอเมริกา 245,472 ราย อัตราการตายตั้งแต่เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 1992 เท่ากับ 88.7% อัตราการตายเพิ่มจากปี 1981-กันยายน ปี 1992 เท่ากับ 66.5% ข้อมูลทางระบาดวิทยากล่าวว่า 50% ของผู้ติดเชื้อ HIV จะกลายเป็นเอดส์ใน 10-12 ปี หลังจากติดเชื้อ และพบว่าในอเมริกามีอัตราส่วนผู้ป่วยเอดส์เพศชาย : หญิง สูงเท่ากับ 8:1 ในขณะที่ในแอฟริกา มีอัตราส่วน 1:1 ส่วนใหญ่ผู้ป่วย AIDS หรือผู้ติดเชื้อ HIV ในอเมริกาจะเป็นชายรักร่วมเพศ หรือรักทั้ง 2 เพศ (Bisexual) และผู้ติดเชื้อเสพติด แต่อย่างไรก็ตามการแพร่กระจายยังไปสู่ผู้มีเพศสัมพันธ์ปกติ ผู้หญิงและเด็กอีกด้วย และความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV จากอาชีพมีประมาณ 0.3% หรือ 1 ใน 250 ราย

ในประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ เริ่มทยอยป่วยจนสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2538) จากรายงานกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 30 กันยายน 2538 ว่ามีผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) 25,219 ราย มีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ (Symptomatic HIV Patient) 10,392 ราย ในจำนวนนี้รายงานว่าเสียชีวิต 7,144 ราย ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นชายรักต่างเพศ 66.33% เป็นหญิงรักต่างเพศ 10.43% มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2538) จะเห็นได้ว่าในระยะ 2-3 ปี ที่ผ่านมาโรคเอดส์ได้แทรกซึมเข้าสู่ครอบครัวไทย มีการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มากขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งสตรีไทยเป็นจำนวนมากที่ไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงแต่อย่างใด

ต้องคิดเชื้อจากเพศสัมพันธ์กับคู่นอน โดยสัญญาณแรกที่บ่งบอกว่าโรคเอดส์ได้เข้ามาแพร่ระบาดในกลุ่มสตรีแล้วถูกพบเมื่อปี 2532 เมื่ออัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงบริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งติดตามมาด้วยการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายนักเที่ยวที่เป็นลูกค้าของหญิงบริการที่ติดเชื้อ ซึ่งนำไปสู่คลื่นลูกที่ 2 ของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสตรีไทยคือในกลุ่มแม่บ้านทั่วไป โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในสตรีที่มาฝากครรภ์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 เป็นต้นมา โดยไม่มีที่ท่าจะชะลอตัวลง (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2538) ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่ออีกกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้มีการกล่าวขานถึงกันมากนักคืออัตราตายของทารกและเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จากครรภ์มารดา จากการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกษี และฟิลิป เกสต์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้คาดประมาณว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 หรือในประมาณ 5 ปีข้างหน้าจะมีเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์สูงเป็นจำนวนถึง 350,000 คน เปรียบเทียบกับเมื่อปี พ.ศ. 2533 มีเพียง 5,000 คน กล่าวคือเด็กเหล่านี้จะมีอายุอยู่ระหว่าง 5-12 ปี ในขณะที่มารดาของตนเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่ครอบครัวไทยกำลังเผชิญอยู่ (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2538)

#### พยาธิสรีรวิทยา

เชื้อ HIV จะเข้าสู่ T-lymphocytes (T<sub>4</sub>/CD<sub>4</sub> cells), B-lymphocytes, macrophages, promyelocytes, fibroblasts และ epidermal Langerhan's cells ซึ่งการควบคุม T-lymphocytes และ macrophages มีความสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันและภูมิคุ้มกันระหว่างเซลล์ ภูมิคุ้มกันระหว่างเซลล์จะช่วยป้องกันร่างกายจากไวรัสแบคทีเรีย เชื้อราและพยาธิที่ไม่สามารถควบคุมได้โดย antibodies และ neutrophils รวมทั้ง herpes simplex, Mycobacterium tuberculosis แต่ไม่สามารถกำจัดออกจากร่างกายได้ เมื่อภูมิคุ้มกันระหว่างเซลล์อ่อนแอ เชื้อที่แอบแฝงอยู่ก็อาจจะรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคฉวยโอกาสจากการติดเชื้อ HIV เช่น วัณโรคปอด, Candida และอาการของโรคติดเชื้อ HIV ก็มักจะแสดงออกมาเมื่อเชื้อที่แอบแฝงรุนแรงขึ้นด้วย เชื้อ HIV อยู่ใน RNA มี 2 สายพันธุ์คือ HIV-1 และ HIV-2 ที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ HIV ได้ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากเชื้อไวรัสตัวอื่น ๆ โดยในครั้งแรกจะลอกเลียนแบบ DNA ของ

ร่างกายโดยใช้ Enzyme RT แล้วสามารถเข้าไปใน DNA ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง RNA ไปสู่ DNA ปลอຍให้เชื้อ HIV เพิ่มจำนวนและกลายเป็นตัวเชื้อในร่างกาย เชื้อ HIV เข้าไปใน  $T_4/CD_4$  cells โดยเกาะที่ผิวเปลือกนอกของ  $T_4/CD_4$  cells หลังจากนั้นก็จะแทรกเข้าไปภายในใช้ Enzyme RT เปลี่ยน RNA ไปสู่ DNA แล้ว DNA นี้จะเข้าไปรวมกับโครโมโซมของร่างกาย ทำให้เกิดการแพร่กระจายจากเซลล์ที่มีการติดเชื้อไปสู่เซลล์ที่ยังไม่มีการติดเชื้อได้ ต่อมา  $T_4/CD_4$  lymphocytes เริ่มเสื่อมลง ทั้งปริมาณและคุณภาพซึ่งเป็นผลจากการสลายตัวของเซลล์ เมื่อจำนวนปกติในเลือด ( $600-1200/mm^3$ ) ลดลงต่ำกว่า  $200/mm^3$  จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉวยโอกาสมีมากขึ้น มีผู้ป่วยบางรายยังมีสุขภาพดีถึงแม้ว่าจำนวน  $T_4/CD_4$  cells จะต่ำแต่บางรายก็จะมีอาการเป็นไข้ อ่อนเพลีย อูจจาระร่วง หรือน้ำหนักลด เพราะจำนวน  $T_4/CD_4$  cells ลดลง เมื่อเชื้อ HIV เกาะติดอยู่ใน lymphocytes มันก็สามารถติดเชื้อเข้าไปในไขกระดูกทำให้เกิดภาวะซีดจำนวน neutrophil ต่ำ และเกล็ดเลือดต่ำ ( $<20,000/mm^3$ ) เป็นสาเหตุให้เกิดอาการเลือดออกไม่หยุด ในส่วนของ B-lymphocytes จะกระตุ้นให้ต่อมน้ำเหลืองบวมโต (lymphadenopathy) และมีการผลิต antibodies มากเกินไป (hyperglobulinemia) ปัญหาที่ตามมาจาก hyperglobulinemia คือการแพ้ง่ายแม้ว่าจะเป็นการรักษาการติดเชื้อทั่ว ๆ ไป

#### อาการทางคลินิก

ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อ HIV มีระยะตั้งแต่ 1-10 ปี หรือมากกว่านั้น แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ

1. ระยะการติดเชื้อ HIV เฉียบพลัน (Acute HIV Infection)
2. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV Infection)
3. ระยะปรากฏอาการไม่รุนแรง (Mild symptomatic HIV disease)
4. ระยะรุนแรง (Advanced HIV disease)

ศูนย์ควบคุมโรค(CDC)แบ่งกลุ่มการติดเชื้อ HIV ตามอาการทางคลินิกและจำนวน  $T_4/CD_4$  cells ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่เป็นไปตามแต่ละขั้นตอน คือ อาจจะอยู่ระยะแรกแล้วไปสู่ระยะสุดท้ายเลย

1. ระยะการติดเชื้อ HIV เฉียบพลันจะคล้ายกับการติดเชื้อไวรัสทั่วไป คือ มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อย ปวดข้อ อูจจาระร่วง เหนื่อย และมีผื่นขึ้น เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดภายใน 2-4 สัปดาห์ หลังได้รับเชื้อ

2. ระยะไม่ปรากฏอาการ จะมีระดับ  $T_4/CD_4$  cells ลดลง อาจลดลงจากระดับปกติเป็น  $500 \text{ cells}/\text{mm}^3$  โดยปราศจากอาการและอาการแสดง

3. ระยะปรากฏอาการไม่รุนแรง เช่น มีไข้ น้ำหนักลด อูจจาระร่วง เหงื่อออกกลางคืน อ่อนเพลีย ส่วนอาการอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่ระยะรุนแรงคือ เชื้อราในช่องปาก ค่อมไขมันขี้ขี้มันมากเกินไป (seborrhea) ฝีในดวง มีตุ่มตามผิวหนัง ผิวหนังแตกแห้ง และคัน Hairy leukoplakia มีรอยม่วงซ้ำตามร่างกาย cholesteral ในเลือดต่ำ เกิดเริม และต่อมน้ำเหลืองโต

AIDS-related complex (ARC) จะอยู่ในระยะนี้ด้วยโดยการวินิจฉัย ARC นั้นคือมีอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ARC ก็คือโรคติดเชื้อ HIV ในระยะต้น

4. ระยะปรากฏอาการรุนแรงหรือเป็น Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) เพิ่มขึ้น ร่างกายจะถูกคุกคามจากโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ เช่นโรคติดเชื้อ และโรคมะเร็ง รวมทั้งโรคทางสมอง คือสมองเสื่อม ซึ่งสาเหตุมาจากการติดเชื้อ HIV ของ macrophage ในระบบประสาทส่วนกลางและเชื่อกันว่า 70-90% ของผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการสมองเสื่อมโดยจะมีอาการทั้งทางสติปัญญา การเคลื่อนไหวและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ทางสติปัญญาจะมีอาการขาดสมาธิ หลงลืม สับสน หรือกระบวนทางจิต เชื่องช้า อาการทางการเคลื่อนไหวคือ สูญเสียสมดุลหรือการประสานงานกัน ทำให้อ่อนแรงและการใช้มือเสื่อมลง และอาการทางพฤติกรรมคือ เฉื่อยชามีอาการทุกข์ขี้มเสระ มีอาการทางจิต ก้าวร้าวและอารมณ์รุนแรง ส่วนอาการอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ ชัก หรือสูญเสียการมองเห็นก็อาจเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับบริเวณที่สมองถูกทำลาย

การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ทำได้โดยการตรวจ Antibody HIV ในเลือดโดยใช้ Enzyme ELISA แล้วตรวจยืนยันด้วย Western blot test อีกครั้งจึงจะบอกผลผู้ป่วย และควรให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ทุกราย ส่วนการวินิจฉัยอื่นๆ คือตรวจ Polymerase chain reaction, Antigen Immunofluorescence และ Viral culture

การรักษา ในปัจจุบันองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) พิจารณาเห็นชอบให้ใช้ Zidovudine, Dideoxyinosine และ Dideoxycytidine มีรายละเอียดดังนี้คือ Zidovudine (ZDV, AZT) ใช้สำหรับผู้ใหญ่ ทั้งมีอาการและไม่มีอาการ จำนวน CD<sub>4</sub> cell ต่ำกว่า 500 cells/mm<sup>3</sup> AZT จะออกฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างตัว และอัตราการแพร่เชื้อให้ช้าลง โดยการกิน AZI ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะได้ผลดี ขนาดของ AZI ที่ใช้เป็นมาตรฐานคือ 500 mg/day (100 mg ทุก 4 ชั่วโมง 5 dose) ผลข้างเคียงของการใช้ AZI คือ กดการทำงานของไขกระดูก (ซีด และมี neutrophil ในเลือดต่ำ) คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ ถ้าลดขนาดเพื่อลดผลข้างเคียงก็จะมีผลขัดขวางการรักษา Dideoxyinosine ใช้ในผู้ใหญ่ที่มีอาการและใช้ AZI ไม่ได้ผลแต่ผลข้างเคียงของยาจะรุนแรงคือ ทำให้ตับอ่อนอักเสบ และปลายประสาทเสื่อม ส่วน Dideoxycytidine เป็นยาตัวใหม่ซึ่งมีผลข้างเคียงคล้ายกับ dideoxyinosine

โรคฉวยโอกาสและมะเร็งที่ใช่ เป็นตัวบ่งชี้โรค

### 1. Protozoal Infections

Pneumocystic carinii pneumonia เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ซึ่งมี T<sub>4</sub>/CD<sub>4</sub> cells น้อยกว่า 200/mm<sup>3</sup> หรือน้อยกว่า 20% ของจำนวน lymphocytes ทั้งหมดอาการ คือ ไอ หายใจสั้นๆ ตื่นๆ ทำให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน มีไข้ เป็นต้น การรักษาคือ ยา trimethoprim-sulfamethoxazole , trimethoprim-dapsone หรือ pentamidine ส่วนการใช้ corticosteroid ในการรักษาจะเป็นประโยชน์ในกรณีเป็นโรค pneumocystic carinii pneumonia ในระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง

Toxoplasmosis เกิดจากเชื้อ Toxoplasma gondii ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคสมองอักเสบ อาการคือ มีไข้ ปวดศีรษะ จิตใจแปรปรวน ระบบประสาททำหน้าที่บกพร่องทั้ง motor และ sensory และมีอาการชัก การรักษาคือยา sulfadiazine, pyrimethamine, folic acid และรักษาตามอาการตามความจำเป็น

Cryptosporidiosis เกิดจากเชื้อ Cryptosporidium จะมีการติดเชื้อที่ลำไส้ ทางเดินน้ำดี และ ระบบทางเดินหายใจ อาการคือ ถ่ายเป็นน้ำ 1-10 ลิตร/วัน เกร็งในช่องท้อง และท้องบวมโต อาเจียนและเบื่ออาหาร การรักษายังไม่มียาเฉพาะเจาะจง

แม้ว่าจะพยายามคิดค้น จึงต้องรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ให้น้ำเกลือ electrolyte และอาหารเพื่อทดแทนที่ร่างกายเสียไป

## 2. Fungal Infections

Condidiasis เกิดจากเชื้อ *Candida albican* เป็นโรคของหลอดอาหารและปอดอาการคือกลืนลำบาก และปวดขณะกลืนอาหาร การรักษาคือ ยา nystatin, clotrimazole หรือ detoconazole ใช้สำหรับลิ้นและคอเป็นฝ้า ส่วนยา amphotericin B หรือ fluconazole ใช้สำหรับการต่อต้านการแพร่กระจายของการติดเชื้อ *Cryptococcus* เกิดจากเชื้อ *Cryptococcus neoformans* ทำให้เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือที่ปอด อาการคือ มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กลัวแสงการรักษาคือ ยา amphotericin B หรือ fluconazole

Histoplasmosis เกิดจากเชื้อ *Histoplasma Capsulatum* อาการคือมีไข้หนาวสั่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดท้อง คับคอกและอาการของโรคต่อมน้ำเหลือง Histoplasmosis นี้ยังสามารถแพร่กระจายไปสู่ปอดและผิวหนังอีกด้วย การรักษาคือ amphotericin B หรือ fluconazol และรักษาแบบประคับประคองตามความจำเป็น

## 3. Bacterial Infections

*Mycobacterium avium-intracellular complex* ทำให้เกิดการติดเชื้อในปอด คับ มีาม ต่อมน้ำเหลือง และไขกระดูก ประมาณ 50% ของผู้ติดเชื้อ HIV ระยะรุนแรง จะพบว่าเคยติดเชื้อ *Mycobacterium avium-intracellular* มาก่อน แล้วอาการคืออ่อนเพลีย เหงื่อออกกลางคืน มีไข้ น้ำหนักลด และอาการของโรคต่อมน้ำเหลือง การรักษาทำโดยใช้ยา 3 หรือ 4 ตัวร่วมกัน ดังต่อไปนี้คือ amikacin, ethambutol, ciprofloxacin, clofazimine, rifampin, rifabutine และ azithromycin

*Mycobacterium tuberculosis* (MTB) พบเป็น 50% ในผู้ติดเชื้อ HIV ระยะรุนแรง อาการ คือ มีไข้ น้ำหนักลด ใจ รู้สึกไม่สบาย ศูนย์ควบคุมโรค (CDC) แนะนำให้มีการตรวจเชื้อ HIV ในผู้เป็นวัณโรค และตรวจสอบทางผิวหนังของผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยสารทดสอบเชื้อวัณโรค ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็น MTB ควรจะอยู่ในที่ไม้อัด คือ แยก สำหรับการแพร่กระจายเชื้อทางการหายใจ การรักษา คือ ใช้ยา 2-3 ตัว isoniazid, rifampin, pyrazinamide, ethambutol หรือ streptomycin

#### 4. Viral Infection

Herpes simplex virus (HSV) การติดเชื้อไวรัสนี้จะทำให้เกิดอาการปวด มีแผลหรือผื่นที่ผิวหนัง การรักษาใช้ยา acyclovir (Zovirax) ในขนาด 400-1,000 mg/day ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการ และการกลับเป็นซ้ำอีกบ่อย ๆ

Varicella-zoster virus เป็นสาเหตุของโรคสุกสัตว์ มีอาการเจ็บปวด รอยคุ่มที่เกิดขึ้นบริเวณครึ่งซีกของร่างกาย การรักษาคือใช้ยา acyclovir (Zovirax) โดยอาจให้เข้าทางเส้นเลือดตามความจำเป็น

Cytomegalovirus (CMV) จะมีการติดเชื้อที่จอตา ลำไส้ หรือตับ รวมทั้งปอดและ CNS อาการทางตาคือ มองเห็นไม่ชัด และลานสายตาแคบ อาการทางลำไส้คือ อุจจาระร่วง ลำไส้อักเสบ ยาที่ใช้รักษาในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรังคือ Ganciclovir และ foscarnet

#### 5. Malignancies

Kaposi's sarcoma คือเนื้องอกที่พบร่วมกับโรคติดเชื้อ HIV บ่อยที่สุด เป็นลักษณะเนื้องอกของเส้นเลือด รอยโรคจะปรากฏที่ผิวหนัง ช่องปาก(เหงือกและเพดานอ่อน) ปอดและลำไส้ สามารถคลำก้อนได้ ถ้ารอยโรคนขนาดใหญ่จะมีอาการปวดโดยเฉพาะบริเวณขาและเท้า สีของรอยโรคจะเป็นสีแดงม่วง หรือดำ การรักษาโดยการผ่าตัด การใช้ความเย็น การฉายแสง หรือใช้สารเคมีบำบัด (dexamethasone/bleomycin/vincristine or bleomycin/vincristine)

#### การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์

การประเมิน ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV อาจจะมีอาการของโรคฉวยโอกาสร่วมด้วยในเวลาเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิกของโรคฉวยโอกาสเพื่อสามารถประเมินผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ได้ ซึ่งการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อ HIVจะเป็นกระบวนการร่วมกันของแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเองต้องรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคฉวยโอกาสด้วย ในระหว่างที่มีอาการแสดงควรมีการจดบันทึกในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ของตนเอง พฤติกรรมเสี่ยง ด้านสังคม และประวัติการใช้ยา เป็นต้น



พยาบาลต้องซักประวัติโดยละเอียดรวมไปถึงสภาพทางจิตใจ ชนิดของยา วิธีการใช้ยา และการผ่าตัด ประวัติทางสังคมจะรวมไปถึงประวัติของเพศสัมพันธ์ การใช้ยาทางจิต รวมทั้งสาเหตุการใช้ยา การเดินทางในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และที่อยู่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยในเรื่องของการใช้ยาพยาบาลควรจะประเมินโดยละเอียดทั้งชนิด ขนาด ความบ่อย วิธีการใช้ และผลข้างเคียงทั้งยาที่แพทย์สั่งและซื้อรับประทานเอง เพราะประวัติเหล่านี้มีความสำคัญต่อการแพ้ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะ และพยาบาลควรประเมินไปถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยเช่นโรคที่เคยเป็น วัน เดือน ปี และชนิดของการได้รับการผ่าตัด ส่วนประวัติทางจิตใจ คือ สิ่งสนับสนุนทางสังคม ความกลัว การแก้ไขปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยปกติแล้วผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางร่างกายจะมีอาการทางจิตใจร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า โกรธ กลัว และรู้สึกผิด การประเมินผลของสภาพจิตใจสามารถประเมินได้จากกิจกรรมในแต่ละวันโดยประเมินในด้านของสติปัญญาคือ ความจำ สมาธิ การรับรู้ ด้านพฤติกรรม คือ เฉื่อยชา ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน โรคทางจิต ประสาทหลอน ด้านการเคลื่อนไหว คือ กำลังของกล้ามเนื้อ การประสานงาน การไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และการชัก

การตรวจร่างกายจะเริ่มตั้งแต่ตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว และความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเป็นสิ่งที่พึงสังเกต ถ้ามีภาวะ hypovolemia หรือ autonomic neuropathy การตรวจผิวหนังควรสังเกตรอยโรค เนื้อออก อาการคัน ผื่นแห้ง แดง เป็นผื่น เป็นก้อน สีเปลี่ยนแปลง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผมหรือเล็บด้วย มีการทดสอบtuberculin skin testคล้ำต่อหน้าเหลือง โดยดูขนาด ความบีดหยุ่น การเคลื่อนไหว และสัดส่วน การตรวจตาดูความชัดเจนในการมองเห็น ปฏิกริยาของรูม่านตา ลานสายตา และตรวจด้วย ophthalmoscope การตรวจหู จะตรวจการได้ยิน และการมีเสียงในหู ส่วนทางจมูกสังเกตอาการไซนัสอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ เลือดออกในจมูก การตรวจช่องปากควรมีแผล ตุ่ม ผื่นพุพอง ก้อน เนื้อออก เหงือกอักเสบและเลือดออกหรือไม่ รวมทั้งอาการกลืนลำบาก ปวดขณะกินอาหาร และการรับรสเปลี่ยนแปลง มีการตรวจฟังเสียงหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และเสียง murmurs การตรวจท้องโดยฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ คล้ำความบีดหยุ่น ก้อน ขนาด ตับและม้าม ถ้าประเมินการทำงานของลำไส้ให้สังเกตอาการตะคริวในช่องท้อง ท้องบวมโต และคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งควรนึกถึงโรคของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กที่อาจเกิดจากการ

ติดเชื้อ Cryptosporidium, Isospora belli, หรือ Giardia แต่ถ้ามีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดให้นึกถึงโรคของลำไส้ใหญ่ที่เกิดจากเชื้อ Shigella, Chlamydia หรือ Campylobacter ส่วนการอักเสบของผนังลำไส้ส่วน rectal และทวารหนักอาจเกิดจากเชื้อ Shigella, Chlamydia, Anorectal herpes

การตรวจอวัยวะเพศ ถ้าเป็นเพศชายดูอาการแสดงของโรคทางเพศสัมพันธ์ (STD) สิ่งเกดผิวหนังภายนอก คล้ำอืดพุท้ดูก้อนความบืดหุ่่น และความบวมโต สำหรับเพศหญิงดูอาการแสดงของช่องคลอดอักเสบจากโรคทางเพศสัมพันธ์ทั้งภายใน และภายนอก สิ่งเกด discharge ที่ออกมาจากอวัยวะเพศและการตรวจเพาะเชื้อทั้งเพศชายและหญิง ดูทวารหนักมีแผล การอักเสบ ฝ่ การฉีกขาด รอยโรคทางเพศสัมพันธ์ รอยแยก หรือไม่ รวมทั้งตรวจ discharge ด้วยเช่นกัน

การตรวจกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อต่าง ๆ สิ่งเกดในเรื่องของความแข็งแรง มีก้อนเนื้อหรืออาการเจ็บปวดหรือไม่

#### การวินิจฉัยทางการแพทย์

การวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากจำนวน CD<sub>4</sub> cell Neutropenia ต่ำหรือสภาพผิวหนังอ่อนแอไม่สามารถป้องกันเชื้อโรคได้
2. มีไข้เนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย หรือปฏิกิริยาจากการใช้ยา
3. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำเนื่องจากอุจจาระร่วง อาเจียน หรือมีไข้
4. มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหารในร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรืออุจจาระร่วง
5. มีภาวะไม่สมดุลของการกำจัดของเสียออกจากร่างกายคือ อุจจาระร่วง เนื่องจากการติดเชื้อและอาหาร
6. มีภาวะไม่สมดุลของการกำจัดของเสียออกจากร่างกายคือ ท้องผูกเนื่องจากยาประเภท narcotics การเคลื่อนไหวลดลง ได้รับสารน้ำลดลง
7. มีภาวะการแลกเปลี่ยน gas ลดลงเนื่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
8. สภาพผิวหนังอ่อนแอหรือเสื่อมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร เป็นโรคทางเพศ

สัมพันธ์ การไม่เคลื่อนไหว หรือการที่ผิวหนังสัมผัสกับสิ่งขับถ่ายเป็นเวลานาน ๆ

9. รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากต้องคำนึงถึงเพศสัมพันธ์ที่มีความปลอดภัย เปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับตนเองหรือมีข้อจำกัดทางร่างกาย

10. มีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากมีภาพลักษณ์เปลี่ยนไป สูญเสียบทบาท ซึมเศร้า กลัว และวิตกกังวล

11. มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการความคิดคือ ภาวะสับสนเนื่องจากการติดเชื้อ หรือการเกิดมะเร็งใน CNS หรือสมองเสื่อม

#### การวางแผนทางการพยาบาล

จุดประสงค์ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV

1. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้
3. ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลย์ของสารน้ำ
4. ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลย์ของสารอาหาร
5. ผู้ป่วยมีการทำงานของลำไส้เป็นปกติ
6. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก หายใจหอบ อ่อนแรง
7. ผู้ป่วยมีสภาพผิวหนังที่แข็งแรงไม่มีแผล
8. ผู้ป่วยมีการปฏิบัติทางเพศที่ปลอดภัย
9. ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้
10. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สถานที่ เวลา หรือสิ่งแวดล้อม

#### การปฏิบัติการพยาบาล

โรคติดเชื้อ HIV อาจมีผลต่อทุกระบบของร่างกายและต่อการใช้ชีวิตของบุคคลพยาบาลเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ร่วมงาน ควรมีการตรวจ HIV antibody ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้บุคคลสามารถป้องกันตนเองถ้าผล

ออกมาเป็นลบ แต่ถ้าผลเป็นบวกก็จะต้องมีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเมื่อมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ยาทางเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น

ผู้ป่วย และครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วยด้วยแรงกระทบจากการถูกตีตราอย่างมาก ทำให้ต้องการการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ อาการของโรคติดเชื้อ HIV ก่อให้เกิดผลในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และเป็นผลให้เกิดการแยกตัวเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ความอ่อนล้าอย่างมากมีผลต่อการทำงานและการพักผ่อน อาการที่เกี่ยวกับ CNS ทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนกไม่รู้ว่าอาการจะดีขึ้น หรือเลวลง หรือไม่อย่างไร ทำให้เกิดความวิตกกังวลและต่อต้านการเกิดความแตกต่างในหน้าที่การงาน เป็นผลทำให้รู้สึกถึงความอับศรเสื่อมเสียพยาบาลจึงต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยทั้งทางด้านการทำงาน ครอบครัว เพื่อน สิ่งสนับสนุนของชุมชน สังคม สวัสดิการ และการดูแลสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคติดเชื้อ HIV อีกด้วย สำหรับการป้องกันเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อ HIV (universal precautions) ต้องเริ่มตั้งแต่แรกสัมผัสกับผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือป้องกันเช่น เสื้อกาวน์ ถุงมือ แว่นตา และหน้ากาก เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งการกำจัดสิ่งปนเปื้อนและเข็มที่ใส่แล้วอย่างถูกต้อง นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องสะอาดปราศจากเชื้อโรคอีกด้วย

โรคปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ และปวดข้อมักจะเกิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ซึ่งอาการเหล่านี้จำเป็นต้องให้การดูแลที่เบามือและระมัดระวัง ในการยก การพลิก การเคลื่อนย้ายอย่างนุ่มนวลเท่าที่จะทำได้ หรืออาจใช้เครื่องมือช่วยเช่น hydraulic lifts ที่นอนแบบพลิกได้ (turning sheets) ทำให้เกิดความสะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวด ส่วนโรค herpes zoster และโรคของปลายประสาทจะทำให้เจ็บปวดมาก การดูแลต้องให้ออกกำลังกายโดยหลีกเลี่ยงบริเวณที่เป็นตุ่มตามผิวหนัง ใส่ถุงมือขณะทายา และสัมผัสอย่างเบามือ ทำความสะอาดปากและฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อน หรือไม้ฟันสาลีเพื่อหลีกเลี่ยงการระคายเคืองต่อเหงือกและช่องปาก สำหรับอาการอุจจาระร่วง การดูแลคือให้อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง และอาหารอ่อนย่อยง่ายให้รับประทานตามแพทย์สั่งตามกำหนดเวลา ดูแลท่ายาบบริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพื่อป้องกันการระคายเคืองจากอุจจาระ ดูแลให้น้ำหนักเพิ่ม และประเมินภาวะสมดุลย์ของน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการอุจจาระร่วงมาเป็นเวลานาน การชั่งน้ำหนักทุกวันเป็นสิ่งจำเป็น

ถ้ามีอุจจาระร่วงรุนแรงต้องทดแทนให้โดยด่วน ถ้าในปากมีการอักเสบอาจให้รับประทานหรือคัมของเป็นๆหรือวิธีใดก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการชดเชย ภาวะน้ำหนักลดเป็นอาการแสดงที่นำไปสู่โรคติดเชื้อ HIV ระยะรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารโปรตีนสูง แคลอรีสูง โดยให้มือละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และให้คัมน้ำระหว่างมือ ถ้าจัดสภาพแวดล้อมให้เรียบสงบ อาหารนำรับประทานก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ส่วนในสภาพร่างกายที่อ่อนล้า การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นโดยทำตามสภาพของร่างกายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อาจใช้วิธี passive exercise แล้วแต่ความทนทานของร่างกายผู้ป่วย

โรค Kaposi's sarcoma ทำให้เกิดอาการผื่นร่วน น้ำหนักลด ลักษณะร่างกายเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญที่ต้องช่วยผู้ป่วยคือ เรื่องของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ โดยให้การพยาบาลอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล ไม่เร่งรีบ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือ ถ้าพยาบาลแสดงความรังเกียจ หรือหลีกเลี่ยงผู้ป่วยจะทำให้ความรู้สึกยอมรับนับถือตนเองของผู้ป่วยลดลง

การดูแลในเรื่องของการได้รับยาของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการที่จะใช้ยาอื่นร่วมด้วย

สำหรับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ระยะรุนแรงนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญเท่ากับการดูแลตัวผู้ป่วยเองและอารมณ์โกรธจะพบได้บ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV เช่น โกรธที่โรคเกิดกับตนเอง โกรธที่ยังไม่มียารักษา เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องสังเกต อารมณ์โกรธของผู้ป่วยว่ามันคืออะไร กล่าวคือปฏิบัติยาต่อการเจ็บป่วย ความผิดหวังเมื่อขาดผู้ช่วยเหลือ หรือความหมดหวังในการรักษา พยาบาลต้องอดทนและยังคงให้การดูแลที่ดี

**การประเมินผล**

พยาบาลจะประเมินผู้ป่วยในแง่ของระดับการทำงานของภูมิคุ้มกันในร่างกายของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ และในการวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลในแต่ละข้อก็ควรได้รับการประเมินด้วย

### การบันทึก เป็น เอกสารหรือหลักฐาน

พยาบาลควรบันทึกทั้งการพัฒนาของโรคคิด เชื้อฉวยโอกาส การตอบสนองต่อยา และต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล อาการที่กลับเป็นอีก การวางแผนการพยาบาล การมีเพศสัมพันธ์ และสภาวะทางอารมณ์ รวมทั้งการยินยอม และเหตุผลในกรณีไม่ยินยอมให้บันทึกเป็นหลักฐาน พร้อมกับรายงานเป็นโรคติดต่อด้วย

### การดูแลต่อเนื่อง

คือให้ความรู้เกี่ยวกับการเป็นไปของโรค การรักษา และการพยาบาล ที่จะได้รับ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งวางแผนในอนาคต แนะนำให้ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย ำให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม และแนะนำการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง รวมทั้งการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเป็นปกติสุข (Beare & Myer, 1994)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

"ที่ไหนดคือความหวัง ที่นั่นคือชีวิต" เป็นสำนวนที่เกือบจะทุกคนเคยได้ยินมาแล้ว ในความหวังมีการอธิบายถึงพื้นฐานในการตอบสนองของมนุษย์ซึ่งถือว่าเป็นแก่นในทุก ๆ ชีวิต (Fischer, 1988 cited by Forbes, 1994) ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและจำเป็นสำหรับสิ่งที่ยู่นอกเหนือข้อจำกัดของร่างกาย แต่ความสิ้นหวังจะคู่อยู่กับอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น ความหวังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตและเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (Campbell, 1987 ; Frank, 1959 ; Herth, 1990 ; Travelbee, 1971 cited by Forbes, 1994) ระดับความหวังที่มีอยู่ในแต่ละคนนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การปฏิสัมพันธ์และการดูแลสุขภาพ ความหวังเป็นแหล่งพลังงานของแต่ละบุคคลในการวางแผน การกระทำและการไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ความหวังมีขึ้นได้ทุกขณะเมื่อยังไม่หมดหวัง (Fromm cited by Sundeen, 1994) ความหวังเกี่ยวข้องกับ การกระทำที่จะนำไปสู่การแก้ไขจัดการอันอาจจะเป็นไปได้หรือเป็นไปไม่ได้ (Stotland & Gottschalk cited by Hearth, 1989) ความหวังมีความสำคัญสำหรับแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เช่น บุคคลหนึ่งเห็นว่าความหวังนี้สำคัญ และมีความหมายมากในขณะที่บุคคลอื่นอาจมองว่าไม่มีความสำคัญเลยก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามแต่ละบุคคลก็ยังคงหวังในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเองต่อไป (Sundeen, 1994)

## คำจำกัดความของความหวัง

ความหวังเป็นความปรารถนา ความคาดหวังของการทำให้สำเร็จ (Webster's, 1991 cited by Forbes, 1994)

ความหวัง คือ การคาดหมายว่าสิ่งที่ปรารถนาหรือต้องการจะเป็นไปตามที่คิด ซึ่งมักเกิดในขณะที่สถานการณ์ตึงเครียด ความหวังจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและต่อสู้กับสภาพร่างกายและจิตใจที่ถูกต้อง (Thelan, A., 1990)

ความหวังเป็นการคาดหมายในอนาคตที่มีความเป็นไปได้ เป็นการตั้งเป้าหมายการกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย กระบวนการระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่ถูกสร้างมาจากความไว้วางใจที่เกิดจากการได้รับการเลี้ยงดู ความไว้วางใจระหว่างบุคคล และความไว้วางใจในพระเจ้าด้วย (Grimm, 1991 cited by Messer & Meldrum, 1995)

ความหวัง คือ การคาดหมายถึงสิ่งที่ดีในอนาคตบนพื้นฐานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นสิ่งจำเป็นในการจูงใจให้บุคคลหาหนทางแก้ไขปัญหา และไปสู่เป้าหมายที่ต้องการเป็นภาวะของสุขภาพจิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งความรู้สึกว่าน่าจะเป็นไปได้ ซึ่งอาจจะจริงหรือไม่จริงก็ได้ (Gottschalk, 1974)

ความหวัง หมายถึง อารมณ์ ความคาดหวังและภาพจินตนาการต่าง ๆ ธรรมชาติของความหวังเกิดเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่อ่อนแอ ได้รับความเจ็บหรือเจ็บป่วย เพื่ออยากมีชีวิตดีขึ้น ความหวังจะเกิดขึ้นจากความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความรู้สึกต้องการ และจากการกระทำสิ่งต่าง ๆ สำเร็จ เพื่อนและครอบครัวสามารถอุปถัมภ์และแผ่ขยายความหวังของบุคคลได้ (Miller, 1985)

ความหวังมีหลายมิติมีทั้งความแน่นอนและไม่แน่นอนในการคาดหวังสิ่งที่ดีในอนาคต ความหวังของบุคคลเป็นสิ่งที่เป็นไปได้บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น (Dufault & Martocchio cited by Sundeen, 1994)

ความหวังมีหลายมิติเป็นแรงขับในชีวิตที่อาจจะจริง หรือยังไม่แน่ใจว่าจะเป็นจริงได้ ในสิ่งที่หวังในอนาคต (Dufault, 1985 cited by Forbes, 1994)

ความหวังมีหลายมิติโดยเป็นกระบวนการซึ่งรวมเอาความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความสัมพันธ์ ซึ่งเป้าหมายในอนาคตของความหวังต้องมีความหมายในตัวของมันเอง (Stephenson, 1991 cited by Forbes, 1994)

ความหวังคือแรงจูงใจและเป็นการแสดงออกถึงการกระทำที่มีคุณค่า (McGee, 1984 cited by Forbes, 1994)

ความหวังเป็นหนทางไปสู่การค้นหาซึ่งความรู้ ความคิดเห็นและการกระทำที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา เช่น ในนักโทษ และคนที่กำลังจะตาย ความหวังจะเป็นแรงขับให้เกิด



ความเข้มแข็ง ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ความหวังเป็นพลังสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลยังอยู่ต่อไป ยังคงพยายามต่อสู้ และสามารถทำงานในสังคมต่อไปได้

ความหวังเป็นหนทางที่ดีที่สุดของมนุษย์อันจะนำไปสู่สถานการณ์ที่ดีกว่าอีกทั้งยังเป็นแนวคิดที่จำเป็นในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงอีกด้วยคุณอาจจะสามารถทำให้ความหวังแข็งแกร่งขึ้นได้ จากการค้นหา การประเมินผลและให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาด้วยศักยภาพของตัวเอง ดังนั้นยิ่งคุณรู้จักผู้ป่วยดีเท่าไรคุณก็จะสามารถส่งเสริมความหวังของผู้ป่วยได้มากเท่านั้น (Sharon Roberts, 1985 cited by Murray & Huelskoetter, 1987)

ความหวังจะเกิดขึ้นได้ใหม่ทั้งกับบุคคลและครอบครัว เมื่อครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับความรู้และได้แสดงความรู้สึก ความหวังเป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นกำลังสำคัญ เป็นจุดเริ่มต้นที่จะวางแผน สามารถระบายความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาได้ ทำให้ค้นหาความจริงมากขึ้น และสามารถแสดงความคิดเห็นได้ ความหวังคือสิ่งที่ทำให้ความเป็นไปไม่ได้ อาจจะเป็นจริงขึ้นมา ความหวังไม่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สบายๆ หรือไปตามกระแสหัดพา แต่มันเปรียบเสมือนการคัดท้ายเรือเมื่อถูกพายุหัดกระหน่ำ เมื่อครอบครัวรับรู้ และสนับสนุนความหวังก็เปรียบได้กับสามารถคัดท้ายเรือไปตามทิศทางที่ต้องการโดยไม่ปล่อยให้ลอยไปตามแรงลม (Murray & Huelskoetter, 1987)

ความหวังเป็นความปรารถนาที่คาดหวังหรือมีความรู้สึกว่าการจะให้เกิดขึ้น ในความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลควรรีให้ความสนใจผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทักษะเฉพาะ เรื่อง และความเชื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถสมปรารถนาหรือไปถึงจุดมุ่งหมายและความหวังในชีวิตของผู้ป่วย ถ้าปราศจากความหวังผู้ป่วยจะไม่มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือเชื่อว่าชีวิตนี้มีความหมายได้เลย (Norris, 1987)

ความหวังมีลักษณะ 6 ประการดังนี้คือ

ลักษณะที่ 1 คือ ความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและการปรับตัวที่เป็นไปได้

ลักษณะที่ 2 คือ การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นในเรื่องของการแบ่งปันเวลา และการรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ลักษณะที่ 3 คือ ความเชื่อในอนาคตที่เป็นไปได้ การมองไปในอนาคตข้างหน้าที่สามารถวางแผนได้และความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ออกมา

ลักษณะที่ 4 คือ ความเชื่อทางจิตใจ เช่น การสวดมนต์ การเคร่งครัดในศาสนา เนื่องจากศาสนา คือ ความศักดิ์สิทธิ์ซึ่งสร้างความเข้มแข็งได้ในขณะที่เกิดความท้อใจ

ลักษณะที่ 5 คือ ความกระตือรือร้นในกิจการงานที่ยุ่งยากซับซ้อนซึ่งสามารถควบคุมให้เป็นไปตามเป้าหมายได้

ลักษณะที่ 6 คือ ความหวังภายในใจของแต่ละบุคคล เป็นความพร้อมจากภายใน เป็นความสามารถที่มีการควบคุมและเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการไว้ใจ (Nowotny, 1989 cited by Forbes, 1994)

### ความเป็นมาของความหวัง

อิริคสัน อ่างถึงใน โพรปส์ (Erickson, 1964 cited by Forbes, 1994) กล่าวว่า ความหวังเกิดขึ้นจากระยะแรกที่ทารกแรกเกิดพัฒนาความไว้ใจและไม่ไว้ใจ ซึ่งเด็กทารกจะพัฒนาความไว้ใจจากมือมารดา ในระยะต่อมาผู้กำหนดว่าความจำเป็นพื้นฐานคือ ความรักและการอบรมเลี้ยงดูรวมเข้าด้วยกัน ถ้าทารกได้รับการดูแลและการตอบสนองอย่างเหมาะสมในเรื่องของความจำเป็นพื้นฐาน ทารกก็จะเรียนรู้ถึงความไว้ใจซึ่งจะช่วยให้สามารถเรียกหาได้จากภายนอกในเวลาที่ต้องการ และความหวังก็จะเกิดขึ้นจากความเชื่อในความไว้ใจ จึงเป็นพื้นฐานสำหรับความหวังในชีวิต และมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความหวังในสถานการณ์คับขัน (Stephenson, 1991 cited by Forbes, 1994) ความหวังจะถูกกระตุ้นจากความเครียดเช่น การสูญเสียศักยภาพ ความเจ็บป่วย การตัดสินใจในเรื่องยากๆ การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต (Nowotny, 1989 cited by Forbes, 1994) ความหวังคือสิ่งที่เป็นพลวัตรเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตและเมื่อใช้แหล่งพลังในตัวหมดไป (Herth, 1990 cited by Forbes, 1994) ความหวังจะเกิดขึ้นในระยะเวลาของการพิจารณาดี มีความทุกข์ ทรมาน หรือการต้องโทษ เป็นต้น (Stotland, 1996 cited by Forbes, 1994) แต่อย่างไรก็ตามความหวังเป็นพื้นฐานของความเชื่อว่าสิ่งที่คิน่าจะเป็นจริงได้ในอนาคตและการมีทัศนคติที่ดีต่ออนาคตนี้เอง เป็นจุดเริ่มของการพัฒนาความหวังต่อไป (Sundeen, 1994)

### ความต่อเนื่องของความหวัง

ความหวังมีลักษณะที่ต่อเนื่องจากด้านหนึ่งคือ ความมีหวัง ความเชื่อมั่น ความเชื่อ แรงบันดาลใจและการตกลงใจแน่วแน่ ไปสู่อีกด้านหนึ่งคือความสิ้นหวัง หมดที่พัง หมดหวัง ความสงสัย ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เศร้าใจและทุกข์โศรก

ภาวะต่อเนื่องของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์ชีวิต อิทธิพลของวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความเชื่อในจิตใจ (Lange, 1978 cited by Sundeen, 1994)

### ผลลัพธ์ของกระบวนการความหวัง

ความหวังจะทำให้เกิดพลังงานขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหามากมายที่ต้องแก้ไข การหายแพ้กับอุปสรรคในชีวิต และการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง (Travelbee, 1971 cited by Forbes, 1994)

ความหวังเป็นอำนาจ แรงสนับสนุน และสามารถทำให้อายุยืนขึ้นได้ รวมทั้งเป็นแหล่งพลังงานของแต่ละบุคคลที่จะวางแผนการกระทำไปสู่ความสำเร็จ (Stotland, 1969 cited by Forbes, 1994)

ความหวังทำให้จิตใจและร่างกายแข็งแรงยิ่งขึ้น การขาดซึ่งความหวังจะนำไปสู่ความตาย (McGee, 1984 cited by Forbes, 1994)

แนวคิดของ ดูฟอลท์ และมาร์โตคchio (Dufault & Martocchio, 1985) ได้กล่าวเกี่ยวกับความหวังไว้ว่า

วรรณกรรมทางการแพทย์บาลได้มีการกล่าวถึง ความหวังและกระบวนการของความหวังทั้งที่กล่าวถึงในแง่ของความสำเร็จ การสนับสนุน และการสร้างความหวังขึ้นใหม่ในผู้ป่วย แต่ยังมีไม่มากพอที่จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้ แม้ว่าตัวพยาบาลเองจะเห็นด้วยว่าความหวังมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีก็ตาม

การที่จะช่วยย้่าบุคคลไปถึงซึ่งเป้าหมาย หรือความหวังที่ตั้งไว้สามารถทำได้โดยใช้การไตร่ตรอง และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานแห่งความเข้าใจในธรรมชาติของความหวัง และความสามารถสังเกตเห็นความหวังที่แสดงออกมาได้ รวมทั้งอธิบาย

เกี่ยวกับขอบเขตของความหวัง และมีติของความหวังโดยข้อมูลได้มาจากการรวบรวมข้อมูลในคลินิกมากกว่า 2 ปี ในผู้ป่วยมะเร็ง 35 ราย (อายุ 65 ปีขึ้นไป) และยืนยันอีกครั้งด้วยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคต่างๆ 47 ราย (อายุ 14 ปีขึ้นไป) ในระยะเวลามากกว่า 2 ปีเช่นกัน โดยข้อมูลทั้งหมดได้จากการเข้าร่วมสังเกตในกลุ่มต่างๆ รวมทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านด้วย

### คุณสมบัติของความหวัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความหวังเป็นเรื่องหลากหลายมิติที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอในชีวิต โดยมีลักษณะของความมั่นใจไปจนถึงความไม่มั่นใจในสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะ เป็นผลสำเร็จในอนาคตที่ดีในภายภาคหน้า ซึ่งสามารถเป็นไปตามความเป็นจริง ความหวังมีความเกี่ยวข้องกับ การแสดงออก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความหวังไม่ใช่การแสดงออกเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ซับซ้อนของความคิดความรู้สึก และการแสดงออกที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ดังนั้นความหวังจึงมีหลายมิติ และเป็นกระบวนการ ไม่ใช่มีเพียงมิติเดียว และคุณลักษณะเดียวเท่านั้น การแสดงออกซึ่งความหวังมีมากมายหลายอย่างแล้วแต่จะสังเกตเห็นได้ แนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับความหวังคือ ความหวังประกอบด้วย 2 ส่วน คือความหวังโดยทั่วไปและเฉพาะเจาะจงและ 6 มิติ คือ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ความผูกพัน เวลา และสภาพการดำเนินชีวิต

### ขอบเขตของความหวัง

ขอบเขตของความหวังแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ความหวังโดยทั่วไป และความหวังที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งทั้ง 2 ส่วนนี้แม้จะแตกต่างกันแต่ก็ยังมีความสัมพันธ์กันคือทั้ง 2 ส่วน จะทำหน้าที่ไปด้วยกัน ส่วนที่แตกต่างกันคือ

ความหวังโดยทั่วไป (Generalized hope) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคตในภาพกว้าง ๆ โดยไม่จำกัดว่าจะเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมเช่นคำกล่าวที่ว่า "ฉันไม่ได้หวังเฉพาะจงอะไร เพียงแต่หวังในสิ่งที่คาดไว้ล่วงหน้า" หรือ "ความหวังทำให้ฉันสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไป" มันเป็นความหวังในภายหน้า ที่ทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างดูมีคุณค่า ความหวัง

โดยทั่วไปนี้จะช่วยป้องกันความสิ้นหวัง เมื่อความหวังที่เฉพาะเจาะจงไม่สัมฤทธิ์ผล โดยจะช่วยให้รู้สึกว่าคุณมีความหมาย ทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความคิดที่เปิดกว้างและยืดหยุ่นต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในส่วนที่แตกต่างกับความหวังที่เฉพาะเจาะจงคือ ในเรื่องของผลลัพธ์ในแง่ของคุณค่า ความดี สภาวะการณ์ และวัตถุประสงค์ของความหวัง

ความหวังที่เฉพาะเจาะจง (Particularized hope) มีคุณสมบัติดังนี้คือ

1. เป็นสิ่งที่มีอยู่จริงในปัจจุบันซึ่งสามารถทำให้ดีขึ้นได้
2. เป็นสิ่งที่บุคคลยังไม่มีในขณะนี้แต่สามารถทำให้มีขึ้นได้
3. เป็นความปรารถนาให้สิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้น
4. เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในปัจจุบันและยังเป็นส่วนหนึ่งของความหวังในอนาคตอีกด้วย
5. เป็นความปรารถนาให้สิ่งที่ไม่ต้องการไม่เกิดขึ้น

ความหวังที่เฉพาะเจาะจงนี้จะชัดเจน เกิดขึ้นก่อน และยืนยันได้ว่าอะไรคือความหวังที่สำคัญที่สุดในชีวิต ความหวังส่วนนี้จะช่วยให้เกิดแรงกระตุ้นในการแก้ปัญหาเมื่อมีอุปสรรค และเมื่อต้องการวางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของความหวังที่ตั้งไว้

ในบางสภาวะการแสดงออกถึงความหวังโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นมากกว่าในกรณีนี้

1. ความหวังที่เฉพาะเจาะจงนั้นจำเป็นต้องยกเลิก
2. ความหวังที่เฉพาะเจาะจงนั้นเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อย เนื่องจากมีความไม่แน่นอนสูงหรือสถานการณ์เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว
3. ความหวังที่เฉพาะเจาะจงนั้นสามารถพิสูจน์ได้ว่าเหมือน ๆ กัน
4. ความหวังที่เฉพาะเจาะจงนั้นกลายมาเป็นนามธรรม และทั่ว ๆ ไปมากขึ้น

ในบางโอกาสความหวังโดยทั่วไปจะช่วยในการพัฒนาความหวังที่เฉพาะเจาะจง และช่วยให้รู้สึกเหมือนว่าความหวังจะเป็นจริงในระยะเวลาที่ไม่นานเกินไป รวมทั้งช่วยปลอบใจ เมื่อความหวังที่เฉพาะเจาะจงถูกยกเลิก อย่างไรก็ตามในบางครั้งบุคคลก็มีเพียงความหวังโดยทั่วไปก็ำจุนอยู่ เช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายยังคงมีความหวังอย่างเด่นชัด ถึงแม้จะไม่เฉพาะเจาะจงในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเธอกล่าวว่า "ในระยะนี้ไม่มีอะไรที่จะทำได้ในสิ่งที่เธอหวัง แต่ความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้สงบได้เพียงพอแล้ว"

## มิติของความหวัง

มิติของความหวังแบ่งออกเป็น 6 มิติคือ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ความผูกพัน เวลา และสภาพการดำเนินชีวิต ในแต่ละมิติจะบรรยายโดยบอกส่วนประกอบที่เป็นโครงสร้างของความหวัง การเปลี่ยนแปลงภายในและระหว่างมิติของความหวัง รวมทั้งกระบวนการของความหวัง ในบางสภาวะการณ้อาจเกิดกระบวนการของความหวังหลายกระบวนการในบุคคลเดียวกันและเวลาเดียวกัน

1. ด้านอารมณ์ (Affective dimension) เป็นอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการความหวัง ประกอบด้วย

- 1.1 ความรู้สึกอยากให้อะไรบางอย่างเกิดขึ้น
- 1.2 ความรู้สึกว่าจะต้องทำอะไรบางอย่าง
- 1.3 ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้มาในสิ่งที่ต้องการ
- 1.4 ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะได้มาในสิ่งที่ต้องการ
- 1.5 ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับความหวังทั้งในทางบวกและลบ

ในส่วนประกอบข้างต้นคือ ความต้องการ อยากได้ในผลที่ออกมา ประสบการณ์ความหวังของบุคคลไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่ตีเท่านั้น แต่รวมไปถึงความไว้วางใจ เชื่อใจว่าสิ่งที่ต้องการจะทำให้ชีวิตของบุคคลดีขึ้น และในบางสถานการณ์จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย โดยอาจแสดงออกได้ในทางกายภาพ

ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังของบุคคลในทางบวก เช่น รู้สึกเหมือนเห็นแสงสว่าง ในอุโมงค์ที่มีคิมิด ความรู้สึกในแง่ดี รู้สึกไว้วางใจ มองโลกในแง่ดี มีความสุข มีความเชื่อมั่นแรงกล้า และมีจิตใจที่เป็นสุข ส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังของบุคคลในทางลบจะเกิดมาจากความไม่แน่ใจหรือความไม่รู้ว่าจะเป็นไปได้หรือไม่ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล กระวน-กระวาย สงสัย บ่นยากใจ และเศร้าสลดหดหู่ เป็นต้น ระดับของความแน่ใจและไม่แน่ใจจะเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อมิติของความหวัง เช่น ด้านความคิด และด้านความผูกพัน เป็นต้น ความรู้สึกแน่ใจและไม่แน่ใจนี้อาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันก็ได้ เช่น ผู้ป่วยกล่าวว่า "ฉันมีใจหวังในการรักษา โดยสวดมนต์ภาวนาอย่างหนัก แล้วฉันก็รู้สึกดีเพราะว่าพระเจ้าคงจะตอบรับคำภาวนาของฉัน ทำให้มีความคิดว่าการรักษาน่าจะสามารถช่วยชีวิตฉันได้ ซึ่งมันเป็นเรื่องยากในการที่จะอธิบาย แต่บางทีก็รู้สึกว่าพระเจ้าอาจจะไม่ตอบรับ หมออาจจะไม่สามารถรักษาฉัน



ให้หายได้ ทำให้ฉันทื่นเกิดความวิตกกังวล และกระวนกระวายตามมา"

ถ้าความหวังของบุคคลได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจะก่อให้เกิดความรู้สึกสงบสุข สดชื่น มีคุณค่า หวังพอใจ มีความสุข เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ อ่อนน้อม กล้าหาญ มีความ แข็งแกร่ง มีวัตถุประสงค์ในชีวิต รู้สึกโล่งใจและเต็มไปด้วยความรัก

ถ้าความหวังถูกคุกคาม หรือถูกกระทบกระเทือนในทางลบจะทำให้เกิดความรู้สึก ในทางลบ คือ หมดริ้วแรง โศกเคี้ยว หวาดกลัว ขาดความช่วยเหลือ เสรีาสลคหคหู้ รู้สึกสูญเสีย ร้องไห้ โกรธ และหมคหที่หึ่ง

ความพยายามของแต่ละคนที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นนั้นจะได้จากแรงกระตุ้น ของกระบวนการความหวัง คือ เมื่อวัตถุประสงค์ของความหวังนั้นมีความเป็นจริงน้อยและมี โอกาสเป็นไปได้ไม่ไค้มาก ความเจ็บปวดหรือความทุกข์นั้นจะทำให้เกิดความคิดที่จะ เปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ใหม่

มิติด้านอารมณ์นี้จะแพร่กระจายอยู่ในกระบวนการของความหวัง โดยล้อมรอบ ความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งความรู้สึกสบาย และเจ็บปวด ดังนั้นจึงกล่าวไค้ว่า ไม่มีความรู้สึก เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่จะสามารถบรรยายคุณลักษณะของกระบวนการ ความหวังไค้ อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ในมิติด้านอารมณ์อาจจะ เป็นเพียงส่วนหนึ่งภายใน กระบวนการของความหวังเท่านั้น

2. ด้านความคิด (Cognitive dimension) เป็นความปรารถนา จินตนาการ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การแปลความ และการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ประกอบด้วย

2.1 เป้าหมายของความหวัง

2.2 การตรวจสอบและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงกับ ความหวัง

2.3 การจำแนกปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความหวัง และยับยั้งไม่ให้เกิดความหวัง

2.4 การยอมรับว่าความปรารถนาในอนาคตอาจเป็นไปได้หรือเป็นไปได้

2.5 การจินตนาการถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้ข้อเท็จจริง ในอดีตและปัจจุบัน เป็นสิ่งสนับสนุน

ความหวังเป็นสิ่งที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ สถานการณ์ของบุคคล เวลา รวมไปถึงการตรวจสอบ และประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ความเป็นจริงกับความปรารถนานั้นด้วย โดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ เช่น ทางกายภาพ และสิ่ง แวดล้อมทางสังคม ถ้าบุคคลที่มีพื้นฐานของความหวังที่แข็งแกร่ง เมื่อเขาพบว่าความหวังของ เขาไม่อาจเป็นความจริงได้ เขาก็จะล้มเลิกความหวังนั้นโดยชั่วคราวหรือถาวร แล้วสร้าง ความหวังขึ้นมาใหม่ แต่ถ้าบุคคลที่มีพื้นฐานของความหวังที่อ่อนแอก็จะคอยให้มีเหตุการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมความหวังนั้น ในระหว่างที่คอยอาจจะหันไปสนใจความหวังในเรื่อง อื่น ๆ ต่อไป หรือบางทีอาจจะล้มเลิกความหวังนั้นแต่ยังคงมีความปรารถนาอยู่ ซึ่งความหวัง กับความปรารถนานั้นแตกต่างกันคือ บุคคลจะมีการไตร่ตรองและตั้งความหวังให้อยู่บนพื้นฐาน แห่งความเป็นจริง ซึ่งต่างจากความปรารถนาที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความเป็นไปได้ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension) เป็นการกระทำที่สัมพันธ์กับ ความหวังซึ่งอาจจะเป็นการกระทำที่นำไปสู่ความต้องการหรือความหวังโดยตรง หรืออาจจะ เป็นการกระทำที่ถูกกระตุ้นด้วยความมีหวัง แต่อาจไม่ทำให้เกิดผลตามต้องการก็ได้ การ กระทำนั้น ๆ อาจแสดงออกได้หลายทาง ทั้งทางจิตใจ เช่น การคิด การวางแผน การ คัดลึนใจทำ และการแก้ปัญหา หรือทำอย่างไรจึงจะไปสู่ความหวังที่ตั้งไว้ได้ ในส่วนนี้จะมี ความเกี่ยวข้องกับด้านความคิด (Cognitive dimension) ด้วย ส่วนการแสดงออกทาง ร่างกาย คือ การแสดงออกที่เจาะจงและมองเห็นได้ เพื่อให้ไปถึงสิ่งที่หวังโดยรวมทั้งกิจ กรรมและการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานวิตามิน และยาตามแผนการรักษา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ ทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อไปสู่ความสำเร็จนั้นๆ ทางความเชื่อและศาสนา เช่น การสวดมนต์อ่อนนวยสงัดศีลพิธี หรือปฏิบัติกิจทางศาสนา ซึ่งเป็นความเชื่อในพระเจ้า และสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติที่จะช่วยเพิ่มพลังเพื่อไปสู่ความ ความสำเร็จ โดยในส่วนของสังคมและความเชื่อทางศาสนานั้นจะ เกี่ยวพันกับมิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension) ด้วย

พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่กล่าวมาข้างต้น เกิดจากความตั้งใจที่ต้องการ จะมีชีวิตอยู่ การมีชีวิตใหม่ การดูแลผู้อื่น รวมทั้งการคิดถึงการเปลี่ยนแปลงในอนาคตด้วย



ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยกล่าวว่า

"ความหวังของฉันช่วยผลักดันให้ฉันดูแลตัวเอง และภรรยาของฉันถึงแม้ว่า บางอย่างฉันจะไม่ชอบทำเลย"

"ความหวังทำให้ฉันมีความเข้มแข็งที่จะอยู่ต่อไปอย่างต่อสู้ชีวิต ไม่ใช่มีแค่ สงสารตัวเอง"

"ความหวังช่วยให้ฉันสามารถทำในสิ่งที่ต้องทำ"

4. ด้านความผูกพัน (Affiliative dimension) เป็นความผูกพันหรือความรู้สึกถึงการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งอื่นประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การปฏิบัติต่อกันและกัน การสร้างมิตรภาพและความสนิทสนมคุ้นเคยกับบุคคลอื่น ๆ หรือสิ่งอื่น ๆ ซึ่งความผูกพันนี้ไม่เพียงแต่เกิดกับบุคคลที่มีชีวิตอยู่เท่านั้น แต่หมายรวมถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว พระเจ้า และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ อีกด้วย ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีชีวิตอยู่อาจหมายถึงเพื่อน คนรัก ผู้ให้การรักษาพยาบาล และคนคุ้นเคยหรือใกล้ชิด สิ่งมีชีวิตอื่น ๆ หมายถึงสัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า นก หรือต้นไม้ เป็นต้น สำหรับพระเจ้า และบุคคลที่เสียชีวิตแล้วนั้น บุคคลเชื่อว่ามีความสามารถทำให้ความหวังบรรลุผลได้ ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ อบอุ่นใจ นอกจากนี้ มิติด้านความผูกพันยังเป็นการค้นหาหรือรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในเรื่องของการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารรวมทั้งช่วยให้ความหวังนั้นเป็นจริง ซึ่งอาจได้จากผู้เคยมีประสบการณ์มาก่อนหรือบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปของความหวัง โดยให้การยอมรับ สนับสนุนร่วมแสดงความคิด ความรู้สึก และความคิดเห็น เกี่ยวกับความหวังนั้นด้วย ดังนั้นถ้าครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนของบุคคลมีส่วนรับรู้ถึงความต้องการ ความผูกพัน ความหวังของบุคคลแล้วก็จะเกิดความเข้าใจ เห็นใจพร้อมที่จะสนับสนุนให้บรรลุถึงสิ่งที่หวังได้

5. ด้านเวลา (Temporal dimension) เป็นเหตุการณ์ของบุคคลที่เกิดในช่วงเวลาต่าง ๆ (อดีต ปัจจุบัน และอนาคต) ที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง โดยส่วนประกอบของมิติด้านเวลานี้จะรวมถึงกระบวนการความหวังในอดีต ปัจจุบัน อนาคต และช่วงเวลาที่ไม่เจาะจงหรือไม่เจาะจงของความหวังด้วย

เกี่ยวกับอนาคต ความหวังของบุคคลเกี่ยวกับอนาคตจะมีแตกต่างกันออกไป เป็นความหวังในชีวิตที่ยังมาไม่ถึง บางความหวังก็มีกำหนดเวลาเจาะจง และบางความหวังไม่เจาะจง อาจเป็นระยะเวลาช่วงสั้น ๆ หรือระยะยาว เช่น เหตุการณ์เฉพาะหน้าที่กำลังจะเกิดขึ้น วันพรุ่งนี้ เดือนหน้า ปีหน้า 10 ปีข้างหน้า หรือเป็นนิจนิรันดร์ เช่น ผู้ป่วยในโรงพยาบาลคนหนึ่งมีความหวังเกี่ยวกับอนาคตว่า การผ่าตัดจะประสบผลสำเร็จ(ในวันพรุ่งนี้) เขาจะได้รับการพยาบาลอย่างดีที่บ้าน (ก่อนออกจากโรงพยาบาล) เขาจะสามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ในบางวัน(เวลาไม่เจาะจง คือ เมื่อไหร่ก็ตามที่สภาพร่างกายของเขาแข็งแรงพอ) เขาจะมีชีวิตอยู่จนกระทั่งวันเกิดครบรอบ 81 ปี (อีก 4 เดือนข้างหน้า) และเมื่อเขาตาบอดพระเจ้าก็จะให้พรเขาด้วยการอยู่บนสวรรค์ (เวลาไม่เจาะจง คือ เมื่อไหร่ก็ตามที่เขาจะต้องตาบอด และจะขยายออกไปถึงการอยู่อย่างนิจนิรันดร์บนสวรรค์)

ความหวังที่ไม่เจาะจงกำหนดเวลาจะช่วยป้องกันตนเองจากความผิดหวัง เมื่อความหวังไม่เป็นจริง ภายในเวลาที่กำหนด โดยจะช่วยขยายเวลาให้เกิดความเป็นไปได้ หรือเปิดโอกาสมากขึ้น แต่ในทางกลับกันมีความไม่แน่นอนของเวลาในการดำเนินชีวิตของบุคคล เช่นในเรื่องของอายุหรือความเจ็บป่วยทำให้ต้องนึกถึงว่า ถ้าความหวังไม่เจาะจงกำหนดเวลาบุคคลก็จะไม่มีหวังที่เป็นจริง ดังนั้นควรจะมีร่วมกันทั้งความหวังที่เจาะจงเวลาและไม่เจาะจง

เกี่ยวกับอดีต อดีตมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลได้หลายทางในบางสภาวะการณ์ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เคยสมหวังในอดีตจะมีความหวังว่าจะสมหวัง เช่นนั้นอีกในอนาคต โดยจะจำถึงเหตุการณ์ การกระทำ สภาพการณ์ หรือส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำกลับมาใช้อีก ส่วนบุคคลที่เคยเจ็บปวดหรือผิดหวังในอดีตอาจจะ เป็นบทเรียนที่จะไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต และใช้เป็นเหตุผลในการสร้างความหวังขึ้นใหม่หรือความรู้สึกไม่สิ้นหวัง แต่ในบางครั้งความผิดหวังก็อาจทำให้ล้มเลิกความหวังไปเลยก็ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจำในสิ่งที่เคยประสบผลสำเร็จจะเป็นตัวช่วยในการแก้ไขจัดการกับปัญหา เพื่อเกิดแรงกระตุ้นให้มีความหวังแม้ว่าอาจจะไม่สำเร็จในขณะนั้นก็ตาม

เกี่ยวกับปัจจุบัน ปัจจุบัน คือ สิ่งที่จะนำไปสู่อนาคต ดังนั้นความหวังในปัจจุบัน จึงส่งผลไปสู่อนาคตด้วย เช่น ในปัจจุบันหวังไว้ในทางที่ดีก็จะไปเป็นส่วนหนึ่งในอนาคต เมื่อภาวะคุกคามเกิดขึ้นจะไม่ปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ดีไปสู่สิ่งที่ด้อยกว่า อีกทางหนึ่งคือ ความหวังในปัจจุบันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า หรืออาจใช้เหตุการณ์ปัจจุบันอ้างอิงว่าเหตุการณ์ในอนาคตน่าจะเกิดขึ้นได้จริง โดยที่บุคคลจะไม่เปลี่ยนแปลงปัจจุบัน แต่จะมีระดับของความหวังในแง่ของความอิสระส่วนตัว การควบคุมตนเองและมีส่วนต่าง ๆ สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในปัจจุบันค่อนข้างมาก

6. ด้านสภาพการดำเนินชีวิต (Contextual dimension) ความหวังจะถูกนำเข้ามาเป็นแนวทางและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต โดยในมิติด้านสภาพการดำเนินชีวิตนี้จะสนใจในเรื่องของการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่เป็นส่วนหนึ่งของความหวัง ประกอบด้วย

- 6.1 สภาพร่างกายและการใช้ชีวิตตามปกติ
- 6.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ และการพึ่งตนเอง
- 6.3 ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ
- 6.4 ความสามารถที่จะดำรงบทบาทตามที่ตนคาดหวัง
- 6.5 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีวัตถุประสงค์
- 6.6 ความมั่นคงของสถานภาพทางการเงิน
- 6.7 การดำเนินชีวิตในครอบครัว
- 6.8 ความเป็นเจ้าของในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีคุณค่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤติเกี่ยวกับการสูญเสียในแต่ละส่วนประกอบที่กล่าวข้างต้น อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ หรือการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก สภาพการณ์ที่ส่งเสริมความหวังคือ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการไปถึงจุดมุ่งหมาย การจัดการหรือการวางแผนอีกครั้ง การย้อนกลับไปมองชีวิตที่ผ่านมา การอธิบายคุณค่าและความหมายของชีวิต และการเตรียมพร้อมไปสู่ความตายที่สงบสุข

ซึ่งในสถานการณ์เดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความหวังและความสิ้นหวัง โดยที่ความหวังไปจนถึงความสิ้นหวัง เป็นแกนต่อเนื่องกันในลักษณะที่ความหวังอยู่ปลายด้านหนึ่งและความสิ้นหวังอยู่อีกปลายด้านหนึ่ง

การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ เกิดความหวัง

ความเข้าใจในขอบเขตและมิติของความหวังสามารถช่วยให้พยาบาลรู้ถึงความหวังของผู้ป่วย และครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ในบางสภาวะการณืขอบเขตของความหวังอาจเป็นทั้งที่เฉพาะเจาะจง และโดยทั่วไป เช่น เมื่อผู้ป่วยกล่าวว่า "ฉันมีความหวัง" อาจแสดงให้เห็นถึงการมองภาพรวมของอนาคตที่ดี หรืออาจจะเจาะจงได้เช่น หวังว่าจะมีชีวิตอยู่จนกระทั่งหลังปีใหม่หรือหวังว่าจะตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน ฉะนั้นจากบทสนทนาที่เองที่จะช่วยนำทางให้พยาบาลสามารถตีความหมายได้ โดยเข้าใจถึงความหมายของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้เมื่อเขาเอ่ยถึงความหวังซึ่งในแง่ของการพยาบาล อาจจะแตกต่างกันมากทีเดียวสำหรับขอบเขตของความหวังที่เฉพาะเจาะจงกับความหวังโดยทั่วไป

การรู้ถึงความหวังมีหลายมิติจะช่วยนำทางในเรื่องของการฟัง การสังเกต และปฏิสัมพันธ์ที่จะทำให้รู้ว่าไม่มีหรือไม่มีมิติใดบ้างหรืออาจถูกพบโดยบังเอิญ จากการประเมินทางการพยาบาล และการเก็บข้อมูลของพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนความหวังของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี กลยุทธ์เล็ก ๆ น้อย ของการพยาบาลก็คือ จะปฏิบัติอย่างไรจึงจะเข้าใจถึงรากฐานมิติของความหวัง

มิติด้านอารมณ์ ความสนใจของพยาบาลต้องอยู่ที่อารมณ์ และความรู้สึกของบุคคลและครอบครัว เช่น ความวิตกกังวล กลัวและสงสัย ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะผ่อนคลายลงเมื่อได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

มิติด้านความคิด ความหวังของบุคคลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง พยาบาลสามารถใช้วิธีสนับสนุนความหวังโดยตรง หรือเตรียมพร้อมสำหรับความหวังที่จะเข้ามาแทนที่ ซึ่งพยาบาลสามารถทำให้สำเร็จได้โดยหาข้อมูลเพิ่มเติม แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด ใช้ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ตรงกับความหวังนั้นหรืออาจใช้ประสบการณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย

มิติด้านพฤติกรรม จุดที่ต้องสังเกต คือ การแสดงออกซึ่งจะสามารถบอกได้ถึงเป้าหมายของความหวัง และความเชื่อมั่นที่จะไปให้ถึงความสำเร็จ พยาบาลสามารถช่วยได้โดยให้ผู้ป่วยฟังตนเองและฟังผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้มีความหวัง ความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถของตนเองมากขึ้น ความรู้สึกสิ้นหวังก็จะน้อยลง

มิติด้านเวลา สิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยในอดีตซึ่งจะเป็นข้อมูลเพื่อให้รู้ถึงความหวังในปัจจุบัน และทำให้เข้าใจในเรื่องราวของความหวังมากขึ้น ทั้งในแง่ของการประสบความสำเร็จ และความล้มเหลวแล้วเชื่อมโยงระหว่างอดีตมาจนถึงความหวังในปัจจุบัน และไปสู่อนาคต ให้เกิดการรับรู้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง

มิติด้านสภาพการดำเนินชีวิต พยาบาลจะประเมินสภาพการดำเนินชีวิตส่วนที่มีอิทธิพลต่อความหวัง และช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการตั้งเป้าหมายในชีวิต การวางแผนใหม่ การทำให้เกิดคุณค่าขึ้นมาใหม่และความคิดไตร่ตรองอย่างมีความหมายเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของชีวิต ภาวะใกล้ตาย และความตาย นอกจากนี้สภาพของที่พักสำหรับไข้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนความหวังด้วย (Dufault & Martocchio, 1985)

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระยะวิกฤตสิ่งที่สำคัญคือ พยาบาลจะต้องสนับสนุนความหวังของผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาต่อไป ความหวังเปรียบเสมือนกำลังสำรองที่สามารถเรียกใช้ได้ (Brammer, 1988 cited by Stein et al., 1993) และเป็นความรู้สึกที่ขัดแย้งกับความสิ้นหวัง พยาบาลจะเป็นบุคคลที่แสดงความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีหวัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยแสดงการยอมรับ ในระหว่างป่วย ไม่ว่าจะอาการจะรุนแรงหรือไม่ ความหวังก็ยังคงต้องได้รับ

การสนับสนุนซึ่งจะทำให้ประสบผลสำเร็จในการแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น อันเป็นความเพียรพยายามที่สำคัญยิ่งของตัวผู้ป่วยเอง ถ้าไม่มีความหวัง ผู้ป่วยมักจะละทิ้งความพยายามที่จะแก้ปัญหาและมองว่าเปล่าประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นบ่อยเมื่อต้องพักฟื้นเป็นระยะเวลานานหรือเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยล้มเหลวในการหายจากโรคหรือการปรับตัวใหม่

ในขณะที่พยาบาลกำลังสนับสนุนความหวังของผู้ป่วยอยู่นั้นสิ่งที่ไม่ควรทำคือ การให้ความมั่นใจผิด ๆ พยายามให้ผู้ป่วยมีความทุกข์น้อยที่สุดโดยการส่งเสริมความรู้สึกผิด ๆ ว่า จะปลอดภัยทั้ง ๆ ที่ไม่สามารถเป็นความจริงได้เลยซึ่งในเวลานั้นพยาบาลอาจคิดว่านั่นเป็นผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย แต่จริง ๆ แล้วกลับตรงกันข้ามการโกหกจะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวพยาบาล อาจจะทำให้เกิดความหวังในทางที่ผิด และมีการแสดงออกที่ก่อให้เกิดผลสวนทางกันกับการสร้างสัมพันธภาพ และการแก้ไขปัญหานั้นภาวะวิกฤตอีกด้วย (Stein et al., 1993)

พยาบาลไม่เพียงแต่เป็นแหล่งของความหวังเท่านั้น แต่พยาบาลสามารถส่งเสริมสิ่งแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดการพัฒนาความหวังได้อีกด้วย และความหวังเป็นสิ่งที่ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งอื่นอย่างเต็มไปด้วยความหมาย (Herth, 1990 cited by Forbes, 1994) ความหวังเป็นสิ่งที่ตั้งงามของการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (Miller, 1985 cited by Forbes, 1994) กลยุทธ์ที่พยาบาลจะส่งเสริมความหวัง คือ ประเมินบุคคลในด้านของความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น โดยอาจประเมินได้จากการพูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลควรมีสถานที่ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้มาเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย พยาบาลควรมีลักษณะของผู้ปกป้องและผู้ให้ความสะดวกสบาย พยาบาลสามารถเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาหาหนทางใหม่ ๆ ในการจัดการกับความเครียด และปัญหาต่าง ๆ ในบางครั้งยังต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกด้วย การจะเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยนั้นต้องประเมินทั้งสถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อนของแต่ละบุคคล รวมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อผู้ป่วย ควรมีการตั้งเป้าหมายเพื่อไปให้ถึง โดยผู้ป่วยจะเริ่มจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จแล้วจึงสร้างความหวังขึ้น เมื่อไหร่ก็ตามที่มีโอกาสสมาชิกในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการสร้างประสบการณ์อันมีหวังของผู้ป่วยด้วย (Miller, 1985 cited by Sundeen, 1994) การมาเยี่ยมดูแลของพยาบาลและใช้การสัมผัสสามารถส่งเสริมความรู้สึกของการเอาใจใส่ และการยอมรับซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความหวัง (Herth, 1990 cited by Forbes, 1994) พยาบาลสามารถพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ด้วยการรับฟังและการ

มีแนวทางร่วมกัน โดยกิจกรรมของพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีศักดิ์ศรี แม้ว่าจะมีข้อจำกัดอยู่บ้างก็ตาม ความรู้สึกว่าคุณค่าจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อความหวัง พยาบาลช่วยสนับสนุนความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยได้โดยดูแลสิ่งแวดล้อม ให้ส่งเสริมต่อความแข็งแรงของผู้ป่วย ช่วยแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ให้ข้อมูลข่าวสารและระดับประคองอารมณ์ สิ่งเหล่านี้จำเป็น สำหรับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายและคาดหวังในอนาคต การประเมินความเชื่อทางจิตใจของผู้ป่วยเป็นอีกแง่มุมหนึ่งที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจ ความเชื่อทางจิตใจจะมีความหมายต่อชีวิตอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ทุกข์ทรมาน ซึ่งทางโรงพยาบาล อาจจะทำให้การแสดงออกของความเชื่อทางจิตใจเป็นไปได้อย่าง เนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ และมีความเชื่อในทางวิทยาศาสตร์ (Miller, 1985 cited by Forbes, 1994)

การช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีการสูญเสียมากทำได้โดยใช้เทคนิคการรักษาแบบย้อนหลัง ไปดูในอดีตเพื่อนำมาส่งเสริมไปสู่การสร้างความหวังขึ้นใหม่ต่อไป (Farran, 1990 cited by Forbes) พยาบาลควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการเล่าเรื่องในอดีตและร่วมสร้างเสริมความทรงจำที่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและร่วมกันสร้างความหวังขึ้นใหม่ ในขณะที่เดียวกัน ความทรงจำที่เจ็บปวดก็ควรได้รับการแก้ไขหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นด้วย (Farran, 1990 cited by Forbes, 1994)

โพรปลี่ (Forbes, 1994) กล่าวว่า พยาบาลควรสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อนที่เพียงพอ เพราะการพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีพลังพอสำหรับกระบวนการ ความหวัง พยาบาลอาจต้องสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ และให้การดูแล เรื่องการทำกิจกรรมกับการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความเจ็บป่วยและการสูญเสียเป็นบ่อเกิดของความวิตกกังวลและความเครียด พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการเกิดความเครียดและช่วยกันเลือกวิธีแก้ไข เพราะภาวะเครียดจะทำให้พลังของทั้งร่างกายและจิตใจหมดไป ส่งผลให้ไม่มีศักยภาพพอสำหรับการมีความหวัง

ในความเป็นจริง ผู้ป่วยมักจะคิดว่าถ้าในอดีตเคยประสบผลสำเร็จแล้วในปัจจุบันก็น่าจะประสบผลสำเร็จด้วย เช่น ในผู้ป่วยต้องการตั้งเป้าหมายและวางแผนปรับปรุงตามความต้องการของตนเอง พยาบาลจะมีส่วนช่วยในการให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาและตั้งเป้าหมายให้อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงภายใต้สภาวะการณ์ขณะนั้น ซึ่งแต่ละคนอาจจะแตกต่างกัน เช่น ในกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

### กรณีตัวอย่าง

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีแบบอย่างของความหวัง) คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลคนเดิมอย่างต่อเนื่อง
2. การอ่านบทสวดมนต์และภาวนา
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
4. การเล่าถึงสิ่งดี ๆ ในอดีต

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีภาวะแยกตัว) คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
2. การมีบทบาทในการตัดสินใจ
3. การได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต
4. การประเมินผลจากชุมชนที่อาศัยอยู่

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีความเกี่ยวข้องกับความหวัง) คือ

1. ให้การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
2. ให้การดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดี
3. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ
4. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการเผชิญกับความจริง และเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิต

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีการขัดแย้งกับความหวัง) คือ

1. ให้การดูแลอย่างเข้าใจในความสัมพันธ์
2. ให้การดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดี
3. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ
4. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์
5. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
6. ให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจทั้งในเรื่องของการดูแล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
7. ให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตและยังคงตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง
8. เสริมสร้างสัมพันธภาพร่วมกันกับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย



## ความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ที่เป็นโรคนี้จะต้องได้รับความทรมาณทั้งทางร่างกาย (เช่น เป็นโรคติดเชื้อ มะเร็ง) และทางจิตใจอย่างมาก ประกอบกับประชาชนทั่วไปคิดว่าโรคนี้เกิดขึ้นในคนที่มีความวิปริตไปจากสังคม เช่น เป็นรักร่วมเพศ ฉีดยาเสพติดทางเส้นเลือดหรือเที่ยวสำส่อนทางเพศ ทำให้คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่สังคมรังเกียจทั้งจากครอบครัว เพื่อนฝูงและคนทั่วไป

ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังไม่มีอาการ (Asymptomatic)

เมื่อทราบว่าตัวเองติดเชื้อ ทุกคนก็จะตกใจ (Psychosocial shock) และจะมีปฏิกิริยาตอบสนองตามลำดับคือ

1. ปฏิเสธความจริง หลังจากตกใจผู้ป่วยส่วนมากจะยังไม่เชื่อว่าตัวเองติดเชื้อนี้อาจโทษว่าตรวจผิด และก็จะพยายามไปตรวจยั้งที่ใหม่ จนในที่สุดก็จะเชื่อว่าตัวเองติดเชื้อจริง
2. เกิดความโกรธ เมื่อเชื่อว่าติดเชื้อแน่แล้ว ก็จะรู้สึกโกรธตัวเองหรือคนอื่น ๆ ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อ บางทีอาจโกรธแพทย์หรือพยาบาลที่รักษาตัวเองโดยไม่มีเหตุผล (เช่น การระบายความโกรธต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)
3. เริ่มมีการต่อรองและสร้างความหวัง (Bargaining and hoping) โดยคิดว่าถึงแม้ตัวเองจะติดเชื้อจริง แต่ก็ยังแข็งแรง น่าจะมีชีวิตอยู่อีกนาน ถึงตอนนั้นก็อาจมียามาใช้ในการรักษาโรคได้ เมื่อสร้างความหวังได้ ก็รู้สึกมีความสุขดีขึ้น
4. ระบายเศร้า ถึงแม้ว่าจะพยายามสร้างความหวังอยู่ แต่บารายก็สร้างไม่ได้ เช่น "ได้ข่าวว่าอีกนานกว่าจะมีวัคซีนหรือยารักษาโรค ก็จะทำให้เกิดอาการท้อแท้ สิ้นหวัง หงุดหงิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่อชีวิต หมคหวังในอนาคต ฯลฯ ทั้งหมดก็คือ อาการของโรคซึมเศร้า
5. ยอมรับความจริงและปรับตัวเองในที่สุด คนที่มีบุคลิกภาพดี และสิ่งแวดล้อมดี เขาจะสามารถยอมรับความจริงและปรับตัวเอง ชีวิตก็มีความสุขตามสมควร

ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการ (ระยะ ARC หรือระยะเป็นเอดส์)

บางคนอาจไม่เคยทราบว่าตัวเองติดเชื้อ จนมีอาการของโรคเอดส์ถึงทราบหรือบางรายทราบมาก่อน พอมีอาการของโรคเอดส์ก็จะมีปฏิกิริยาล้ำกับที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการทางจิตใจที่รุนแรงกว่ามาก เพราะว่ามีอาการทางกายที่ทรมาณ เช่น มีแผลเริ่มที่เจ็บปวด เป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรง เป็นมะเร็ง เป็นต้น อาการเหล่านี้

ทำให้ผู้ป่วยสร้างความหวังได้ยาก ประกอบกับเมื่อมีอาการแล้วก็ไม่สามารถปกปิดความลับได้ ครอบครัวและเพื่อน ๆ จะรู้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคอะไร ส่วนมากจะพบกับการรังเกียจจากสังคมเช่นในครอบครัวก็ให้แยกของใช้และที่อยู่ หรือถูกออกจากงาน ระเบียบนี้ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าได้มาก (พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2537) เกิดความท้อแท้ ความรู้สึกสูญเสีย ชีวิตพังทลาย ความกลัว วิทกกังวล รู้สึกผิด และหมดหวังในชีวิต (Gary & Jeffery, 1988 : 253-259) ในที่สุดบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย แต่ถ้าผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต พลังแห่งความหวังจะช่วยป้องกันการทำลายตนเอง (Patrick, 1988 : 251-253) ความหวังทำให้มีความสุขเหมือนมีชีวิตใหม่ ทำให้ค้นหาเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ต่อ พยายามหาวิธีรักษา และเชื่อว่าจะสามารถอยู่ต่อไปได้ (Hall, 1990 cited by Coward, 1994) สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์เพศชาย การมีหวังทำให้พวกเขาพยายามหาหนทางที่จะมีชีวิตอยู่ยืนนาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและหาเหตุผลเพื่อที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ส่วนในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง มีความหวังในเรื่องของการดูแลบุตรรวมทั้งป้องกันตัวเองไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น พวกเขามีหวังที่จะมีชีวิตอยู่กับคนที่เขารักและรักเขา (Coward, 1994) จะเห็นได้ว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ การพยายามที่จะสร้างความหวังให้เกิดขึ้น ความหวังจะช่วยสร้างพลังใจ เพิ่มความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพิ่มพลังที่จะต่อสู้กับเชื้อเอดส์ และยังช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและยาวนานขึ้น (ดวงสมร หันธุเสน, 2538)

สตีเฟน และลิลเลียน (Stephen & Lillian, 1990 : 187-197) ศึกษาว่าระดับของความหวังในชีวิตมีผลต่อการคิดฆ่าตัวตาย และมีการศึกษาอีกมากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง เช่น ความหวังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Laufenberg, 1993 : 136) มีความสัมพันธ์กับการแก้ไขจัดการปัญหา และยังสัมพันธ์กับสิ่งสนับสนุนทางสังคม (Daniels, 1990 : 90) โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความรู้สึกมั่นคงและลดความวิตกกังวล (Gary & et al., 1993) รวมทั้งสัมพันธ์กับศาสนาอีกด้วย (Maynard, 1988 : 383) ซึ่งทั้งหมดเป็นความสัมพันธ์ทางบวกทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ยังคงหาความหมาย จุดมุ่งหมายในชีวิตจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและยังคงมีความหวังในชีวิต (Doris-D, 1995) การดูแลรักษา ด้านโภชนาการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาพลักษณ์ต่อตนเองดีขึ้น มีพลังขึ้นมาอีกครั้งและยังคงมีความหวัง ดังนั้นความหวังจึงเป็นหัวใจสำคัญในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์และความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคนต้องการ

## แนวคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

### การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเปรียบได้กับการได้รับความรู้สึกสบาย การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง นับสนุน หรือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น (Cobb, 1976; Gentry & Kobasa, 1984 ; Wallston, Alagna, Devellis & Develles, 1983 ; Wills, 1984 cited by Sarafino, 1990) การสนับสนุนนี้สามารถมาจากแหล่งต่าง ๆ มากมาย เช่น จากคู่สามี-ภรรยาหรือคนรัก ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้ให้การดูแลรักษาหรือชุมชน การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรักและความดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับสนุนและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือองค์กร ซึ่งสามารถให้สิ่งที่ดี ให้การบริการและการป้องกันอันตรายให้กันและกันในเวลาข้บขันหรือเวลาที่เกิดอันตราย (Cobb, 1976 cited by Sarafino, 1990) ระบบการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยบุคคลในภาวะเครียดได้ เช่น ช่วยให้สามารถระบายความรู้สึกทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า สนับสนุนให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ให้ความรู้ในการแปลความเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ให้ผลสะท้อนกลับต่อพฤติกรรมของบุคคล มีบุคคลที่ให้ความไว้วางใจได้ ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ช่วยสนับสนุนบุคคลในด้านต่างๆ ทั้งในเรื่องของการกระทำและวัตถุ เช่น เครื่องใช้ไม้สอย เงิน ช่วยด้านร่างกาย และการรับผิดชอบงานต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขจัดการโดยเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นการเพิ่มการยอมรับตนเอง และสภาพอารมณ์ของตนเอง รวมทั้งก่อให้เกิดการร่วมมือกันในการพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นด้วย (McCorkie & Grant, 1994)

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีการเริ่มต้นศึกษาตั้งแต่การใช้แหล่งสนับสนุนภายนอกเท่าที่จะหาได้ จนมาถึงขั้นเป็นระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยแสดงให้เห็นถึงการป้องกันความเครียดและการมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ประสบการณ์ความเครียดของชีวิตในอดีตเป็นจุดที่สามารถทำให้เข้าไปสู่ระบบการสนับสนุนที่ดีในอนาคตได้ มีผู้กล่าวว่าความเป็นทุกข์ทางใจอาจมีสาเหตุมาจากทั้งการสนับสนุนทางสังคม และจากประสบการณ์ในอดีต เป็นไปได้ว่าประสบการณ์ในวัยเด็กมีความสำคัญต่อบุคลิกลักษณะของแต่ละคนในวัยผู้ใหญ่ โดยมีการศึกษา

ว่าการขาดความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากมารดาในวัยก่อน 10 ปี จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า และตนเองไม่มีอำนาจปกครองอะไรเลยในโลกนี้ (Sarafino, 1990) เช่นเดียวกับที่ ริชแมนและฟลาเฮอร์ตี อ้างถึงใน เบอร์เกส (Richman & Flaherty, 1987 cited by Burgess, 1990) กล่าวว่า เหตุการณ์ในอดีตจะเป็นตัวควบคุมบุคลิกลักษณะของบุคคลซึ่งจะมีอิทธิพลไปถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ และการรับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการที่จะมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับสิ่งสนับสนุนเท่าที่มีอยู่เท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นส่วนบุคคลในการเข้าถึงผู้สนับสนุนและการพัฒนาความสัมพันธ์อีกด้วย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นหนึ่งในเนื้อหาที่มีการศึกษากันมากที่สุดในแขนงวิชา Psychosocial Epidemiology โดยมีผู้นำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ร่วมกันในด้านของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เบิร์คแมน และซิมอ้างถึงใน คาโรลี (Berkman & Syme, 1979 cited by Karoly, 1985) ทำการตรวจสอบพบ 4 แหล่งของการติดต่อกับสังคมคือ 1) การแต่งงาน 2) การไปมาหาสู่เพื่อนฝูงและญาติมิตร 3) การเป็นสมาชิกในสถาบันศาสนา 4) การเข้าร่วมในกลุ่มทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นเครือข่ายของสังคมเป็นแกนต่อเนื่องใน 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ระดับที่ 1 (มีความเกี่ยวข้องกับสังคมน้อยที่สุด) ไปจนถึงระดับที่ 4 (มีความเกี่ยวข้องกับสังคมมากที่สุด) เฮาส์ และคณะ อ้างถึงใน คาโรลี (House et al., 1982 cited by Karoly, 1985) ได้ทำการศึกษาในท่านองเดียวกันโดยวัดสัมพันธภาพทางสังคมกับกิจกรรมที่กระทำจากการตอบคำถามใน 4 หัวข้อใหญ่ คือ

1) สัมพันธภาพทางสังคมกับคนใกล้ชิด (ในคนแต่งงานแล้วหรือคนโสด การไปเยี่ยมเพื่อนฝูงและญาติมิตร การไปพักผ่อนหย่อนใจ)

2) การเข้าร่วมองค์กรแบบเป็นทางการที่นอกเหนือจากงานประจำ (การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมประชุมในสมาคมต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ)

3) การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกับสังคม (ไปเข้าฟังบรรยาย ดูหนัง เล่นเกมส์ ไปงานออกร้าน ไปพิพิธภัณฑ์ เป็นต้น)

4) การใช้เวลาว่างตามลำพัง (การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ การอ่านหนังสือ) นอกจากนี้ยังมีวิธีการเก็บข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมแบบอื่น ๆ อีกซึ่งใช้ในการศึกษาด้าน Psychosocial Epidemiology เช่น เทอร์เนอร์ (Turner) ได้ปรับปรุง

วิธีการมาจาก คาเพลน (Daplan)(Karoly, 1985) พานาจิส และเอดเลอร์ อ้างถึงใน คาโรลี (Panagis and Adler, 1982 cited by Karoly, 1985) ได้ปรับปรุงการ วัดการสนับสนุนทางสังคมมาจาก Lickert-Type โดยแบ่งหัวข้อเป็น 2 ชนิดคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น ด้านความคิด ความเข้าใจและการสนับสนุนทางวัตถุ เช่น ช่วยเกี่ยวกับการทำงานหรือเมื่อเผชิญปัญหา และวัดผลโดยการถามว่าบ่อยแค่ไหนที่มีใครบางคนสามารถตอบสนองความต้องการการสนับสนุนทางสังคมแก่พวกเขาได้ โดยแบ่งจากระดับที่ 1 คือ "ไม่เคยเลย" จนถึงระดับที่ 4 คือ "บ่อยที่สุด"

#### ระบบการสนับสนุนของสังคมที่มีอยู่ในผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่น ๆ และลักษณะของการมีความสัมพันธ์นี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะวิกฤต พื้นฐานในด้านต่าง ๆ ทั้งหมดของระบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยก็คือ ปริมาณการมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเคยมีมาก่อนนั่นเอง ซึ่งถ้ามองลึกลงไปในการสัมพันธ์นั้นก็จะได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์มากมาย ผู้ป่วยบางคนอาจมีเพื่อนฝูงจำนวนมากแต่หาเพื่อนแท้ไม่ได้ หรืออีกนัยหนึ่งคืออาจชอบสังคมมีเพื่อนมากและมีความสัมพันธ์ลึกซึ้งอีกด้วย การประเมินความสัมพันธ์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ให้การดูแลรักษาตกลงใจได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตหรือต้องแก้ไขปัญหามันจะช่วยได้มากที่เดียวในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เริ่มเข้าสังคมใหม่ ๆ โดยการเชิญผู้ที่ย้ายแล้วและได้รับการช่วยเหลือจากสังคมมาหรือจัดกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ส่วนในปัจจุบันอื่นคือ เวลาที่ผู้ป่วยใช้เมื่ออยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยบางคนต้องการเวลาที่จะอยู่ตามลำพังบ้างในแต่ละวันในทางสร้างสรรค์ แต่บางคนต้องอยู่ตามลำพังเพราะไม่มีความสัมพันธ์กับใคร และด้วยเหตุนี้จะทำให้เขากลายเป็นคนโดดเดี่ยว และเก็บกดเนื่องจากการแยกตัวออกจากสังคม เราจึงมักจะพบว่าระบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตไม่ว่าจะในทางตรงหรือทางอ้อม และอาจจะ เป็นการช่วยเหลือหรือขัดขวางการแก้ไขภาวะวิกฤตไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง (Burgess, 1990)

ซาราฟิโน (Sarafino, 1990) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงการให้ความรัก ความจริงใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยต่อบุคคล

การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์เพียงพอจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนคอยดูแลเอาใจใส่ มีความเชื่อมั่น และมีคนรักในเวลาที่เกิดภาวะเครียด

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ (Esteem Support) หมายถึง การได้รับความเชื่อถือการยอมรับ เห็นด้วยและสนับสนุนความรู้สึกของบุคคล รวมทั้งการยกย่องเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า มีความสามารถรวมทั้งผู้อื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าด้วย การสนับสนุนด้านนี้จะมีประโยชน์มากในระหว่างเกิดภาวะเครียด

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Tangible or Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการให้หรือให้ยืมเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่หรือตอบสนองการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองได้ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมสำคัญที่จะสนับสนุนในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เช่น ในผู้ป่วยจะพบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารนี้ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และส่วนใหญ่จะได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยให้ความยกย่องนับถือ เชื่อฟัง ตลอดจนยินดีให้การปฏิบัติตาม หรือบุคคลที่พบความยุ่งยากในการตัดสินใจเกี่ยวกับหน้าที่การงานก็อาจต้องรับคำแนะนำหรือการเสนอความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

เชียร์ริส อ้างถึงใน ฟากิน (Cheriss, 1980 cited by Fagin, 1995)

อธิบายว่าการสนับสนุนมี 3 ชนิดคือ

1. การตอบสนองต่อการกระทำของบุคคล
2. การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและแนวทางต่าง ๆ
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์หรือการให้ระบายความรู้สึก

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่และความห่วงใย
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ
3. การสนับสนุนด้านวัตถุ เช่น การให้สิ่งของ เงิน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือ

ในชีวิตประจำวัน (Cohen & Wills, 1984 cited by McNett, 1987 ; Caplan, 1974 cited by Friedman & King, 1994)

ชนิดของการสนับสนุนที่บุคคลได้รับ และมีความต้องการขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของความเครียดนั้น ๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารอาจจะเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้ป่วยหนัก (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987 cited by Sarafino, 1990) แต่ในบางสถานการณ์การสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลทางลบได้เช่น รุกรานความเป็นส่วนตัว ไม่เก็บเรื่องเป็นความลับ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าต้องพึ่งคนอื่นตลอดเวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องระมัดระวัง ในการประเมินว่าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ หรือยัง เพื่อให้บุคคลได้รับผลทางบวกจากการสนับสนุนทางสังคม (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987 cited by Ruth McCorkie & Marcia Grant, 1994)

คาโรลีน คูโตรนา อ้างถึงใน ซาราฟิโน (Carolyn Cutrona, 1986 cited by Sarafino, 1990) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชีวิตตามการรับรู้ของนักเรียนในวิทยาลัย โดยในขั้นตอนแรกให้นักเรียนตอบแบบสอบถามแล้ววัดระดับว่าการมีปฏิสัมพันธ์แบบใดที่เป็นตัวกำหนดการสนับสนุนชนิดต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น จากคำตอบของนักเรียนคือ "ฉันมีการปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสนิทสนมซึ่งมันทำให้ฉันรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย" แล้วให้นักเรียนจดบันทึกประจำวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้จดบันทึกใน 2 แง่มุมคือ 1) เหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดและ 2) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าจะเกิดเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียด 1 เหตุการณ์ในทุก 2 วัน แต่เป็นเหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย เช่น รถเสียเกี่ยวกับเพื่อนร่วมห้อง และพบว่า 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานเหตุการณ์รุนแรง เช่น ญาติเป็นมะเร็ง หรือการสิ้นสุดความสัมพันธ์อันดีที่มีมายาวนาน ซึ่งอาจจะทำให้คาดหมายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าจะมีความเครียดน้อยกว่า และผู้ซึ่งมีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงอยู่ก่อนแล้ว ก็จะได้รับ การสนับสนุนมากในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา โดยจะพบว่าการสนับสนุนด้านวัตถุมากที่สุด แต่การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการได้รับการยอมรับก็พบได้บ่อยเช่นกัน ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารเป็นหลักในเวลาที่เกิดภาวะเครียด และการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับจะไม่ได้เกิดขึ้นในภาวะเครียด เนื่องจากนักเรียนผู้ที่ได้รับการยอมรับอย่างมามีรายงานประสบการณ์ความเครียดน้อยมาก แต่มีข้อสังเกตว่าการได้รับการยอมรับอาจช่วยป้องกันการเกิดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่ดีอื่นเกี่ยวเนื่องมาจาก

ความเครียดมีหลายปัจจัยที่ทำให้บุคคลยอมรับการช่วยเหลือสนับสนุน (Broadhead et al., 1983 ; Wortman & Dunkel - Schetter, 1987 cited by Sarafino, 1990) บางปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น บางคนไม่ชอบที่จะรับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น บางคนไม่กล้าขอความช่วยเหลือ ไม่ต้องการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกเกรงใจ หรือไม่รู้ว่าจะขอความช่วยเหลือจากใคร และในบางครั้งบุคลิกลักษณะของผู้ต้องการความช่วยเหลือไม่ส่งเสริมให้อยากจะช่วย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับตัวผู้ให้ความช่วยเหลือ เช่น อาจจะไม่มีความรู้ว่าจะช่วย อาจจะไม่อยู่ในภาวะเครียดและยังต้องช่วยตนเองอยู่ หรืออาจจะไม่มีความรู้สึกอยากจะช่วยผู้อื่น

บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและโครงสร้างทางเครือข่ายสังคมของพวกเขา เช่น ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชน (Mitchell, 1969 ; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981 cited by Sarafino, 1990) ซึ่งความสัมพันธ์ที่กล่าวถึงนี้จะเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ บุคคลที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูงทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพจะมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากด้วย

ความต้องการของบุคคล แหล่งทรัพยากร และความสามารถในการจัดหาการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงตามช่วงระยะเวลาของชีวิต (Antonucci, 1985 ; Broadhead et al., 1983 ; Bruhn & Phillips, 1987 ; Sarafino & Armstrong, 1986 cited by Sarafino, 1990) ในวัยเด็กจะขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความสามารถมากกว่าแต่ด้วยความขาดวุฒิภาวะและทักษะทางสังคม ความต้องการของเขาจึงเป็นเรื่องง่าย ๆ และหากการช่วยเหลือได้ โดยในสังคมของเด็กจะขยายรวมไปถึงครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสำคัญทั้งในด้านการเพิ่มความเครียดและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ในระหว่างวัยรุ่นหรือวัยรุ่นตอนปลาย เขาจะมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมมากขึ้นและสามารถหาการสนับสนุนได้มาก แต่ก็ยังมีวัยรุ่นอีกจำนวนมากที่ไม่ต้องการขอความช่วยเหลือจากใครหรือไม่ไว้ใจคนอื่น สำหรับในวัยผู้ใหญ่จะมีความรับผิดชอบในครอบครัว หน้าที่การงาน และสังคมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดขึ้น แต่เขาก็จะหาแหล่งสนับสนุนใหม่ เช่น การแต่งงานอันจะนำมาซึ่งการห่วงใย ดูแลกันด้วยความรัก ส่วนในวัยชรา การสนับสนุนทางสังคมมักจะลดลงแม้ว่าขนาดของบุคคลในเครือข่ายสังคมจะไม่ได้เล็กลง แต่เป็นไปได้ว่า



อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการสูญเสียคู่ชีวิต หรือเขาอาจไม่ต้องการขอความช่วยเหลือจากใคร ถ้าเขาไม่สามารถจะตอบแทนได้

จากคำถามว่าเราจะประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างไร บอกความแตกต่างของการสนับสนุนแต่ละชนิดได้อย่างไร และการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอย่างไร ทำให้มีผู้วิจัยศึกษา เริ่มพัฒนาแบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม ถึงแม้ว่าจะมีเครื่องมือหลายอย่างที่สามารถวัดได้แต่ก็ยังไม่หนักแน่นพอที่จะใช้วัดได้ทั้งหมด (Heitzman & Kaplan, 1988 ; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987 cited by Sarafino, 1990) ในเครื่องมือที่จัดว่ามีความเชื่อถือสูงคือ Social Support questionnaire ซึ่งปรับปรุงโดย เออร์วิน ซาราสัน และคณะ (Irwin Sarason et al., 1983) และจากการใช้เครื่องมือนี้นักวิจัยพบว่าบางคนต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนสนิทหรือญาติใกล้ชิดในกลุ่มเล็กๆ เท่านั้นแต่บางคนก็ต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมใหญ่ ๆ (Irwin Sarason et al., 1983 cited by Sarafino, 1990)

#### การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และ สุขภาพ

เราพบบ่อยๆ ว่าบุคคลจะรับการสนับสนุนทางสังคมในช่วงเวลาที่เกิดภาวะเครียด ทำให้เกิดคำถามว่า ประโยชน์อะไรที่บุคคลได้รับจากการสนับสนุนที่กล่าวถึงนี้ เราจะสามารถตอบคำถามนี้ได้ ถ้าเรารู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดและสุขภาพอย่างไร

จากการวิจัยเสนอแนะว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดของบุคคลที่มีการศึกษา โดยทำการตรวจสอบข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการประเมินความเครียดจากงานและการสนับสนุนทางสังคมจากตัวอย่างเป็นชายมากกว่า 2,000 คน ในส่วนของความเครียดจากงานตัวอย่างเช่น จากภาระงานหนัก ความมั่นคงของงาน รวมไปถึงการวัดทางด้านจิตใจ จากการแสดงความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า และกระทบกระเทือนใจ

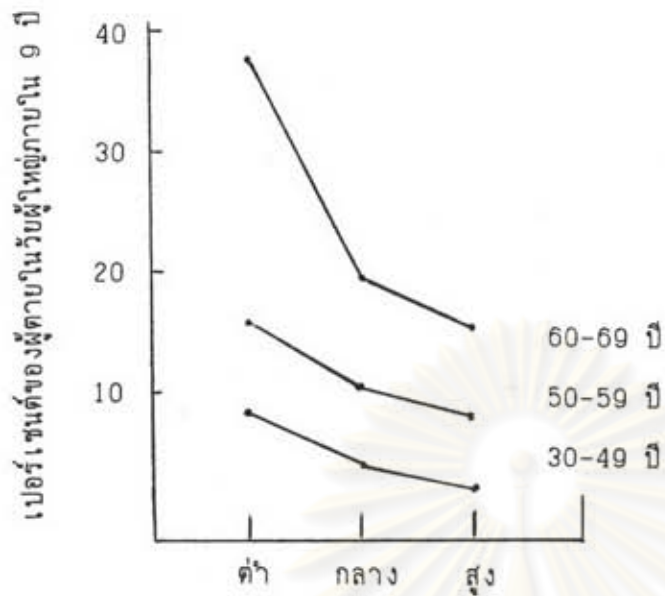
ในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคมจะรวมทั้งด้านอารมณ์และวัตถุโดยประเมินจากผู้ตรวจงาน ผู้ร่วมงาน ภรรยา ครอบครัวและเพื่อน

หลังจากวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่าง ๆ แล้วพบว่าน่าจะต้องมีการสนับสนุนทางสังคมให้แก่พนักงานมากขึ้น และลดแรงตึงเครียดให้น้อยลงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัวจะช่วยลดความเครียดจากงานได้มากกว่าผู้ตรวจงานและผู้ร่วมงานก็ตาม(Larocco, House & French, 1980 cited by Sarafino, 1990)

เช่นเดียวกันกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการลดความเครียดในงาน จะพบว่าผลออกมาในทำนองเดียวกัน (Constable & Russell, 1986; Cottingham & House, 1987 cited by Sarafino, 1990) ยิ่งไปกว่านั้นการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเครียดจากแหล่งอื่นได้ด้วย เช่น จาก การวิจัยที่มีการตรวจสอบอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมในความเครียด 2 ชนิดคือ 1) การมีแม่ใหม่ และ 2) การสูญเสียการได้บินในวัยผู้ใหญ่ (Turner, 1987 cited by Sarafino, 1990) พบว่าในทั้ง 2 สถานการณ์บุคคลที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีการศึกษาอื่น ๆ อีก เช่น การศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเครียดในผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้กับแหล่งผลิตพลังงานนิวเคลียร์ในระยะทาง 3 ไมล์(Filming, Baum, Gisriel, & Gatchel, 1982 cited by Sarafino, 1990) พบว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับสูงจะแสดงความเครียดและมีความเสื่อมของสติปัญญาต่ำกว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนต่ำ

นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพอีกด้วย มีการแสดงให้เห็นถึงอัตราการตายของบุคคลผู้ซึ่งมีปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ ลินซ์ (Lynch, 1977) ศึกษาในกรณี หญิงหม้าย คู่สมรสหย่าร้างและไม่เคยแต่งงาน จะมีอัตราการตายจากโรคหัวใจสูงกว่าผู้ที่มีคู่ครอง จึงมีการถกเถียงกันว่าความอ้างว้างโดดเดี่ยว หรือผิดหวังในความรักนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ เบิร์คแมน และ ซิม (Berkman and Syme, 1979) ได้ทำการศึกษาในชายและหญิงมากกว่า 4,700 ราย ที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปีในแคลิฟอร์เนีย โดยถามใน 4 หัวข้อหลักของการสนับสนุนทางสังคม คือ สถานภาพสมรส การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว และเพื่อน การเป็นสมาชิกในองค์กร ศาสนา และการร่วมกลุ่มทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากนั้นถัดมาอีกนานกว่า 9 ปี อัตราการตายของคนเหล่านี้ที่รวบรวมได้ปรากฏว่าผู้ที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า จะมีอัตราการตายต่ำกว่าในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าในแต่ละช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง หรือญาติมิตรน้อยจะมีอัตราตายสูงกว่า และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงแต่จะเกี่ยวกับความตายด้วยสาเหตุทั่วไปเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงอัตราการตายจากโรคเฉพาะทาง เช่นโรคมะเร็ง และโรคหัวใจอีกด้วย (Sarafino, 1990)



ปริมาณการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือญาติมิตร

อ้างใน เบิร์คแมน และซิม (Berkman & Syme, 1965)

แผนภูมิที่ 1 แสดงเปอร์เซ็นต์ของผู้ตายในวัยผู้ใหญ่ภายใน 9 ปีที่ทำการศึกษากับปริมาณการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือญาติมิตร ในแต่ละช่วงอายุ

เบิร์กแมน และซิม (Berkman & Syme) พบว่ามีบางสถานการณ์ไม่เป็นไปตามที่ศึกษามาข้างต้นเสมอไป เช่น การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต หรือภาวะสุขภาพเบื้องต้น พบว่ากลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนต่ำ แต่จากการศึกษาเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่มากกว่า 2,700 รายใน Michigan พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและอัตราการตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบิร์คแมน และซิม (Berkman & Syme) และพบว่าภาวะสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงเหมือนกันกับกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (House, Robbins & Metzner, 1982 cited by Sarafino, 1990)

มีผู้วิจัยศึกษาไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการหายป่วย และการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว โดยในช่วงแรกเริ่มศึกษาเพียงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน การเจ็บป่วยและการฟื้นตัวเท่านั้น (Wallston, Alagna, Devellis & Develles, 1983 cited by Sarafino, 1990) ซึ่งอาจเนื่องมาจากจุดอ่อนในเรื่อง

ของตัวแปรและวิธีการวิจัย เช่น การกำหนดนิยาม และการวัดการสนับสนุน เป็นต้น (Friis & Taff, 1986 ; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987 cited by Sarafino, 1990) ต่อมาผลการวิจัยใหม่มีความตรงมากขึ้นแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมลดความเจ็บป่วยและทำให้การฟื้นตัวเร็วขึ้น ถึงแม้ว่าจะปรากฏชัดว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นเพียง 1 ในปัจจัยทางจิตสังคมในอีกหลายๆ ปัจจัยเท่านั้น (Kobasa, Maddi, Puccetti & Zola, 1985 cited by Sarafino, 1990) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของบุคคล และมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

### การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพอย่างไร

นักวิจัยได้เสนอ 2 แนวทางทฤษฎีคือ "Buffering และ Direct Effects" Hypotheses (Cohen & Wills, 1985 ; Payne & Jones, 1987 ; Thoits, 1982 ; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987 cited by Sarafino, 1990)

#### 1. Buffering Hypothesis

จากการศึกษาที่พบว่า ความเครียดสูงทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามการตั้งสมมติฐานแบบ Buffering คือ การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพโดยเป็นตัวป้องกันบุคคลให้สามารถต่อสู้กับความเครียดได้ ซึ่งการทำหน้าที่ในการป้องกันจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีความเครียดในระดับสูง แต่ถ้ามีความเครียดในระดับต่ำหรือเพียงเล็กน้อยเท่านั้นก็จะไม่เกิดกลไกการป้องกันที่เรียกว่า Buffering

การทำงานของ Buffering สามารถทำได้ 2 ทาง (Cohen & Wills, 1985 cited by Sarafino, 1990)

ทางที่ 1 คือกระบวนการของการประเมินสติปัญญาเมื่อบุคคลเกิดความเครียดรุนแรง เช่น เกิดภาวะวิกฤตด้านการเงิน พบว่า บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ เช่น การยืมเงินจากผู้อื่นที่สามารถช่วยได้ หรือแนะนำ ได้ว่าจะได้เงินมาอย่างไร ซึ่งทำ

ให้สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ได้อย่างไม่เครียดมากเกินไป ทางที่ 2 คือ การตอบสนองของบุคคลต่อการลดความเครียดภายหลังจากการประเมินสถานการณ์แล้ว โดยบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงอาจจะมีคนช่วยแก้ไขปัญห ทำให้รู้สึกว่าการแก้ปัญหาไม่ได้หนักหนามากนัก หรือทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหา ในทางกลับกันบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะพบว่าสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นนี้น้อยมากทำให้เกิดความเครียดรุนแรงมากกว่า

## 2. Direct Effects Hypothesis

มีลักษณะ คือ การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยไม่คำนึงถึงระดับความเครียดที่มีอยู่ของบุคคลซึ่งต่างจาก Buffering ตามสมมติฐานนี้ ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมจะขึ้นอยู่กับความเครียดว่าสูงหรือต่ำ

บุคคลที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงอาจจะมีความรู้สึกว่าคุณค่ามากกว่าบุคคลที่มีระดับการสนับสนุนต่ำ และในทำนองเดียวกันถ้าด้านสุขภาพจะพบว่าการต่อต้านเชื้อโรคได้มากกว่า รวมทั้งช่วยสนับสนุนให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าอีกด้วย เช่น รู้ว่าตนเองควรออกกำลังกาย รับประทานอาหารมีประโยชน์ และหมั่นดูแลรักษาร่างกายก่อนจะเกิดอาการรุนแรง

การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีประโยชน์ต่อสุขภาพเสมอไป ในบางกรณีอาจเกิดอันตรายได้ (Suls, 1982 cited by Sarafino, 1990) ดังที่เราพบเห็นบ่อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการชักนำของเพื่อนฝูงและคนภายในครอบครัว ดังนั้นเพื่อนและครอบครัวก็อาจเป็นตัวอย่างไม่ดีได้ เช่น บุคคลที่มีน้ำหนักมากเกินไปและความดันโลหิตสูง อาจเนื่องมาจากอุปนิสัยการรับประทานอาหารภายในครอบครัว หรือบางคนก็ป่วยรุนแรงนาน ๆ เช่น โรคหัวใจ แล้วครอบครัวให้การปกป้องมากเกินไปไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือทำงานเล็กน้อยๆที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะขัดขวางโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและไม่สามารถทำอะไรได้เอง เป็นต้น

### การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเอดส์

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจากการสัมผัสกับแผลหรือรอยโรคจะนำไปสู่การติดเชื้อ จึงทำให้ผู้ป่วยถูกแยกออกจากสังคมและทำให้หยุดกิจกรรมทางเพศเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อไปสู่คู่ครอง ซึ่งอาจจะเกิดการสูญเสียส่วนสำคัญของระบบการสนับสนุนทางสังคม มีบางการศึกษาบ่งชี้ว่า ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่มีความสำคัญมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการทำนายภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม มีบางสภาวะการณ่แสดงให้เห็นว่า นักแก้ปัญหาที่ดีสามารถพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่านักแก้ปัญหาที่ไม่ดี (Namir, Wolcott & Fawzy, 1989 cited by Sheridan & Radmacher, 1992) นี่เป็นอีกกรณีที่แสดงให้เห็นว่าที่ไหนที่ไม่ได้อยู่แล้วก็จะไม่ตีลงไปอีก ส่วนที่อยู่แล้วก็จะดีขึ้น

นาไมร์ และคณะ อังถึงิน เชียร์ริแดน และเรดแมชเชอร์ (Namir et al., 1989 cited by Sheridan & Radmacher, 1992) พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดจะได้รับจากคนใกล้ชิดมากกว่าคนแปลกหน้า แต่การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจะมีคุณประโยชน์และช่วยได้มากเมื่อได้รับจากผู้เชี่ยวชาญที่รู้จริงมากกว่าได้รับจากคนในครอบครัว สอดคล้องกับที่ เพนเดอร์ (Pender, 1975) กล่าวไว้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในทีมสุขภาพจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพโดยจะเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตาม

สำหรับการสนับสนุนของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจทำโดยการจัดตั้งองค์การขึ้นมาช่วยเหลือ เช่นใน UGANDA KABOROLE & BUNDIBUGYO DISTRICT HEALTH TEAM เป็นผู้ริเริ่มการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยอาศัยพื้นฐานดังนี้ ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้การดูแลในระดับหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ อาศัยอยู่ ดูแลผู้ป่วยให้พักฟื้นที่บ้านเพื่อที่จะได้ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยการดูแลทั้งในด้านการรักษาและความสุขสบาย รวมทั้งให้คำปรึกษาทั้งเป็นส่วนตัวและครอบครัว

จากระบบการดูแลที่กล่าวมาข้างต้นจะมีการฝึกอาสาสมัครเพื่อออกไปให้คำแนะนำหรือสอนครอบครัวของผู้ป่วยถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้มีการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์และวัตถุเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีหวังนานเท่าที่จะเป็นไปได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งเสี่ยงต่อการถูกตีตรารังเกียจจะไม่ปฏิเสธต่อการรับฟังข้อมูล จะยอมรับความจริง มีความอดกลั้น และมีจิตใจที่เข้มแข็ง (Anderson, 1994) อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอาจจะไม่ได้ประโยชน์เสมอไปสำหรับผู้ป่วยเอดส์ เช่น ในผู้ป่วยที่มีพื้นฐานการเข้ากลุ่มน้อย และการที่กลุ่มมุ่งสนใจที่อารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล แต่มันจะใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้ป่วยชอบการเข้ากลุ่ม และการปฏิบัติกรกลุ่มเป็นไปในแง่ของการฝึกการผ่อนคลายการให้ความรู้ การจัดการกับความเครียด และเสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งจะพบว่า มีประโยชน์สูงสุดทีเดียว (Namir et al., 1989 cited by Sheridan & Radmacher, 1992)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุธีรา อยู่นตระกูล (2534) ศึกษาเรื่อง การเผชิญอันตรายของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อ HIV ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในกระบวนการตอบสนองเผชิญปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ คือ

1. ครอบครัว โดยเฉพาะภรรยาและแม่จะเป็นบุคคลที่สนับสนุนทางจิตใจ คอยกระตุ้นให้กำลังใจไม่ให้ท้อแท้ ให้ต่อสู้กับโรค และไม่ให้สิ้นหวังในชีวิต
2. การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counselling) บุคลากรที่ทำหน้าที่นี้ต้องมีท่าทีที่นุ่มนวลอ่อนโยน รับฟังการระบายความทุกข์ใจ เห็นอกเห็นใจ ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจหรือลงโทษผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาแนะนำต้องมีการต่อเนื่องจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด

เกศินี จุฑาวิจิตร (2533) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในระดับครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว เป็นวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีลักษณะดังนี้คือ ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนผู้ที่ไม่อาศัยอยู่กับครอบครัวนับเป็นเพราะสาเหตุอื่น ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์ ที่เป็นโสดส่วนใหญ่ไม่บอกผลตรวจเลือดให้ผู้ใดในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงทราบ เพราะกลัวถูกรังเกียจที่แต่งงานแล้วบอกผลตรวจเลือดให้คู่สมรสทราบ สามารถปรับตัวได้จนอยู่ในสภาพที่ยอมรับความเป็นจริงและแม้จะมีความวิตกกังวลบ้าง แต่ก็ไม่ได้เลือกที่จะปฏิเสธหันหลังให้กับผู้ที่อยู่ใน

ชะตากรรมเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีความคิดที่จะทำประโยชน์ให้สังคม ซึ่งสอดคล้องกับที่ ซีนิจิตต์ เพชรชาติ และคณะ (2537) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิ และการให้ความร่วมมือทางสังคมอยู่ในระดับมาก สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือกำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่อย่างไม่รังเกียจจากแพทย์ พยาบาล และญาติพี่น้อง

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี และคณะ (2534) ศึกษาแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงให้เห็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การไม่ยอมรับ

ระยะที่ 2 การแสวงหาข้อมูลและความรู้

ระยะที่ 3 การปรับตัวรายที่ปรับตัวได้จะเลือกวิธีการดำเนินชีวิตตามที่ตนต้องการ

ในรายที่ปรับตัวไม่ได้จะมีการทำร้ายตนเองหรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง

สำหรับในด้านสังคมวิทยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการทอดทิ้ง และรังเกียจจากพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง ผู้ร่วมงาน และบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องแยกตัวเองไปอยู่ต่างหากเช่นเดียวกับที่ เปี่ยมพิติ ช่างสาร (2534) ศึกษาพบว่า พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 561 คน จากโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ 1 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง ที่รับรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีอคติปานกลางเหมือนบุคคลอื่นในสังคม คือ แยกผู้ป่วยออกจากสังคม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเอชไอวีตามหน้าที่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่างานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราผู้ป่วยโรคเอชไอวีที่สำคัญ คือ การอบรม การประชุม สัมมนา และการดูงานจะมีการตีตราผู้ป่วยเอชไอวีน้อยลง

จกมล ทองโฉม (2535) ศึกษาเรื่องกระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อ HIV : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีชนิดชนิด โดยศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี 12 ราย ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งของกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะลดพฤติกรรมที่เป็นการแพร่เชื้อ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับผู้อื่นมากนัก และจะไม่ปรับพฤติกรรมที่เป็นการแพร่เชื้อเอชไอวี หากถูกสถานการณ์ทางสังคมบีบบังคับจากการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม นอกจากนี้ให้ญจันทร์ ประดับมุข (2535) ยังพบว่า



หญิงบริการอาชีพพิเศษ จังหวัดหนึ่งของภาคเหนือ ที่รู้ผลคิดเชื้อเอดส์ 13 ราย มีการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอดส์คือ เมื่อรับรู้สภาพการติดเชื้อโรคเอดส์กลุ่มตัวอย่างมิได้เลิกอาชีพทันทีแต่กลับมุ่งมั่นที่จะหาเงินให้มากที่สุดเพื่ออนาคตข้างหน้า

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความหวังในชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เพศชาย มีความหวังในชีวิตอยู่ในระดับสูงและมีสุขภาพจิตดี (Carson & et al., 1990 cited by Coward, 1994) ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้มีความสุขมากกว่าคนโสด (Kahn & Antonucci, 1984 cited by McNett, 1987) ซึ่งจะส่งผลให้มีความหวังในชีวิตมากกว่าด้วย ก๊อตชอก (Gottschalk, 1974) พบว่า ระดับการศึกษาสูง การมีสุขภาพดีจะมีผลทำให้ความหวังในชีวิตมากขึ้น ฮอลล์ (Hall, 1994) พบว่าอาชีพมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีหวัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การมีรายได้เพียงพอทำให้มีความหวังในชีวิตมาก (Herth, 1989) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะของโรคติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของ HIV ความรู้สึกมั่นคง และภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่มารับคำปรึกษาใน Community-Based คือ ถ้าอาการรุนแรงจะทำให้มีความซึมเศร้า วิตกกังวลสูงและความรู้สึกมั่นคงลดลง (Gary & et al., 1993) เช่นเดียวกับที่ เซอร์วิลเลน-จี และ คณะ (Servellen-G et al., 1993) พบว่า ความซึมเศร้าทำให้ความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์น้อยลง แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยศึกษาพบว่าสตรีที่เป็นโรคเอดส์ยังคงหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและมีความหวังในชีวิต (Doris-D, 1995) การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดีขึ้น มีพลังขึ้นมาอีกครั้ง และยังคงมีความหวังซึ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย (Cathleen-J, 1994) ในทำนองเดียวกัน การใช้พิธีกรรมทางศาสนาและการสารภาพบาปจะช่วยลดอาการทางร่างกาย ความรุนแรงของอารมณ์ และความล้มเหลวทางสังคม รวมทั้งความรู้สึกผิดหรือจัดปัญหาไม่ตก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาพความเป็นอยู่ที่ดี (Maynard, 1989) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า 4 หนทางแห่งความหวังในชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ คือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศาสนา อาชีพ และสิ่งสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน (Hall, 1994)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สนใจทำวิจัยกันมาก สรุปได้ดังนี้ ปริศนา นวลบุญเรือง (2535) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับดวงฤกษ์ หงส์ เชื้อบุญ (2537) ที่พบว่า สิ่งสนับสนุนที่ได้รับจากสังคม และชุมชนกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ,  $R = 0.6512$ ) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Artemio et al., 1994) การแก้ปัญหาความทุกข์ทางจิตใจ การป่วยทางร่างกาย (Curtis, 1994) ความหวังในชีวิต (Daniels, 1990) และยังสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อีกด้วย (Jane, 1995)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ยังคงมีความหวังในชีวิตที่เหลืออยู่อีกด้วย ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแผนภูมิดังปรากฏในหน้าถัดไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

