ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

นางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN FEMININE HEALTH-RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND HEALTH STATUS OF WOMEN WITH HIV/AIDS

Miss Suwannaporn Mitsuwan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
โดย	นางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุวรรณพร มิตสุวรรณ : ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง (RELATIONSHIPS BETWEEN FEMININE HEALTH-RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND HEALTH STATUS OF WOMEN WITH HIV/AIDS) อ.ที่ปรึกษา: ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์, 111 หน้า

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง และเพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจากความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำนวน 90 คน จากคลินิกนิรนามโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่งในภาคใต้ เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามภาวะสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88, 0.84, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอยู่ในระดับดี ($\overline{x}$ =3.87, SD=0.53)

2. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.43, 0.50 และ 0.52 ตามลำดับ)

3. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2550..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777648236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FEMININE HEALTH-RELATED HARDINESS / SOCIAL SUPPORT / COPING / HEALTH STATUS

SUWANNAPORN MITSUWAN: (RELATIONSHIPS BETWEEN FEMININE HEALTH- RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND HEALTH STATUS OF WOMEN WITH HIV/AIDS). THESIS ADVISOR: CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., RN. 111 pp.

The purposes of this research were: 1) to study the relationships between feminine health related hardiness, social support, coping and health status of women with HIV/AIDS and to determine abilities of feminine in relation to health related hardiness, social support and coping in predicting health status of women with HIV/AIDS. The subjects were 90 women with HIV/AIDS who attended the Anonymous Clinics. by using random sampling technique, The Anonymous Clinics from nine community hospitals located in southern region were included in this study. Research instruments consisted of the Demographic Data Questionnaires, the Feminine Health-Related Hardiness Scale, the Social Support Questionnaires, the Way of Coping, and the Health Status Scale. All five instruments were content validated by a group of expert and tested for internal consistency. The Cronbach's alpha for the second to the fifth instruments were 0.88, 0.84, 0.91, and 0.89, respectively. Statistical techniques used for data analysis were descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regression.

The major findings were as follows:

1. Women with HIV/AIDS reported having good health status ($\overline{X}$ = 3.87, SD=0.53).

2. Feminine health related hardiness, social support, and coping were significantly positively correlated with health status (r = 0.43, 0.50, and 0.52 respectively, $p < 0.05$).

3. For the predictive abilities, all predictors together were accounted for 43 percent of variance in predicting health status of women with HIV/AIDS (R^2= .43, F = 21.65, $p<0.05$).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science..... Student's Signature.....

Academic year.....2007..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดที่เป็นประโยชน์โดยเฉพาะในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอขอบพระคุณหัวหน้างานผู้ป่วยนอก ผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานหนักขึ้นในขณะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณคุณทิพวรรณ บุณญาภรณ์ ที่ช่วยเหลือและแนะนำเรื่องการใช้สถิติในการวิจัย

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องชายทั้ง 2 คน และ คุณสมชาย จีระพันธ์ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญ..... ช
สารบัญตาราง..... ฌ
สารบัญแผนภาพ..... ญ
บทที่
1 บทนำ..... 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
ปัญหาการวิจัย..... 7
แนวคิดเหตุผล..... 7
สมมติฐานของการวิจัยและขอบเขตการวิจัย..... 10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13
การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง..... 13
สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง..... 13
สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น..... 14
ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง..... 15
หลักการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง..... 17
ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง..... 20
ความหมายของภาวะสุขภาพ..... 20
การประเมินภาวะสุขภาพ..... 24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง..... 25
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง..... 26
การสนับสนุนทางสังคม..... 31

หน้า

การเผชิญความเครียด..... 38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 48
กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 52
3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 54
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 59
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 59
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 60
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 62
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 69
สรุปผลการวิจัย..... 69
อภิปรายผลการวิจัย..... 71
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป..... 77
รายการอ้างอิง..... 80
ภาคผนวก..... 94
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 95
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 101
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 102
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 103
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... 105
ภาคผนวก ง การตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ 106
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 111

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	รายชื่อโรงพยาบาล แต่ละจังหวัดที่ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง.....	54
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง.....	58
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และพิสัยของอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง	63
4	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ.....	64
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริง ของภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง.....	65
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง และระดับ ของ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง.....	66
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง	67
8	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง.....	68
9	ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov test.....	107
10	ค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ(Tolerance) ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (VIF) ของ การความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด.....	109

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรไทยจำนวนมาก และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยองค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ พบว่าจนถึงปี 2549 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 30-40 ล้านคนและในจำนวนทั้งหมดนี้กว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง และมีการระบุว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อเฉลี่ย 6,000 คน/วัน สอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยที่ระบุว่าในช่วง พ.ศ. 2547–2549 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 15–24 ปี ประมาณ 30,000 คน ซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาในรายละเอียดพบว่าเพศหญิงที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีคู่แล้วและได้รับเชื้อจากสามี โดยในประเทศไทยพบเพศหญิงติดเชื้อจากสามีสูงถึงร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเพศหญิงทั้งหมด (กองโรคเอดส์กระทรวงสาธารณสุข, 2549) เพศหญิงที่ติดเชื้อเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในลักษณะที่แตกต่างจากเพศชาย

ในบริบทของความเป็นเพศหญิง การได้รับรู้เพียงแค่ผลการวินิจฉัยว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก เพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกตกใจ กลัว วิตกกังวลใจในสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542: 205) เกิดความเครียด เพราะทราบดีว่าโรคนี้รักษาไม่หาย มีการพยากรณ์โรคไม่แน่นอน ไม่ทราบพยาธิสภาพของโรคว่าเป็นอย่างไรแน่ ตนเองจะมีชีวิตยืนยาวไปได้อีกสักเท่าไร และกลัวความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย บุตรและธิดาจะติดเชื้อจากตนเองหรือไม่ จะวางแผนการในการดำเนินชีวิตและการรักษาในระยะยาวอย่างไร นอกจากนี้เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี ภาวะสุขภาพของเพศหญิงจะขาดความสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายมีตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการทางกายของโรคปรากฏ (ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 3; ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 14; ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537: 214) โดยเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีประเด็นที่แตกต่างไปจากเพศชายที่ติดเชื้อเอชไอวีหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยากกว่าการติดเชื้อเอดส์ในเพศชาย เช่น สภาวะทางร่างกาย เพศหญิงมีสภาวะทางชีววิทยาที่ไวต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้มากกว่าเพศชายถึง 10 เท่า คือ มีเนื้อเยื่อบุผิวที่บอบบางเป็นบริเวณกว้างตั้งแต่ช่องคลอดถึงปากมดลูก ทำให้มีพื้นที่สัมผัสน้ำเชื้อของผู้ชายได้มาก ขณะมีเพศสัมพันธ์เยื่อบุผิวที่บอบบางฉีกขาดเป็นรอยแผลที่เล็ก ๆได้ง่าย และในอสุจิของเพศชายมีปริมาณเชื้อเอชไอวีมากกว่าในน้ำหล่อลื่นช่องคลอดของเพศหญิง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์

เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2537: 14; Alexander, LaRosa & Bader, 2001; ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 13; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122) และการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติลดลง (ฐาปนพร สิงหโกวิทย์, 2546: 4) จำนวนและการทำงานของลิมโฟซัยท์ลดลง (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537: 12; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542: 210) อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้การดำเนินโรคเร็วขึ้น ปัญหาทางด้านระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเจ็บป่วยได้มากขึ้น นอกเหนือจากปัญหาในระบบอื่น ๆ ที่พบได้เช่นเดียวกัน เช่น การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีเนื้องอกหรือพังผืดที่ปากมดลูก มีบาดแผลในระบบสืบพันธุ์ เริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อราในช่องคลอด หูดหงอนไก่ และมะเร็งที่ปากมดลูก เป็นต้น (Abularach & Anderson, 2000: 213; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 8) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงยังประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นเพศที่รักสวยรักงาม และมีความสำคัญทางด้านจิตใจ (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542; เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2543; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547)

ตามปกติเพศหญิงต้องรับภาระในการดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวโดยการทำงานบ้านต่าง ๆ ต้องเพิ่มภาระในการดูแลและให้กำลังใจสามีที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี และดูแลบุตรไปพร้อมๆ กัน หากสามีไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือสามีเสียชีวิตไปแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงก็ยังต้องเป็นผู้รับภาระในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542: 211; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 9) เพิ่มบทบาทจากการเป็นแม่บ้านมาเป็นผู้รับผิดชอบทุกอย่างในบ้าน และจากบทบาทผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเป็นผู้ติดเชื้อเสียเอง ด้วย (ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 13; สุรีย์พร กฤษเจริญ,2547: 123) และถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีการเจ็บป่วยมากจนไม่สามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ เป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นต่อบทบาทของความเป็นเพศหญิงตามทัศนคติของสังคมไทย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเกิดความท้อแท้ และสิ้นหวังที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายสำหรับบุคคลอื่น (นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, ศุภาว์ เผือกเทศ, และชลดา จันทร์ขาว, 2544: 177; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 3)

จากที่กล่าวมา การติดเชื้อเอชไอวี ถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด ในชีวิต (พิกุล นันทชัยพันธ์,สมจิต หนุเจริญกุล, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และเสรี พงศ์พิศ, 2540:15; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 3; ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 14) เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้การเผชิญความเครียดอันเป็นความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและการกระทำเพื่อขจัดความเครียด และผลลัพธ์ที่ได้จากการเผชิญความเครียดนี้จะมีความเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินการตัดสินและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) การ

เผชิญความเครียดและการตอบสนองของเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี มีองค์ประกอบทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิดและแสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งทั้งสามส่วนจะสัมพันธ์กันอย่างเป็นกระบวนการ นับแต่ปฏิกิริยาเมื่อแรกรับรู้และใช้ภาวะอารมณ์ตอบสนอง จากนั้นจะปรับอารมณ์โดยใช้ความคิดประสบการณ์ที่ผ่านมาทำความเข้าใจ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542: 205) ซึ่งถ้าบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ความเครียดไปกดการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่พร่องอยู่แล้วให้สูญเสียการทำงานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก (แน่งน้อย ย่านวารี, อรัญญา เชาวลิต และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2536: 25)

จากการศึกษาเกี่ยวกับ**ภาวะสุขภาพ** พบว่ายังมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงและมักมีจำนวนเพศชายมากกว่า ทำให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่เฉพาะเจาะจงกับคุณลักษณะของเพศหญิง ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้ป่วยแล้ว ยังต้องเป็นผู้ดูแลผู้อื่นอีกด้วย ทำให้การประเมินหรือเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเป็นไปได้ยาก การดูแลรักษาจึงไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของเพศหญิง กฤตยา อาชวนิจกุล และพิมพวัลย์ บุญมงคล (2542: 3) ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพของเพศหญิง หมายถึง สุขภาพของคนทุกคนทั้งในบ้านและนอกบ้านเพราะเพศหญิงเป็นผู้ให้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทของลูกสาว มารดาหรือภรรยา เพศหญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของคนอื่น ๆ ในบ้าน คือลูก สามี พี่น้องและพ่อแม่ เพราะการแบ่งงานกันทางเพศ หน้าที่หลักและงานส่วนใหญ่ที่ผู้หญิงทำจะถูกจำกัดให้เป็นงานในบ้านที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ดี กินดี ดูแลสมาชิกในครอบครัวและดูแลตนเองยามเจ็บป่วย สำหรับภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นผลของการที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ โดยภาวะสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ ซึ่ง Travelbee (1997) กล่าวว่าแม้บุคคลจะยังคงเจ็บป่วยอยู่ แต่ถ้าบุคคลยังทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง บุคคลก็จะรู้สึกพอใจในสุขภาพของตนเองว่าดี ส่วน Orem (1991: 181) กล่าวว่าภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดการเบี่ยงเบนจากสภาพปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ถ้ายอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะสุขภาพและยอมรับความสามารถภายใต้ขอบเขตจำกัดของร่างกายและปรับตัวให้เหมาะสมกับสุขภาพก็จะทำให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีและพอใจในภาวะสุขภาพนั้น

โดย Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของ ความเครียด (Stress) ว่า เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถ หรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเอง

จะใช้ต่อต้านได้ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542: 6) บุคคลแต่ละบุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์เดียวกันแต่แตกต่างกัน และแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันด้วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่ละบุคคลจะใช้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลนั้นประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งท้าทาย ก่อให้เกิดความสำเร็จในการเผชิญความเครียด ส่งผลต่อการปรับตัวที่ดีและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพต่อไป

สำหรับแหล่งประโยชน์ภายใน การศึกษานี้ได้เลือก **ความเข้มแข็งอดทน** ซึ่งเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคล ที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤติ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพให้คงอยู่ในภาวะปกติหรือรักษาภาวะสุขภาพได้ (Lazarus & Folkman,1984) มีผลในการลดความรุนแรงของความเครียด ความกดดันทางจิตใจและความเจ็บป่วย (Pollock & Duffy, 1990) จะส่งผลในการปรับตัวที่ดีต่อภาวะเจ็บป่วยและส่งผลต่อภาวะสุขภาพในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Nicholus และ Leuner (1999) ได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าความเข้มแข็งอดทนและการดูแลสุขภาพเป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพ และการศึกษาของ Filla และ Jones (1991) ซึ่งศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรพิการ พบว่า มารดาที่มีความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการทำหน้าที่ในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นความเข้มแข็งอดทนจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเช่นกันดังนั้นความเข้มแข็งอดทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจึงเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอก การศึกษานี้เลือก **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการประเมินความเครียดที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมนี้บุคคลอาจได้รับมาจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ การแสวงหาบริการสุขภาพ การเฝ้าสังเกตอาการ การหาข้อมูล และการตีความกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเผชิญหน้ากับโรคเอดส์ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นระยะในช่วงที่ยังไม่ปรากฏอาการ อย่างไรก็ตามอาการที่จะสร้างความหวั่นวิตกมากแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงคือ อาการที่แสดงถึงฐานะการติดเอดส์ของตนตามการรับรู้ของสังคม เช่น ผอม ออกตุ่ม (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542: 207) ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน เพื่อให้บรรลุความ

ต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑนา เจริญกุศล (2534) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 100 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลในทางลบต่อภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ Lough (1996) ศึกษาภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในเพศหญิงสูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเพศหญิงสูงอายุ

การเผชิญความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 150-153) การเผชิญความเครียดเป็นการตอบสนองด้านจิตใจที่เกิดระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับความต้องการภายในและ/หรือภายนอกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวกซึ่งเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman,1984; ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542) และ Pender และคณะ (2006) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพของบุคคลเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายใน การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกและการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง เพื่อศึกษาว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีความสัมพันธ์กันหรือไม่และตัวแปรตัวใดบ้างที่มีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงให้การพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

การวิจัยนี้ศึกษาในประชากรเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในภาคใต้ ซึ่งพบว่ามีจำนวนทั้งหมด 31,265 คน จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด คือ จังหวัดสงขลา 4,295 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3,764 คน และจังหวัดนครศรีธรรมราช 3,643 คนตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อพบว่ามีการระบาดและลุกลามเข้าสู่สถาบันครอบครัวอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดเชื้อในเพศหญิงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.22 (กองระบาดวิทยา, 2549) ซึ่งผู้หญิงในชนบทภาคใต้มีบทบาทสำคัญในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยเกื้อหนุนผู้ชายที่มีบทบาทหลัก ด้วยการทำสวนยาง ประมงพื้นบ้าน ทำนา เนื่องจากผู้หญิงภาคใต้ได้รับการอบรมสั่งสอนให้ทำหน้าที่เป็นลูกสาวที่คอยปรนนิบัติพ่อแม่ และเป็นภรรยาที่จงรักภักดี จึงต้องรับผิดชอบงานบ้านงานเรือนและการทำมาหากินเป็นหลัก (สุธิวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, 2535 อ้างถึงใน เยาวนิจ กิตติธรกุล, 2546: 9) จึงตกเป็นเหยื่อและเป้านิ่งให้ผู้ชายที่เป็นสามีนำเชื้อเอชไอวีมาให้ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข,2542: 197) ประชากรกลุ่มนี้มีความทุกข์ทรมานอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอันเป็นผลจากสภาวะของโรคและสังคมรอบด้านมากกว่าเพศชายที่ติดเชื้อเอดส์ ผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ด้านจิตใจมีความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ หมดหวัง ด้านเศรษฐกิจ คือขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้หญิงเหล่านี้ต้องดำรงบทบาทภรรยา บทบาทมารดาผู้ให้การเลี้ยงดูบุตร บทบาทผู้รับผิดชอบภาระงานในครอบครัวตามที่สังคมคาดหวังไว้ ในขณะเดียวกันก็ต้องรับสภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย การติดเชื้อเอชไอวีของเพศหญิงเหล่านี้จึงถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2543: 6; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122; สุพรรณี สุ่มเล็ก, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, ผ่องสาย จูงใจไพศาล และวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2548: 23) จึงควรมีแนวทางการดำเนินงานให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง สนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงในภาคใต้ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นองค์ความรู้ และข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงในภาคใต้ให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาการวิจัย

1. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงหรือไม่ อย่างไร

2. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้หรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีมโนทัศน์ที่สำคัญคือ ความเครียด การประเมินสถานการณ์ การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวหรือภาวะสุขภาพโดย Lazarus และ Folkman (1984: 157-164) ได้ให้ความหมายของความเครียด (Stress) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Internal resource) อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ส่วนการเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งในรูปของพฤติกรรม (Behavior) และสติปัญญา (Cognitive) เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียดซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Internal resource) อย่างเต็มที่ หรืออาจต้องดึงแหล่งประโยชน์จากภายนอก (External resource) เข้ามาช่วยเพิ่มเติม การประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียด มีผลต่อผลลัพธ์การปรับตัวหรือภาวะสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ในสังคม (Social function) ด้านขวัญและกำลังใจ (Morale) และด้านสุขภาพกาย (Somatic health) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาในส่วนของผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการผู้วิจัยจึงใช้การเชื่อมโยงปัจจัยที่ศึกษาจากแนวคิดความเข้มแข็งอดทนในผู้หญิงของ Craft (1999) ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ได้จัดความเข้มแข็งอดทนของบุคคลเป็นแหล่งประโยชน์ภายในและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกของบุคคล จากแนวคิดดังกล่าว ได้ให้แนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคาดว่าน่าจะมีความเฉพาะเจาะจงหรือเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ประเมินผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes) หรือ ภาวะสุขภาพ (Health status) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่ทางด้านสังคม มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 2) ขวัญและกำลังใจ มีความผาสุกในจิตใจหรือมีความ

พึงพอใจในชีวิต 3) สุขภาพกายที่ดี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดี (ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542; ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ซึ่งคำนึงถึงทั้งสุขภาพกาย จิตใจและสังคม สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1974 อ้างถึงในประเวศ วะสี, 2543) ที่ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปราศจากความเจ็บป่วยหรือพิการใด ๆ ปัจจุบันเชื่อว่าภาวะสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสังคมด้วย (House, 2001) ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จึงหมายถึงภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เกิดจากความผาสุกทางด้านจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม

ความเข้มแข็งอดทน เป็นแหล่งประโยชน์ภายในของบุคคล (Internal resource) ซึ่งเป็นแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนภายในบุคคล เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียดบุคคลสามารถประเมินและนำมาใช้ได้ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมตนเองหรือเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในอำนาจที่สามารถควบคุมหรือเอาชนะสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงหรือความอ่อนแอต่ออันตรายได้ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงในเบญมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) ส่วน Pollock (1989) มองบุคลิกภาพความเข้มแข็งอดทน มีผลโดยตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัว โดยความเข้มแข็งอดทน ทำให้บุคคลมีการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนยังมีผลต่อการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าโดยมองว่าเป็นสิ่งท้าทายซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จในการเผชิญความเครียด อันส่งผลต่อการปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จึงเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ทำหน้าที่เสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดีดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นแหล่งประโยชน์ภายนอก (External resource) ซึ่งเป็นแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนภายนอกบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียดบุคคลสามารถประเมินและนำมาใช้ได้ คือการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง เกิดความรักความผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีกำลังใจ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Lazarus & Folkman, 1984; Weiss cited in Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ช่วยส่งเสริมการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (Cohen & Wills, 1985: 342)

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในการจัดการกับความต้องการภายใน/ภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากความพยายามในการเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวกส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984; ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542; ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546)

ที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจะมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman,1984) ซึ่งสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของบุคคล คือความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) โดยความเข้มแข็งอดทนในมุมมองผู้หญิง จะประกอบด้วยความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Sense of purpose) และความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) (Craft, 1999) ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีการประเมินและตัดสินเหตุการณ์ในทางบวก โดยดึงแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกและเลือกการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป ซึ่งตรงกับข้อสรุปในงานวิจัยเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินปฐมภูมิ การประเมินทุติยภูมิ การเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพทางกายกับอาการแสดงทางจิตวิทยาของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ของ Lazarus และ Folkman (1984) พบว่า การประเมินปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยาและภาวะสุขภาพทางกาย การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง การถอยห่าง การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การหลีกหนีหรือเลี่ยงปัญหา และการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยา ส่วนการวางแผนแก้ไขปัญหา การถอยห่าง การควบคุมตนเอง การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาและการหลีกหนีหรือเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยส่วนบุคคล คืออำนาจในการควบคุมและความไว้วางใจ การประเมินปฐมภูมิและการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการแสดงทางจิตวิทยาได้ร้อยละ 43 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 17 และ 9 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพทางกายได้ และ Pollock (1989) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางด้านร่างกายกับรูปแบบการเผชิญความเครียดความเข้มแข็งอดทนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สิ่งเร้าได้ดีพอ ๆกับการใช้วิธีเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการปรากฏลักษณะของความเข้มแข็งอดทนและช่วยให้สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังได้ นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยของ Felton และ Revenson (1984) ที่ศึกษาการใช้วิธีเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนและไม่มีความเข้มแข็งอดทนพบว่ากลุ่มที่มีความเข้มแข็งอดทน

สูงมีการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยในทางบวกมากกว่ากลุ่มที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบพยายามทำกิจกรรมโดยตรงและนำแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหา และประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งเร้ามากกว่ากลุ่มที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำ ซึ่งผลลัพธ์การปรับตัว คือภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
2. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้จำนวน 9 แห่ง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ซึ่งเป็นความสมดุลหรือสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามผลลัพธ์การปรับตัวหรือภาวะสุขภาพของชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดำรงบทบาททางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเกี่ยวกับความผาสุก การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

2. ขวัญกำลังใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเกี่ยวกับความสุข ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาทางจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วย

3. ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางกาย ความเจ็บปวดต่าง ๆที่เกิดขึ้น สุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงการมีพลังในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤติ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในภาวะปกติได้ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความเข้มแข็งอดทนที่สร้างโดยเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย สุจิตรา เทียนสวัสดิ์และพันทวี เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Craft (1999) ที่ได้แบ่งความเข้มแข็งอดทนของเพศหญิงออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ซึ่งมีแรงขับภายในตัวเพศหญิงที่จะทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็ง แรงขับนั้นเกิดจากความต้องการของบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของเพศหญิง ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้เพศหญิงมองเห็นเป้าหมายหรือภาระที่ตนเองต้องกระทำให้เสร็จสมบูรณ์

2. ความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) เป็นแรงขับภายในมาจากการที่เพศหญิงนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆต่อไปได้ แม้จะมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น โดยไม่รู้สึกท้อแท้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยใช้แนวคิด แรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) 5 ด้าน คือ

1) การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึงการมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความคิด กำลังใจและกำลังบุคคล เกิดความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา ขาดคนเห็นใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นให้เจริญเติบโต

หรือสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4) การได้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) หมายถึง การได้รับความเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมซึ่งเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกไร้ประโยชน์

5) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ (Assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีการแสดงทางด้านความคิดและการกระทำ เพื่อมุ่งแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดให้บรรเทา ควบคุมหรือขจัดให้หมดไป โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง แบบการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ฉบับแปลโดย สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง หมายถึง บุคคลเพศหญิงที่ได้รับการตรวจเลือดแล้วว่าเป็นผู้มีผลบวกของแอนตีบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์จากแพทย์หรือพยาบาลแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีภาวะสุขภาพที่ดี

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆที่เกี่ยวกับ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ภาวะสุขภาพโรคอื่น ๆ ต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง
    1.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง
    1.2 สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น
    1.3 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง
    1.4 หลักการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
2. ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
    2.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ
    2.2 การประเมินภาวะสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
    3.1 ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง
    3.2 การสนับสนุนทางสังคม
    3.3 การเผชิญความเครียด

1. การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง

1.1 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง

แม้ว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยมีแนวโน้มว่าจะชะลอตัวลง แต่ในทุกๆ ปี ยังคงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พ.ศ. 2547–2549 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 15–24 ปี ประมาณ 30,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่นี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527–30 มิถุนายน 2549 การสำรวจสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและเพศหญิงที่เป็นผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวน 49,985 คน (กองโรคเอดส์, 2549) ทั้งนี้เป็นเพราะการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากเพศชายไปสู่เพศหญิงนั้นเกิดขึ้นได้มากกว่าการถ่ายทอดเชื้อ จากเพศหญิงสู่เพศชายถึง 10 เท่า ซึ่งเป็นผลมาจากการที่สรีระของเพศหญิงที่มีพื้นที่เยื่อบุผิวในระบบสืบพันธ์มากกว่าเพศชาย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537: 14; Alexander, LaRosa & Bader, 2001; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122;

ชลิตา สุขวรรณ์, 2548: 13) และความเข้มข้นของจำนวนเชื้อเอชไอวีในน้ำอสุจิของเพศชายมีมากกว่าสารคัดหลั่งในช่องคลอดของเพศหญิง (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537: 14) ทำให้เพศหญิงมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้แล้วยังมีเพศหญิงบางส่วนที่ถูกการใช้กำลังบังคับหรือทำร้ายทางเพศ ให้ต้องมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้มีการป้องกัน (พิมพวัลย์ บุญมงคล,2542) ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยทั่วไปเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์นั้นจะได้รับยาฆ่าเชื้อไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ แต่เมื่อคลอดบุตรแล้วจะถูกละเลยไม่ได้รับยาฆ่าเชื้อไวรัสต่อไป (ฐาปนพร สิงหโกวิทย์, 2546: 4; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122; Gosselink และ Myllykangas, 2007: 12)

1.2 สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

1.2.1. สถานภาพทางสังคม สังคมไทยเป็นสังคมที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในเรื่องการเป็นหญิงชายอย่างเด่นชัดโดยมีบรรทัดฐานทางเพศแบบมาตรฐานเชิงซ้อน (Double standard) หรือมาตรฐานที่แตกต่างกัน ใช้เกณฑ์คนละเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมผู้หญิงและผู้ชาย เช่นผู้ชายมีสิทธิพิเศษในการมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน มีคู่นอนมากกว่า 1คน โดยไม่ถือเป็นเรื่องเสื่อมเสีย ในขณะเดียวกันถ้าเพศหญิงกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะถูกสังคมประณามอย่างรุนแรง ในความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย เพศหญิงบางส่วนที่ถูกการใช้กำลังบังคับหรือทำร้ายทางเพศ ให้ต้องมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้มีการป้องกัน ถูกกระทำรุนแรงทางเพศโดยไม่มีโอกาสป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงทำให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อบุผิวช่องคลอด ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น นอกจากนี้เพศชายยังเป็นผู้มีอำนาจในการควบคุมในการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยและเพศหญิงถูกกำหนดให้เป็นผู้ตอบสนองและกระทำตาม สังคมไทยมีการซื้อขายประเวณีได้ เปิดโอกาสให้เพศชายมีเพศสัมพันธ์อย่างอิสระ (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542; เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2543: 6; ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 13; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122) ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีโอกาสในการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่เพศหญิงได้มากขึ้น

1.2.2 สภาวะทางร่างกาย เพศหญิงมีสภาวะทางชีววิทยาต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้มากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงมีเนื้อเยื่อบุผิวที่บอบบางเป็นบริเวณกว้างตั้งแต่ช่องคลอดถึงปากมดลูก ทำให้มีพื้นที่สัมผัสน้ำเชื้อของเพศชายได้มาก ขณะมีเพศสัมพันธ์เยื่อบุผิวที่บอบบางฉีกขาดเป็นรอยแผลที่เล็ก ๆได้ง่าย และในอสุจิของเพศชายมีปริมาณเชื้อเอชไอวีมากกว่าในน้ำหล่อลื่นช่องคลอดของเพศหญิงส่งผลให้เพศหญิงติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าเพศชาย (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537: 14; Alexander, LaRosa & Bader, 2001; ชลิตา สุขวรรณ์, 2546: 13; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547: 122)

1.3 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในเพศหญิง

ประเทศไทยในปัจจุบันนี้ยังมีเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่ป่วยเป็นโรคเอดส์อีกจำนวนมากที่ยังคงมีชีวิตอยู่กับโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจหวาดกลัวทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากมาย ดังนี้

ผลกระทบต่อร่างกาย การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีการติดเชื้อโรคอื่น ๆและเป็นโรคฉวยโอกาสได้ง่าย อีกทั้งยังทำให้มีอาการรุนแรงอีกด้วย เพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจยังไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ ในระยะแรก หากมีการดูแลสุขภาพที่ดีก็จะช่วยให้มีอายุยืนยาวต่อไปได้ อย่างไรก็ตามในเพศหญิงที่มีภูมิต้านทานลดลงอาจมีการเจ็บป่วยในระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ดังนี้ (วรรณี กัณฐมาลากุล, 2541: 89; พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542; ยอดยิ่ง เทพธรานนท์, 2544; ฐาปนพร สิงหโกวิทย์, 2546:14)

ระบบประสาท เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือมีเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง

ระบบต่อมไร้ท่อ/เมตาบอลิซึม ทำให้ร่างกายซูบผอมและมีไข้เรื้อรัง

ระบบทางเดินหายใจมีอาการไซนัสอักเสบเรื้อรัง วัณโรคและปอดอักเสบ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาจเกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบ และข้อกระดูกอักเสบ

ระบบทางเดินอาหาร มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง ปากแห้ง แผลในปากและหลอดอาหารและเหงือกอักเสบ

ระบบโลหิต บางรายอาจมีโลหิตจาง เกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ และหลอดเลือด

ระบบผิวหนัง มีอาการคัน ผิวหนังแห้งมีตุ่มน้ำใสขึ้นตามร่างกายและแตกเป็นแผล และผิวหนังมีสีคล้ำลง

ระบบสืบพันธ์เพศหญิง อาจมีเชื้อราในช่องคลอด อุ้งเชิงกรานอักเสบ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ขาดประจำเดือน เนื้องอกในอุ้งเชิงกรานหรือในมดลูก มีแผลเรื้อรังที่อวัยวะสืบพันธ์ มะเร็งปากมดลูก และติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เช่น ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ เริมที่อวัยวะเพศเป็นต้น (Abularach & Anderson, 2000: 201; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 8)

การตั้งครรภ์ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของเพศหญิงลดลง โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซล (Cell mediated immunity) ทำให้จำนวนทีเซล (T cell) ลดลง ทั้งนี้เป็นผลจากฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอร์รอยด์ (Corticosteroid), เอสโตรเจน (Estrogen), ฮิวแมน โคริโอนิค โกนาโด โทรฟิน(Human chorionic gonadotrophin, HCG) และ แอลฟา ฟีโต โปรตีน (Alpha-feto-protein) ซึ่งเพิ่มสูงมากขึ้น และฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอร์รอยด์ ยังกดหรือระงับการเก็บกินเชื้อโรค (Phagocytosis) ด้วย ดังนั้นเพศหญิงที่ตั้งครรภ์จึงติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น การตั้งครรภ์เป็น

สาเหตุทำให้การดำเนินของโรคเลวลงกลายเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และโรคเอดส์เต็มขั้นได้เร็วขึ้น โดยมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการตั้งครรภ์ (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537: 268; ฐาปนพร สิงหโกวิทย์, 2546:14)

จากอาการเจ็บป่วยที่กล่าวมาจะเห็นว่า เพศหญิงและเพศชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามสำหรับโรคที่เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์นั้น เพศหญิงได้รับผลกระทบที่รุนแรงมากกว่าเพศชาย โดยจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าเพศชายและมีอัตราการตายสูงกว่า (Carpenter et al, 1991; Lemp et al, 1992 อ้างถึงใน จามจุรี แซ่หลู่, 2543: 10) ในทางตรงกันข้ามการศึกษาในฝรั่งเศสพบว่าเพศหญิงโดยเฉลี่ยมีการดำเนินโรคที่ช้ากว่าเพศชาย (Carpenter et al, 1991; Lemp et al, 1992 อ้างถึงใน จามจุรี แซ่หลู่, 2543: 10) ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากหญิงเหล่านี้ต้องพยายามปกปิดอาการไว้ ซึ่งใกล้เคียงกับหญิงไทยที่มีความคิดว่าการพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์เป็นสิ่งที่น่าอาย หญิงที่เปิดเผยเรื่องเหล่านี้ถูกมองว่าเป็นหญิงที่ไม่ดี ดังนั้นหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคในระบบสืบพันธุ์ไว้ เพราะไม่ต้องการถูกประณามจากสังคม (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 14) แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ก็มักถูกมองข้ามเรื่องปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีไป เป็นเพราะการจำแนกอาการของผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์นั้นใช้ข้อมูลทางคลินิก เพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงอาจเสียโอกาสในการได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวการณ์ติดเชื้อเอชไอวีที่เฉพาะเจาะจงในเพศหญิง (Nokes, 1992)

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพศหญิงจำนวนมากไม่รู้ตัวมาก่อนว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีเพราะคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว ที่สำคัญเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อได้ทราบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย เพศหญิงแทบทุกรายรู้สึกตกใจ มึนงง สับสน ปฏิเสธว่าตนไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี บางรายจะรู้สึกผิดและตำหนิตนเอง บางรายรู้สึกโกรธกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือมีความรู้สึกสูญเสียสิ่งต่าง ๆในชีวิต หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการตัดสินใจครั้งยิ่งใหญ่ในการเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อไปและให้กำเนิดบุตรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและอาจต้องกลายเป็นเด็กกำพร้าในอนาคต ไม่ว่าการตัดสินใจนั้นจะเป็นอย่างไรผลของการตัดสินใจนั้นก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจของเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น (เสรี พงศ์พิศ, 2540: 12; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545: 8; ฐาปนพร สิงหโกวิทย์, 2546: 13-4) ในระยะต่อมาแม้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีบางรายจะยอมรับกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนได้บ้างแล้ว แต่หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงมีความเครียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น บางรายมีความรู้สึกซึมเศร้าและกังวลกับความ

ตายที่ใกล้เข้ามาจนหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ในครอบครัวที่สามีและบุตรเสียชีวิตไปก่อน หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมายไม่มีเป้าหมายในชีวิต หมดหวังและหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ (สุนทรี แรงกุศล, 2541; พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542; ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545)

ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยทั่วไปหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวียังต้องมีหน้าที่ดูแลสามีและ/หรือบุตรที่เจ็บป่วยแม้ว่าตนเองจะเป็นผู้ป่วยเช่นกัน ทั้งนี้เป็นเพราะบทบาทที่สังคมคาดหวังว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเพศหญิง (Songwathana, 2001) หากสามีมีความเจ็บป่วยมากเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับภาระในการหารายได้เพียงลำพังเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าอาหาร (สุนทรี แรงกุศล, 2541; เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2543) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตทั้งสิ้น ภาระรับผิดชอบดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญเรื่องหนึ่งที่ทำให้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือโอกาสได้รับการช่วยเหลือในสังคม นอกจากนี้ยังมีหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนรู้สึกว่าตนเองถูกสังคมรังเกียจมากกว่าเพศชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการสนับสนุนน้อยกว่า (Metcalfe, Langstaft, Evans, Peterson, & Reid, 1998) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมของสังคมนั้นยอมรับในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ของเพศชาย แต่กลับมองว่าเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหญิงที่ไม่ดี ส่ำส่อนทางเพศ (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, บังอร ศิริโรจน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, สมมาตร พรหมภักดี, ศศิธร ไชยประสิทธ์ และวรรณา จารุสมบูรณ์, 2536) ดังนั้นหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ยุติธรรมจากสังคม บางรายมีความกลัวที่จะถูกบุคคลรอบข้างรังเกียจ จึงพยายามปกปิดเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและแยกตัวออกจากสังคม เพราะไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ แต่เมื่อมีอาการมากขึ้นก็ไม่สามารถปกปิดความลับได้และเมื่อบุคคลรอบตัวรับรู้ก็ถูกแสดงความรังเกียจและปฏิเสธไม่ยอมให้เข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีมากมายและยังคงมีต่อไป หากความก้าวหน้าทางการแพทย์ยังไม่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายได้ และสังคมยังไม่มีความเข้าใจต่อเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบเหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและบั่นทอนภาวะสุขภาพของเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

1.4 หลักการพยาบาลผู้ติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นหน่วยรวมอย่างผสมผสานของกาย จิตสังคมและวิญญาณ เพื่อให้ดำรงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ ความรู้สึกรวมทั้งปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อาศัย การให้การช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุก ๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์และเป็นเครื่องชี้นำในการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในด้านการป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี สามารถให้การพยาบาลได้ด้วยความเต็มใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาล ด้วยความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างมีระบบและต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันส่งเสริมดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ครอบครัวและสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีภาวะสุขภาพที่ดี และการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงใช้หลักการเดียวกับกระบวนการพยาบาลทั่วไป โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล
2. กาวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล
4. การปฏิบัติการพยาบาล
5. การประเมินผลการพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจะต้องมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ ข้อมูลได้มาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องและได้จากการสังเกต การตรวจ การวัดจากเครื่องมือแล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์แยกออกเป็นส่วนดังนี้

1. ประวัติต้องมีรายละเอียดเพื่อสามารถจะประเมินปัญหาได้อย่างถูกต้องและวางแผนให้การพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมกับสภาพ ประวัติที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1.1 ประวัติส่วนตัว ได้แก่ การตั้งครรภ์ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ การคลอด การมีเพศสัมพันธ์

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

1.3 แบบแผนการเลี้ยงดู สุขนิสัยและโภชนาการ การดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และสังคม ความเชื่อต่าง ๆและพฤติกรรมอนามัย

2. การประเมินสภาพร่างการและจิตใจ เนื่องจากโรคเอดส์มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม พยาบาลจำเป็นต้องประเมินสภาพผู้ป่วยให้ละเอียดครอบคลุมทุกด้าน การประเมินประกอบด้วย

2.1 สภาพทั่วไป โดยประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ สัญญาณชีพ

2.2 สภาพร่างกาย ได้แก่ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการประเมินร่างกายตามระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

2.3 สภาพจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้ อัตมโนทัศน์ สภาวะทางอารมณ์ การคิดและการตัดสินใจ แบบแผนการเผชิญปัญหา การสนุนทางสังคม

3. ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นข้อมูลยืนยันสนับสนุนปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งจากสาเหตุของโรคเอดส์และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

3.1 การตรวจเลือดและสารคัดหลั่ง เช่น การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด การทำงานของเม็ดเลือดเอขาวชนิดต่าง ๆ การตรวจเพื่อแยกเชื้อไวรัส

3.2 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา การตรวจหาแอนติ้บอดี้ต่อแอนติเจนของไวรัสด้วยวิธี ELISA, Immunofluorescent assay, Western blot เป็นต้น

3.3 การตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น การเพาะเลี้ยงเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ชี้บ่งถึงปฏิกิริยา ผลหรือพฤติกรรมที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย ซึ่งต้องการการดูแลรักษา การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลจะต้องให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม เนื่องจากโรคเอดส์มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้าน การพยาบาลจะต้องจัดลำดับปัญหาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วยก่อน เพื่อวางแผนให้การพยาบาลให้ทันท่วงที

การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเหตุผล ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย

1. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนการแก้ปัญหาเป็นลำดับขั้น

2. การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยบอกถึงผลที่ต้องการให้เกิดกับผู้ป่วยตามลำดับของปัญหาให้ครอบคลุมถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคล การควบคุมและป้องกันโรค การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

3. เกณฑ์การประเมินผล เป็นแนวทางในการวัดการปฏิบัติพยาบาลนั้น ๆว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ระดับใด เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้น

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยอาศัยความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ในการตัดสินใจลงมือปฏิบัติได้รวดเร็วทันเหตุการณ์ในการแก้ปัญหาเร่งด่วน ขณะปฏิบัติการพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลต่อไป

การประเมินผลการพยาบาล เป็นเครื่องวัดประสิทธิภาพของแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาควบคุมคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นที่เชื่อถือ เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลไปแล้ว โดยการสังเกต สัมภาษณ์ วัด และตรวจสอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประเมินปัญหาทางการพยาบาลให้เหมาะสมและวางแผนการพยาบาลได้ต่อเนื่อง

2. ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

2.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีผู้ได้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) อธิบายถึงสุขภาพของบุคคลว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจและจิตวิญญาณด้วย (WHO cited in Orem, 2001: 181-182, 184) โดยภาวะสุขภาพจะรวมทั้งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 18) ที่ได้ประเมินผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดออกมาเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางด้านสังคม มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านขวัญและกำลังใจ มีความผาสุกในจิตใจหรือมีความพึงพอใจในชีวิต และด้านสุขภาพกายที่ดี

นอกจากนี้ การให้ความหมายของภาวะสุขภาพยังเป็นไปในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน เช่น Cooper และ Faragher (1993: 636) กล่าวไว้ว่า สุขภาพเป็นความผาสุกของบุคคลอันเกิดจากการที่บุคคลสามารถตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งเร้าที่มากระทบได้อย่างเหมาะสมและมีจุดมุ่งหมาย มีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความสุขสบายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของตน และ House (2001) ได้กล่าวว่า สุขภาพ เป็นภาวะความสมบูรณ์ของสุขภาพทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคมของแต่ละบุคคล

ในขณะที่ ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุล เกิดจากความสมดุลทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ

จากความหมายของภาวะสุขภาพดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจโดยปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคหรือความพิการ ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การศึกษาภาวะสุขภาพพบว่าแนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีองค์ประกอบหลายมิติ ซึ่งมีนักวิจัยได้พัฒนารูปแบบ หรือลักษณะเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพไว้ในมุมมองที่แตกต่างกัน เพื่อให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมและสรุปรูปแบบหรือลักษณะของภาวะสุขภาพตามแนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านไว้ ดังนี้

Smith (1981: 43-50) ได้สรุปรูปแบบหรือลักษณะไว้ 4 กลุ่มคือ

1. ลักษณะทางคลินิก (Clinical model) เป็นแนวความคิดที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในวงการแพทย์ ที่มีแนวความคิดว่า สุขภาพ เป็นภาวะที่ปราศจากโรคหรือปรากฏอาการหรืออาการแสดงของโรค ดังนั้นทางการแพทย์จึงมีความพยายามที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการวินิจฉัยหรือการรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น นั่นหมายความว่าการที่บุคคลมีสุขภาพดี คือการหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคได้นั้นเอง (Maslow, 1981 cite in Simmons, 1989: 156)

2. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนในชีวิต ดังนั้นความหมายของสุขภาพคือ ภาวะที่บุคคลนั้นมีสุขภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนอย่างมีประสิทธิภาพ (Person, 1981 cited in Simmons, 1989: 156-157) ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของโอเร็ม (Orem, 1995: 181) ที่กล่าวว่าภาวะสุขภาพ หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึงภาวะที่มีความสุขสมบูรณ์ ซึ่งไม่เพียงหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความผาสุกในจิตใจและวิญญาณด้วย

3. การปรับตัว (Adaptive model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพเป็นภาวะซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยพัฒนาแนวคิดของ Dubos (1978 cited in Simmons, 1989) เกี่ยวกับสุขภาพและโรคว่าเป็นประสบการณ์ของความสำเร็จและความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ในความพยายามปรับตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984: 19) ที่ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ซึ่งการปรับตัวจะส่งเสริมความเป็นบุคคลโดยรวม นอกจากนี้ตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ให้แนวคิดว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจากการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด

4. ความเป็นปกติสุข (Eudemonistic model) รูปแบบนี้มองสุขภาพว่า เป็นสภาพที่ต้องบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริงหรือการตระหนักถึงศักยภาพของบุคคล รูปแบบของภาวะสุขภาพนี้เป็นความปรารถนาสูงสุดของบุคคล เช่น การบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง (Ectualization) และความผาสุก (Well being) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของสุขภาพขององค์การอนามัยโลกว่า เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคมความเป็นอยู่ปราศจากความเจ็บป่วยและความพิการใด ๆ (WHO, 1974 cited in Simmons, 1989: 156)

ส่วน Lazarus และ Folkman (1984: 181-225) กล่าวว่า เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญความเครียดแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการใช้กระบวนการเผชิญความเครียด คือการปรับตัวและผลลัพธ์ของการปรับตัวก็คือ ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ คือ

1. การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคลและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความลังเลไม่แน่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ขวัญหรือกำลังใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลในระยะสั้น คืออารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการประเมินความเครียดหรือไม่ การณ์ประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการท้าทายอาจทำให้มีขวัญหรือกำลังใจในชีวิตดีขึ้น

3. ภาวะสุขภาพกาย ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัวจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างหนึ่งคือ ควรมีการควบคุมอารมณ์ที่ดีไม่โกรธหรือโมโหง่าย

ส่วนแนวคิดสุขภาพของ Stewart และ Ware (1992: 15) เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม โดยกล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพไว้ 5 ด้าน คือ

1. ภาวะสุขภาพทางคลินิก (Clinic status) หมายถึงข้อมูลเกี่ยวกับ อาการแสดงและความรุนแรงของการเป็นโรค หรือการเจ็บป่วย ทั้งภาวะเรื้อรังหรือภาวะเฉียบพลัน เช่นการติดเชื้อไวรัส

ภาวะโรคหัวใจเรื้อรัง หรือความรุนแรงของโรคจิต นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงความพิการของร่างกายด้วย

2. การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (Physical functioning and well being) หมายถึงความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจกรรมตามปกติของบุคคลที่สุขภาพดีทั่วไป เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดิน เป็นต้น

3. การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต (Mental functioning and well being) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลด้วยตัวเองโดยมิใช่การวินิจทางการแพทย์ รวมถึงด้านความจำและองค์ประกอบด้านอารมณ์ต่าง ๆ

4. การทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม (Social / role functioning and well being) หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจกรรม ตลอดจนบทบาททางสังคมในชีวิตประจำวัน

5. การรับรู้สุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ (General health perceptions and satisfaction) ภาวะสุขภาพของการพิจารณาและประเมินด้วยตนเองของบุคคล

Pender และคณะ (2006: 19-25) ให้ความหมายของสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สุขภาพที่เน้นความคงที่ (Heath focus on stability) กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อยได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สุขภาพที่เน้นความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Heath focus on actualization) คือสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตหรือบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่อยู่บนความต่อเนื่องระหว่างความเจ็บป่วย และสุขภาพดี

3. สุขภาพที่เน้นความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Heath focus on stability and actualization) คือสุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด นอกจากนี้ Pender และคณะ (2006) ยังกล่าวอีกว่า สุขภาพเป็นศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมอันมีจุดมุ่งหมาย การใช้ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ขจัดอุปสรรคในการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ซึ่งการกระทำเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงสภาพความสมบูรณ์ของโครงสร้างของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างสงบสุข และระดับของภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามความต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์ของการ

เจ็บป่วยที่เฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรังความพิการต่าง ๆ จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยนี้เอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่แตกต่างออกไปในแต่ละบุคคล

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพ คือสภาพที่มีความสมดุลภายในของบุคคลในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม รวมเป็นความสามารถและศักยภาพของบุคคลที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายของตนและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถใช้ทรัพยากรในครอบครัว เพื่อการทำหน้าที่ผู้รับผิดชอบต่อการมีสุขภาพดีของตนเอง รวมถึงความสามารถในการเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพด้วยกระบวนการทางร่างกาย และการกระทำอย่างมีเป้าหมายที่เกิดผลทางบวกต่อตนเอง คือมีประสบการณ์ด้านจิตใจในทางบวก ไม่มีอาการที่ผิดปกติ/หรือไม่มีโรค ความเจ็บป่วยหรือความพิการ

2.2 การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อตัดสินว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของภาวะสุขภาพของบุคคล และผู้ประเมิน ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพได้มาจากการประเมินตามการรับรู้ของภาวะสุขภาพของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ และจากการตรวจร่างกายร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การประเมินภาวะสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงนั้น มีความซับซ้อนกว่าการประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยอื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยทั่วไปการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางคลินิก และการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางคลินิก (Clinical status) เป็นการประเมินเพื่อหาความผิดปกติของร่างกายในทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ การตรวจทางรังสี เป็นต้น

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น และสะท้อนถึงภาวะสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไปของตนเอง เมื่อมีการพัฒนาแนวคิดสุขภาพองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงมีการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ โดยเน้นการประเมินด้วยตนเองในขณะนั้น ๆ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ Medical Outcome Study (MOS) ของ Stewart และ Ware (1992: 15) เป็นการประเมินร่างกายโดยตัวบุคคลเอง 5 ด้าน คือ สุขภาพทางคลินิก การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย การทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต การทำหน้าที่และความผาสุกทาง

สังคม และการรับรู้สุขภาพและความพึงพอใจในสุขภาพ ซึ่งมีแบบประเมินเป็นหลายฉบับ ที่สำคัญและนิยมใช้ คือ ฉบับย่อเรียกว่า MOS 20 – Item Short Health Survey (SF – 20) สำหรับฉบับเต็มเรียกว่า Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยมองภาวะสุขภาพ ว่าเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัว จึงเลือกใช้แบบประเมินผลลัพธ์การปรับตัวของ ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2545) ที่สร้างจากแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัวของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง เพราะการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากว่าการประเมินทางคลินิกโดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง สังคมและวัฒนธรรมของไทย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหรือผลลัพธ์การปรับตัวตามแนวคิดของ Lasarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวไว้ดังนี้

1. ด้านสังคม (Social) ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม ระบบสถาบัน โครงสร้างของกลุ่ม เครือข่ายทางสังคม

2. ด้านจิตวิทยา (Physiological) ได้แก่

ก. ตัวแปรด้านบุคคล (Person variables) ได้แก่ ความมุ่งมั่น ความเชื่อ เช่น การมีอำนาจในการควบคุม ความเข้มแข็งอดทน/อ่อนแอ เป็นต้น การประเมิน แบบการเผชิญความเครียด (Coping styles) ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

ข. ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental variables) ได้แก่ ตัวแปรด้านสถานการณ์ คือ ความต้องการของสถานการณ์ (Imminence) ระยะเวลาการดำเนินของเหตุการณ์ (Timing/duration) ความคลุมเครือของเหตุการณ์ แหล่งประโยชน์ด้านสังคมและวัตถุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของและข่าวสาร

3. ด้านกายภาพ (Physiological) ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม คือแหล่งประโยชน์ด้านภูมิคุ้มกัน ลักษณะการตอบสนองด้านสรีระวิทยาของบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่การเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ มีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ เชื้อชาติ การศึกษาและรายได้ (Folkman, Lazarus, Gruan, & DeLongis,1986; House, 2001; Carteen , 2001; ชไมพร จินต์คณาพันธ์ ,2543;

ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) การเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman , Lazarus, Gruan, & DeLongis, 1986; House, 2001) การสนับสนุนทางสังคม (Folkman S., Lazarus, Gruan, & DeLongis, 1986; Duck,1998; House, 2001; Lough, 1996) การดูแลตนเอง (Nicholus & Leuner, 1999) การรับรู้ความสามารถของร่างกาย ความเข้มแข็งอดทน (Nicholus & Leuner, 1999; ชไมพร จินต์คณาพันธ์ , 2543) การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984; ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) พฤติกรรมสุขภาพ (Steele & Mcbroom, 1972)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยบางส่วนที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกมาในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด ซึ่งตามแนวคิด Lazarus และ Folkman (1984) บุคคลมีการตัดสินเหตุการณ์ไปทางที่ดี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกและความเข้มแข็งอดทนซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายในที่สำคัญในการเผชิญความเครียดจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวที่เหมาะสมส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

3.1 **ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง**

แนวคิดเกี่ยวกับความเข็มแข็งอดทนนี้ มีการศึกษาครั้งแรกโดย Kobasa (1979) ซึ่งได้ตั้งข้อสังเกตว่า การที่บุคคลประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงใกล้เคียงกัน บางรายสามารถผ่านพ้นภาวะนั้นได้โดยไม่เกิดความเจ็บป่วยในขณะที่บางคนกลับมีอาการเจ็บป่วยนั้น Kobasa พบว่า การที่บุคคลมีความเครียดในระดับสูง แต่ยังมีภาวะสุขภาพที่ดีนั้น มีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่าง ไปจากผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงที่เกิดมีความเจ็บป่วยตามมา และเรียกลักษณะดังกล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) โดย Kobasa ใช้แนวคิดแบบอัตถิภวนิยม (Existentialism) มาเป็นแนวทางในการศึกษาความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิง ซึ่งแนวคิดแบบอัตถิภวนิยมนี้เน้นว่าวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างคงที่ตลอดเวลาแต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเลือกของแต่ละบุคคล โดยที่มนุษย์แต่ละคนนั้นจะเป็นผู้กำหนดความสุข ความทุกข์ หรือความสำเร็จของสิ่งต่าง ๆด้วยตนเอง โดยที่ลักษณะทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมเป็นเพียงส่วนประกอบเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลสามารถนำความเข้มแข็งอดทนมาใช้ให้เกิดการพัฒนาและนำไปสู่การเจริญเติบโตต่อไป

ความหมาย

Kobasa (1979 cited in Pollock & duffy, 1990) ให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนว่า เป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่สามารถช่วยให้บุคคลยังดำรงภาวะสุขภาพไว้ได้ แม้เมื่อเผชิญกับความเครียดในระดับสูง โดยลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่น หมายถึง ความสามารถรู้สึกถึงความเกี่ยวพันในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆในชีวิต 2) ความมีอำนาจควบคุม หมายถึง ความเชื่อในความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ที่ประสบ และ3) ความท้าทาย หมายถึง การคาดหมายการเปลี่ยนแปลงว่า เป็นสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นและก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Kobasa เป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตและสังคม ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Pollock & duffy, 1990)

ต่อมา Lazarus และ Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนว่าเป็นปัจจัยภายในของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับตนเองหรือความรู้สึกเชื่อมั่นในอำนาจที่สามารถควบคุมหรือเอาชนะสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นความรู้สึกไม่มั่นคง หรือความอ่อนแอต่ออันตรายได้

ดังนั้น Pollock (1989) จึงได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related hardiness) ขึ้นมาจากการผสมผสานระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม แนวคิดการเผชิญความเครียด แนวคิดการปรับตัวและกิจกรรมเกี่ยวกับพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น Pollock (1989) จึงได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึง ลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคลที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้คงอยู่ในภาวะปกติหรือรักษาภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้แบ่งความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง ความรู้สึกของการควบคุมหรือเอาชนะเหตุการณ์ที่ประสบ หรือความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลที่จำเป็นต่อการประเมินและการตีความหมาย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดด้านสุขภาพหรือผลกระทบด้านสุขภาพที่เหมาะสม

2. ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง สมรรถนะการกระตุ้นและการให้แรงบันดาลใจของบุคคล ในการประเมินและการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะนำไปสู่การทำกิจกรรมที่เหมาะสมต่อสุขภาพเพื่อจัดการหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ

3. ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health –related challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพซ้ำเหมือนสิ่งกระตุ้นและมีประโยชน์แฝงอยู่และ

เป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนจะมีทั้ง 3 ลักษณะผสมผสานกัน

ในขณะที่ Craft (1999) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนว่า เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤติ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในภาวะปกติได้ แต่ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงอาจมีมุมมองเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนต่อการเจ็บป่วยแตกต่างไปจากเพศชาย Craft จึงได้นำแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ ไปศึกษาความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของเพศหญิง (Feminine hardiness) ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการวิจัยทางคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงปริมาณ ได้พบว่าคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้เพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจัดการกับตนเองในขณะที่มีความเจ็บป่วยได้ คือ ความเข้มแข็งอดทน ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทน แต่ละด้านจะประกอบไปด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การเกิดแรงขับภายใน (Internal dimension) การแสดงออก (Manifestations) และผลลัพธ์ (Outcomes)

ด้านที่ 1 คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) เป็นแรงขับภายในที่เกิดจากความต้องการของบุคคลอื่น ทำให้เพศหญิงเห็นความสำคัญของตนเองต่อบุคคลหรือสิ่งรอบข้าง ได้แก่ สามี บุตร งานหรือชุมชน เป็นผลทำให้เพศหญิงมั่นใจว่าตนเองมีเป้าหมายหรือภาระที่จะต้องทำให้สมบูรณ์ การแสดงออกถึงความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การดูแลตนเอง (Care for self) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย (Meaningful activities) และความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ (Striving for normalcy) การดูแลตนเอง เป็นการที่เพศหญิงจะเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองก่อนเพื่อให้ตนสามารถอยู่ดูแลคนที่ตนเองรักต่อไปได้ การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย เป็นการที่เพศหญิงเห็นความสำคัญ และเห็นคุณค่าของงานหรือภาระที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นการที่เพศหญิงมองว่าการที่ติดเชื้อเอชไอวี นี้ถ้าตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จะทำให้ผู้อื่นและตนเองมองว่าตนเองไม่ใช่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การตัดสินใจ (Determination) และความแข็งแกร่งภายในตนเอง (Inner strength) การตัดสินใจเป็นการที่เพศหญิงมองว่าตนเองจะต้องต่อสู้กับความเจ็บป่วยนี้ต่อไปไม่ยอมแพ้ ความแข็งแกร่งภายในตนเองเป็นการที่เพศหญิงยอมรับว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้รู้สึกเข้มแข็งและแข็งแกร่งขึ้น

ด้านที่ 2 คือ ความสามารถอดทน (Ability to endure) เป็นความสามารถที่ทำต่อไปได้ ถึงแม้จะมีเหตุการณ์รุนแรง โดยที่ไม่เกิดความท้อแท้ มีแรงขับภายในคือการยอมรับความเป็นจริง (Acceptance of reality) เป็นการที่เพศหญิงยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ การแสดงออกของความสามารถอดทน ได้แก่ ความอดทนต่อ

ความลำบากด้านร่างกาย (Physically making it through) การพูดกับตนเองในทางบวก (Self talk) การคาดหวังที่เหมาะสม (Appropriate expectations) การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ (Choosing) การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง (Optimism and hope) ความอดทนต่อความลำบากด้านร่างกายและการพูดกับตนเอง เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดแรงผลักให้เพศหญิงสามารถอดทนต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการได้ การคาดหวังที่เหมาะสมการเลือกทำในสิ่งที่ทำได้ เป็นการที่เพศหญิงมองว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึงแม้จะไม่สามารถควบคุมและรักษาให้หายขาดได้ แต่เพศหญิงเชื่อว่าตนเองสามารถเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้ การมองโลกในแง่ดีและมีความหวังเป็นการแสดงถึงการมองสิ่งดีมาแทนสิ่งที่เสียไป การมีความหวังนี้ไม่ใช่เพศหญิงจะทำให้เกิดขึ้นได้เพียงผู้เดียว แต่ยังได้จากผู้ดูแล และบุคลากรทางการสุขภาพ ซึ่งสิ่งต่าง ๆเหล่านี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ของความสามารถที่จะอดทน คือเพศหญิงเกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพ (Altered relationships) การเปลี่ยนแปลงมุมมอง (Change in perspective) และการเติบโตด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Personal growth) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ การเปลี่ยนแปลงมุมมองเป็นการให้ความหมาย และความมีคุณค่าของชีวิตใหม่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองขึ้น เพศหญิงจะรู้สึกว่าตนเองมีการเจริญเติบโตทั้งด้านสังคม จิตวิญญาณ ความเลื่อมใส ศรัทธาทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็งขึ้น

การแสดงออกของความสามารถที่จะอดทนดังกล่าวข้างต้น อาจเรียกได้ว่าเป็นการควบคุมส่วนบุคคล ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับความมีอำนาจที่จะควบคุมที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Kobasa (1979; Kobasa & puccetti, 1987) แต่ Craft (1999) ได้อธิบายว่า การควบคุมส่วนบุคคลของเพศหญิงแตกต่างจากความมีอำนาจควบคุม ในแง่ที่ว่า การควบคุมส่วนบุคคลมุ่งเน้นการเลือกจัดการเกี่ยวกับตนเองในภาวะเจ็บป่วย หรือผลของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Kobasa

การประเมินความเข้มแข็งอดทน

มีเครื่องมือที่ใช้วัดความเข้มแข็งอดทนหลายเครื่องมือ ได้แก่ Composite Hardiness Scale, Abidged Hardiness Scale, Cognitive Hardiness Scale, Health related Hardiness Scale ของ Pollock และ Duffy (1990) เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งอดทนที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ โดยลักษณะของความมุ่งมั่น ความมีอำนาจในการควบคุม และความรู้สึกท้าทาย ได้รับการตั้งคำถามจากการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเหมาะที่จะใช้วัดบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย

Health Related Hardiness Scale ที่ใช้วัดความเข้มแข็งอดทน พัฒนามาจากแนวคิดความเข้มแข็งอดทนของ Kobasa แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา การปรับตัว และพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่แบบวัดความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วยข้อความใน 3 ด้าน คือ ความมุ่งมั่น ความมี

อำนาจในการควบคุม และความรู้สึกท้าทาย โดยมีคำถามทั้งหมด 34 ข้อ เป็นแบบประเมินค่ามีคำตอบเป็นทางเลือก 6 ระดับ มีเกณฑ์ในการประเมินโดยค่าคะแนนสูงแสดงว่า มีความเข้มแข็งอดทนสูง คะแนนต่ำแสดงว่ามีความเข้มแข็งน้อยหรือไม่มี

อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งอดทน ตามแนวคิดของ Pollock (1989) ไม่ได้เน้นเฉพาะสำหรับผู้หญิง ดังนั้น Craft (1999) จึงได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งอดทนในมุมมองเพศหญิงขึ้น และได้มีการสร้างแบบประเมินในเชิงปริมาณโดย เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และพันทวี เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) ซึ่งผู้วิจัย ได้นำเครื่องมือวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย และคณะ, (2544) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับภาวะสุขภาพ

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ผลจากการติดเชื้อเอชไอวี ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเปลี่ยนแปลงไปมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น มีลักษณะบุคลิกภาพที่คล้าย ๆกัน คือ มีความมุ่งมั่น ความสามารถในการควบคุม และความท้าทาย (Lambert & Lambert, 1987) ดังที่พบจากรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนกับภาวะสุขภาพ ดังนี้

Solomon และคณะ, (1987) ศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาเปรียบเทียบการรายงานภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี มีความเข้มแข็งอดทนเฉพาะด้านความสามารถในการควบคุมสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความสามารถในการควบคุมนี้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเข้มแข็งอดทน ที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Kobasa (1979) ที่พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งอดทนด้านความสามารถในการควบคุมระดับต่ำมักจะรู้สึกว่า ตนเองหมดพลังความสามารถ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียด แต่ไม่สามารถที่จะตัดสินใจหรือปรับแก้กับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้ลดลงได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมา

Lee (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในผู้ใหญ่ที่อาศัยในชนบท พบว่า ความเข้มแข็งอดทนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย แต่เมื่อพิจารณารายด้านของความเข้มแข็งอดทนพบว่า เฉพาะด้านความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความมุ่งมั่นและด้านความท้าทายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

Nicholus และ Leuner (1999) ซึ่งได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความเข้มแข็งอดทนกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน พบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

3.2 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสื่อกลางที่ช่วยเหลือบุคคลให้สามารเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายสังคม (Social network) ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ฯลฯ อย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียด ทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) ได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมโดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่นความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าอบอุ่นและปลอดภัย และเป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆรวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นด้วย และ Weiss ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ

1) การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึงการมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความคิดกำลังใจและกำลังบุคคล เกิดความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา ขาดคนเห็นใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่นให้เจริญเติบโตหรือสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4) การได้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) หมายถึง การได้รับความเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมซึ่งเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกไร้ประโยชน์

5) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

Cobb (1976: 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้กำลังใจให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันธุ์ซึ่งกันและกัน ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer และคณะ (1981: 385-386) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือเป็นข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และการบริการ

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิกิริยาทางสังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง เกิดความรัก ความผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลมีกำลังใจมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

House (1985 cite in Weinert, 1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าหมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหาซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ โดยประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับความรักความห่วงใย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ การเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเหมือนการเสริมแรงทางสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) เป็นพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือโดยตรงกับพฤติกรรมของบุคคล

Pender และคณะ (2006: 226-228) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแล ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่าง ๆที่เป็นประโยชน์ตลอดจนข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการได้รับจากกลุ่มคนในระบบของสังคม โดย Pender ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวและญาติพี่น้อง โดยถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญมากที่สุด มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก

2. การสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงกับผู้ป่วยได้ง่าย

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา (Organized religious support system) เป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตต่าง ๆ

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized professional support system) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างแรกที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญในกรณีที่การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized self-help support groups) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆในชีวิต

จากแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความไว้วางใจจากสังคม เกิดความภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความมุ่งมั่นอดทนในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และบริการตามความต้องการของบุคคลเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาและประเมินตนเองทำให้เกิดความมั่นใจ แต่ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดประสิทธิภาพเมื่อสามารถตอบสนองความต้องการให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหา ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1969) ซึ่งครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สร้างและพัฒนาขึ้นมาตามคำนิยามและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Brown (1986) ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ชื่อว่า The Support Importance Scale ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 45 ข้อ และต่อมาได้ตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ จึงลดข้อคำถามเหลือเพียง 11 ข้อ และเปลี่ยนชื่อเครื่องมือชุดนี้เป็น The Support Behavior Inventory

Brandt และ Weinert (1981) ได้พัฒนาเครื่องมือ The Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งประเมินเกี่ยวกับ ความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับ

โอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น การได้รับการยอมรับ และการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ ถูกนำมาแปลและปรับปรุงโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2532)

Cronenwett (1985) ได้พัฒนาเครื่องมือ Social Network Inventory ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

Logsdon และ คณะ (1994) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) และ Cronenwett (1985) ออกเป็น 4 หมวดใหญ่ ๆ ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน และได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมขึ้น เรียกว่า Postpartum Support Questionnaire (PSQ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 8 ระดับ ภายหลังลดลงเหลือ 5 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Weiss (1974) มาสร้างเป็นเครื่องมือในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง เพราะมีความครอบคลุมถึงความเป็นองค์รวม เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) คือการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง เกิดความรักความผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีกำลังใจ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Lazarus & Folkman, 1984; Weiss cited in Lazarus, 1984; บุษดี ศรีคำ, 2546) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ช่วยส่งเสริมการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (Cohen & Wills, 1985: 67-85)

Cohen และ Will (1985: 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น วิตกกังวล เครียดและซึมเศร้า ภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีนี้จะมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีระวิทยา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย หรือมีพฤติกรรมทำให้

เกิดโรคและเสียชีวิตได้มากขึ้น ซึ่งเขาได้อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ไว้ 2 ประเด็น คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ดีและมีอารมณ์มั่นคง และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆดีขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของปัญหาลงได้

2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อมคือดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด บุคคลจะมีการปรับตัวต่อภาวะเครียดตามขั้นตอนของกระบวนการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียดหรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยจะป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้ว่าตนเองด้อยค่า ในบุคคลที่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลประเมินความเครียดใหม่ และช่วยยับยั้งพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี หรือช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ (Gottlieb, 1983)

Lindsey, Dodd และ Chen (1985 อ้างถึงใน วิราช เกษอุดมทรัพย์, 2546: 59) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และการปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

Pender และคณะ (2006: 226-228) ได้สรุปประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้ดังนี้ 1) ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง และทำให้บุคคลนั้นมีสวัสดิภาพ 2) ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต 3) ช่วยรับรองยันยืนว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม และ 4) ช่วยลดผลที่ได้รับในด้านลบ เช่น ลดเหตุการณ์ที่ตึงเครียดโดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์และ การตอบสนองทางอารมณ์ นอกจากนี้ ยังช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดี คือ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลควรได้รับโดยการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เสมือนกันชนต่อปัญหาต่าง ๆ (Aneshesel, 1992) ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดของบุคคล เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมี

ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพตามมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยดังต่อไปนี้

มณฑนา เจริญผล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยบางประการ ได้แก่ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลทางลบต่อสุขภาพ

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ (2538) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคที่มารับการตรวจที่คลินิกเปลี่ยนไตโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 45 คน พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต

ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความเข้มแข็งอดทนกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาหรือภาวะสุขภาพของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์

ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือการป่วยเป็นเอดส์ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แยกตัวออกจากสังคม การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกที่เป็นตราบาป แรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระยะการปรับตัวและยอมรับความจริงเร็วขึ้น ซึ่งจะเกิดภายหลังจากระยะที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจมาก่อน และการได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้ปรับตัวจนยอมรับความจริงนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะหาทางในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยจะเริ่มตั้งเป้าหมายในชีวิตยอมรับว่าตนติดเชื้อ และมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน จึงแสวงหาแนวทางปฏิบัติเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีของตนต่อไป (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; บุษดี ศรีคำ, 2546)

3.3 การเผชิญความเครียด (Coping)

ความเครียดเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (Mind) ที่เชื่อกันว่าความรู้สึกหรืออารมณ์มีผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วยทางกายได้ โดยแนวคิดเรื่องความเครียดถูกนำมาเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยได้ 3 ประการ (Anderson, 1995) ได้แก่

1. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วย (Stress as a cause of illness) โดยที่ความเครียดทางจิตใจมีผลโดยตรงต่อระบบการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะระบบของฮอร์โมน

2. ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Illness as a stress)

3. ความเครียดกับการลดลงของความเจ็บป่วย (Stress and the reduction of morbidity) การลดความเครียดช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้อีก ทั้งนี้การลดระดับความเครียดจะช่วยลดการเร้าทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีผลช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อันจะมีผลต่อความเจ็บป่วยได้

ในภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความเครียดหรือเพื่อลดความรุนแรงของความรู้สึกเครียด การต่อสู้ที่ทำให้บุคคลพร้อมจะเผชิญกับภาวะที่ทำให้เครียดเรียกว่า การเผชิญความเครียด

ความหมายของการเผชิญความเครียด

Garland & Bush (1982: 6) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด คือกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผย และไม่เปิดเผยหลายลักษณะ โดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

Lazarus และ Folkman (1984: 141) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลาเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและ/หรือภายนอกร่างกายหลังจากประเมินแล้วว่าต้องใช้กำลังความสามารถหรือแหล่งทรัพยากรมากกว่าที่มีอยู่ตามปกติ

Burckhardt (1987: 543) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะควบคุมความเครียดของบุคคล เมื่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองแบบอัตโนมัติหรือที่กระทำเป็นประจำไม่สามารถควบคุมได้

Luckmann & Sorensen (1987: 42) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด คือวิธีการที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียด โดยการผสมผสานประสบการณ์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ค่อยเป็นค่อยไป และมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

Yager (1989) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นการใช้ความพยายามทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินกว่าแหล่งประโยชน์ธรรมดาของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียด บุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินในสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผน ตัดสินใจได้

Ignatavicius และ Bayne (1991: 92) กล่าวถึงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดว่า เป็นกิจกรรมต่าง ๆตามความนึกคิดหรือการกระทำซึ่งบุคคลใช้จัดการกับความเครียด

Miller (1992: 20) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด คือการจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือ ความรู้สึกผิด

ดังนั้นการเผชิญความเครียดจึงหมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยวิธีการต่าง ๆซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม บรรเทา หรือจัดการกับความเครียดหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman

Lazarus และ Folkman (1984: 150-155) กล่าวว่าการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ในการที่จะจัดการกับความต้องการและความขัดแย้งที่เฉพาะเจาะจง บุคคลจะมีการประเมินการตัดสินใจ 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์มี 3 ระยะ คือ

1. 1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญาความรู้ประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1.1 ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนหรือกระทบต่อความผาสุก

1.1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น และสามารถหันเหความสนใจไปเรื่องอื่นได้

1.1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียดหรือผลไม่ดีกับตนเอง (Stressful) คือความที่บุคคลนั้นพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่มีอยู่ โดยการประเมินความเครียดมี 3 ลักษณะคือ

- เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) เนื่องจากมีบางสิ่งบางอย่างเป็นผลกระทบจากสถานการณ์ และปรากฏผลให้เห็นแล้ว เช่นบุคคลได้รับอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ จะประเมินว่าเกิดความเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง

- ภาวะคุกคาม (Treat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือ มีการสูญเสียเกิดขึ้น ลักษณะที่พบคือการแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบ เช่น กลัว วิตกกังวล หรือโกรธ ในบางกรณีบุคคลอาจประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย และภาวะคุกคามร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยซึ่งถูกตัดขา นอกจากประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง และทำให้สูญเสียขาไปแล้วยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อหน้าที่การงานและศักยภาพของชีวิตในอนาคตด้วย

- การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ได้ หรืออาจมีผลประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีความกระตือรือร้น ตื่นเต้น ตลอดจนมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

1.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีเผชิญความเครียดซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามความต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดเดิมที่ผ่านมา การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆกัน

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงการประเมินจากสถานการณ์ครั้งแรก ๆ โดยใช้ความรู้ข่าวสารใหม่ที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อมและ/หรือจากบุคคลโดยใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือการเกิดปัญหาซ้ำ

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539: 109; Ignatavicius และBayne,1991: 90-92) ดังนี้

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

2. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลทั่วไปจะรู้สึกว่าเหตุการณ์ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอนจะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

4. ระยะเวลาของเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับของความเครียด เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นเวลาต่อเนื่องกัน

ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล

1. ข้อผูกพัน (Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

2. ความเชื่อ (Belief) และความสามารถทางสติปัญญา ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ท้าทายความสามารถของตน

รูปแบบของการเผชิญความเครียด

หลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆเพื่อจัดการกับความเครียดนั้นและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆที่เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

1.การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) คือการจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด มีลักษณะการแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือมีการกำหนดปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆวิธี โดยพิจารณาถึงผลดีผลเสีย แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินการแก้ปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ เป็นต้น (Lazarus & Folkman , 1984: 152)

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional focus coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

2.1 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น

2.2 รูปแบบที่ใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้รูปแบบนี้ใช้ไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์หรือสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง ได้แก่ การตำหนิ หรือกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตนเอง

2.3 รูปแบบอื่น ๆซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหา ได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่าง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบนี้อาจให้ผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรงต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ หรืออาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่เป็นปกติ และถือเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพราะในระยะนี้ผู้ที่เจ็บป่วยมักจะสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้ การปฏิเสธอาจช่วยทำให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธอยู่ตลอดเวลาก็จะเกิดผลเสียและทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอื่นๆ ที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยอมรับความจริงจนหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้นถือว่าเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Beare & Myers, 1994: 44; สมจิต หนุเจริญกุล, 2539: 110)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

การประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการทางความคิด เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติการณ์เผชิญปัญหา ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่อาจเป็นทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสามารถสรุปเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Lazarus & Folkman , 1984: 157-164)

1. ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ได้คาดคิดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจเผชิญความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลาย ๆเรื่อง แม้ว่าจะมีความรุนแรงน้อยกว่า หรือบุคคลหนึ่งอาจสามารถทนหรือต้านทานต่อความเครียดที่รุนแรงแต่มีระยะเวลาสั้น มากกว่าความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าแต่มีระยะเวลาที่ยาวนานเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากในภาวะเรื้อรังบุคคลต้องใช้พลังงานในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจและทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นอีกได้ง่ายจากสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ซึ่งถ้าความเครียดหรือปัญหามีทั้งความรุนแรงและเรื้อรัง บุคคลมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างถาวร ในภาวะโรคเรื้อรังมักทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลง

2. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะนำรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหาซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ (Ignatavicius และBayne, 1991: 92) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตมักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย (Robert, 1987: 103)

3. อายุจะมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่นในวัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด

4. ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยเกี่ยวข้องได้เหมาะสมตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือ ผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowice, 1988: 14)

5. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่จะนำเอาประสบการณ์ สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนหาทางเลือกที่เหมาะสม

6. ทักษะทางสังคม เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่หรือบทบาทในสังคม ทักษะทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญความเครียด ซึ่งจะชี้ถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็นขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้มีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ปัญหา

7. ภาวะสุขภาพและพลังงาน ถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

8. ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความเชื่อในทางที่ดี เช่นเชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ เชื่อและศรัทธาต่อแพทย์ ตลอดจนแผนการรักษาว่ามีประสิทธิภาพ เชื่อในความยุติธรรม หรือพระเจ้า จะทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญความเครียดได้ แต่ความเชื่อบางอย่าง เช่น เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษของพระเจ้า จะทำให้บุคคลนิ่งเฉย ไม่ยอมคิดหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อควบคุมหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น หรือความเชื่อซึ่งมาจากการอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังค่านิยมบางอย่าง อาจส่งผลให้บุคคลไม่กล้าที่จะกระทำหรือแสดงความรู้สึกออกมาตามความต้องการ เนื่องจากเกรงว่าอาจถูกประณามหรือว่ากล่าว เช่น ไม่กล้า

ยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งมีความเต็มใจ เพราะกลัวถูกกล่าวหาว่าไร้ความคิดหรือหมดหนทางช่วยเหลือตนเองเป็นต้น

9. การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะได้รับในรูปของความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนและให้กำลังใจหรือสิ่งของ ความช่วยเหลือและความร่วมมือต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด

10. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือกและมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลซึ่งขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก (Lazarus & Folkman, 1984, 164)

ในทัศนะของ Beare และ Myer (1994: 43) การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพคือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลสามารถขจัดหรือบรรเทาความเครียดได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ แม้จะทำให้ความเครียดลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานมากเกินปกติ และการดุด่าเกรี้ยวกราดผู้อื่นเป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นได้อย่างหนึ่งว่ามีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

การประเมินการเผชิญความเครียด

มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดไว้มากมายดังนี้

1.แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire : WCQ) ของLazarus และ Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปีค.ศ. 1976–1977 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่าง และ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน มีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และFolkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) นำมาแปลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยอย่างดี จำนวน 1 คน แปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบ

ให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และได้ทดสอบความเที่ยง โดยไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค .81 หลังจากนั้นปองลดา พรหมจันทร์ (2542) นำมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค .90

2. แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scale) ซึ่ง Jalowiec, Murphy และ Powers (1984) ได้สร้างเครื่องมือ Jalowiec coping scale เมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง Jalowiec และ Powers นำมาใช้ครั้งแรกในปีค.ศ.1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 ได้มีการค้นพบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และในปี ค. ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อที่ตัดออก เนื่องจากไม่จัดอยู่ใน การเผชิญความเครียดแบบใด

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน เช่น หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ที่นำมาแปลและดัดแปลง หลังจากนั้นสุขุมาล ต้อยแก้ว (2540) นำมาปรับข้อความเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากน้อยที่สุดให้ 1คะแนน ไปจนถึงบ่อยที่สุด ให้ 5 คะแนน ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค .72 นอกจากนี้ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำมาแปลโดยวิธีการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยแล้วแปลภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 คน แต่ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .86

3. แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies Questionnaire: CSQ) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel และ Keefe (1983 cite in Wegmann, 1992) ในปีค.ศ.1983 ใช้วัดกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วย ปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด เครื่องมือนี้นิยมใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง และมีการปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell โดย Gil และคณะ (1989 cited in Thompson, 1992) ซึ่งเพิ่มการเผชิญความเครียดอีกด้านหนึ่ง คือ กลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านสรีรวิทยา และได้ทำการทดสอบเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือความพยายามในการขจัดความเครียด (Coping attempts) และการใช้ความคิดในทางลบหรือการจัดการกับความเครียดทางอ้อมหรือการนิ่งเฉย (Negative thinking/passive adherence) และการทดสอบความตรงรวมเข้า (Convergent validity) กับแบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด ของ Rosenstiel และKeefe พบว่ามีความสัมพันธ์

4. แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionmaire : MCEQ) ซึ่ง McNett (1987) กล่าวว่าแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นปี ค.ศ.1984 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด 14 ข้อ เช่น รู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทดีในเวลากลางคืน ให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น

ในการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman ฉบับแปลโดย สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้ รวมทั้งสิริลักษณ์ ก็ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการตรวจสอบความตรง และค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพ

ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอและหมดหวังย่อมเผชิญความเครียดได้ยากกว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (Lazarus & Folkman, 1984: 159) ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งแสดงถึงความสำเร็จของการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง ในขณะเดียวกัน การเผชิญความเครียดมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้วย Lazarus กล่าวว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนเหล่านั้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่ง Selye (1976) ให้เหตุผลว่าการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและ

ฮอร์โมนต่าง ๆในภาวะเครียด เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกลาส (Glas cited in Jalowiec, Murphy & Powers, 1984: 159) ที่พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคคลที่มีบุคลิกภาพเอาจริงเอาจังเกินไป(ชนิด A)นั้น มักจะมีอัตราเสี่ยงของโรคหัวใจโคโรนารีสูง ซึ่งเป็นตัวอย่างของผลกระทบในทางเสื่อมของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเฉพาะแบบต่อภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ กนกพร หมู่พยัคฆ์ (2533) ทำการศึกษาและรายงานว่า ปัจจัยจากแบบแผนพฤติกรรม (ชนิด A) ของบุคคลมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีได้ เนื่องจากพฤติกรรมชนิดนี้ประกอบด้วยความก้าวร้าว การต่อสู้ชิงดีชิงเด่น อิจฉาริษยา ตลอดจนมีความแข้งกร้าวรุนแรง ไม่มีการยืดหยุ่น หากบุคคลมีพฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Lazarus และ Folkman ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์บางอย่าง เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ จะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และเป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984: 216) นอกจากนี้การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงอันเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ อาจทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพได้ ซึ่ง Katz และคณะ (cited in Lazarus & Folkman, 1984: 217) ยกตัวอย่างให้เห็นในสตรีที่มีก้อนเต้านม และใช้รูปแบบของการปฏิเสธว่าไม่เป็นอะไรมาก เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ช้าเกินไป จนอาการของโรคลุกลามรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยดังต่อไปนี้

Gass และ Chang (1989) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพราก การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นหม้าย จำนวน 159 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นม่ายส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากจากคู่สมรสที่เสียชีวิตว่า เป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือเป็นภาวะคุกคาม กลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นภาวะคุกคามมีคะแนนเฉลี่ยของความผิดปกติของสุขภาพกายและจิตสังคมสูงกว่า กลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่ท้าทายและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

Burk & Flaherty (1993: 7-13) ศึกษาวิธีเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมจำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือ การควบคุมตนเอง ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด คือหลีกเลี่ยง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงบ่อยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนของสุขภาพทางกาย และร้อยละ 20 มีความแปรปรวนของสุขภาพจิต

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนทางความคิดหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม บรรเทา หรือขจัดภาวะคุกคามหรือความเครียด ซึ่งจะกระทำหลังจากผ่านการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็น

ความเครียดหรือปัญหา โดยอาจเกิดในลักษณะอันตรายหรือการสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือ การท้าทาย การประเมินสถานการณ์เป็นกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการผสมผสานหรือความสมดุลระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลสำเร็จของการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลดำรงความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความหวังมีขวัญหรือกำลังใจ ขจัดความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ และดำรงภาวะสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มณฑนา เจริญผล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยบางประการ ได้แก่ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลทางลบต่อสุขภาพ

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ (2538) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคที่มารับการตรวจที่คลินิกเปลี่ยนไตโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 45 คน พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต

อัปสร รังสิปราการ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม จำนวน 143 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล

ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความเข้มแข็งอดทนกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์

บังอร เหลื่อมเจริญ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง จำนวน 60 คน พบว่าการให้ความหมาย และความคาดหวังหลังผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการปรับผ่าน และการรับรู้ความสามารถของร่างกาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียงได้

ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 130 คน พบว่าการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแต่การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ (2549) ได้ศึกษาความเครียดจากบทบาทหน้าที่ การเผชิญปัญหา และปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้

Steele และ Mcbroom (1972) ได้ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติการในรูปแบบต่าง ๆของพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,243 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพและ เพศ เชื้อชาติ การศึกษาและรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเป็นส่วนใหญ่

Folkman และคณะ (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินปฐมภูมิ การประเมินทุติยภูมิ การเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพทางกายกับอาการแสดงทางจิตวิทยาของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ พบว่า การประเมินปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยาและภาวะสุขภาพทางกาย การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง การถอยห่าง การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การหลีกหนีหรือเลี่ยงปัญหา และการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยา ส่วนการวางแผนแก้ไขปัญหา การถอยห่าง การควบคุมตนเอง การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาและการหลีกหนีหรือเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยส่วนบุคคล คืออำนาจในการควบคุมและความไว้วางใจ การประเมินปฐมภูมิและการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการแสดงทางจิตวิทยาได้ร้อยละ 43 โดยมีความสามารถ

ในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 17 และ 9 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพทางกายได้

Haley และคณะ (1987) ได้ศึกษาการประเมินตัดสิน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และผลของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 52 คน พบว่า การประเมินตัดสินและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผลของการปรับตัวนี้วัดจากภาวะซึมเศร้าความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

Gass และ Chang (1989) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพราก การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นหม้าย จำนวน 159 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นม่ายส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากจากคู่สมรสที่เสียชีวิตว่า เป็นสิ่งที่ท้าทายมากกว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือเป็นภาวะคุกคาม กลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นภาวะคุกคามมีคะแนนเฉลี่ยของความผิดปกติของสุขภาพกายและจิตสังคมสูงกว่า กลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย งานวิจัยดังกล่าวยังพบว่า การประเมินตัดสินมีผลทางตรงและทางอ้อมต่อความผิดปกติของภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลทางตรงต่อการประเมินตัดสินและความผิดปกติของภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคม

Burk & Flaherty (1993: 7-13) ศึกษาวิธีเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมจำนวน 130 คน กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน รวม 5 แห่ง อายุระหว่าง 75–96 ปี ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ผลการศึกษาพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือการควบคุมตนเอง ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด คือหลีกเลี่ยง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงบ่อยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนของสุขภาพทางกาย และร้อยละ 20 มีความแปรปรวนของสุขภาพจิต

Lough (1996) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุในเขตชุมชน โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผลการวิจัย พบว่าหญิงสูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 20 คน สุขภาพพอใช้ 23 คน สุขภาพไม่ดี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 43, 49 และ 8 ตามลำดับ และผลการวิจัยยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

Healther และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงโดยได้ศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 20 คน พบว่า บุคคลในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด โดยยังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มบุคคล

ใดก็ตามมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่หากบุคคลใดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามหากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลตามมา โดยภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเป็นส่วนใหญ่

Duck (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 133 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่ระดับความเครียดยิ่งมากเท่าไหร่ก็จะเกิดผลกระทบหรือผลเสียต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากเท่านั้น ซึ่งตรงกันข้ามกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีความมั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

Nicholus และ Leuner (1999) ซึ่งได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

Carteen (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในชาวอเมริกัน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้ โดยพบว่า ปัจจัยในส่วนของรายได้ อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มักให้ความสนใจ ใส่ใจในสุขภาพของตนเอง เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็มีความมั่นใจในการมารับบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดผลด้านดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

House และคณะ (1994) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยทางด้านเพศ รายได้ ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ระดับที่สูงจะทำให้ได้รับการตอบสนอง ได้รับการเอื้อประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตตามมา ส่วนในด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง รวมทั้งศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจากความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกนิรนามของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Throndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ $N \geq 10K + 50$

โดยที่ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง; K = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

แทนค่าในสูตร $N \geq (10 \times 4) + 50 = 90$

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 90 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ (20–59 ปี) ที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย

3. ยินดีเปิดเผยตัวกับผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคัดเลือกสถานที่ศึกษา เนื่องจากประชากรเพศหญิงในชุมชนภาคใต้มีลักษณะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน (เยาวนิจ กิตติธรกุล, 2546: 9) หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ส่วนมากเป็นแม่บ้านและติดเชื้อเอชไอวีจากสามี (สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547) ซึ่งตรงกับลักษณะตัวอย่างที่ต้องการศึกษามากที่สุด ส่วนในสังคมเมืองหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมาจากหลากหลายอาชีพ หลายวัฒนธรรม มีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน การเลือกสถานที่ศึกษาใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อของจังหวัดในภาคใต้มาจับฉลากคัดออก 1 จังหวัด (ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา, จังหวัดปัตตานี, จังหวัดนราธิวาส เนื่องจากขณะทำวิจัยกำลังเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ ซึ่งไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและ

ทรัพย์สินของผู้ทำวิจัยได้ และจังหวัดพัทลุง ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการทดสอบแบบสอบถาม) ซึ่งจังหวัดที่ได้รับการคัดออก คือ จังหวัดระนอง หลังจากนั้นนำรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนแต่ละจังหวัดทั้งหมดในภาคใต้ มาทำฉลากหมายเลขใส่ในกล่องแยกตามจังหวัด และผู้วิจัยจับฉลากแบบไม่แทนที่ขึ้นมาจังหวัดละ 1 โรงพยาบาล จนกระทั่งครบทั้ง 9 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแห่งละ 10 คน (ตารางที่ 1) ด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือการรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 รายชื่อโรงพยาบาล แต่ละจังหวัดที่ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวน
จังหวัดชุมพร	รพ. พะโต๊ะ	10 คน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	รพ. พระยุพราชเวียงสระ	10 คน
จังหวัดนครศรีธรรมราช	รพ. เชียรใหญ่	10 คน
จังหวัดตรัง	รพ. นาโยง	10 คน
จังหวัดกระบี่	รพ. คลองท่อม	10 คน
จังหวัดพังงา	รพ. ท้ายเหมือง	10 คน
จังหวัดภูเก็ต	รพ. ป่าตอง	10 คน
จังหวัดสตูล	รพ. ท่าแพ	10 คน
จังหวัดสงขลา	รพ. สะทิงพระ	10 คน
รวม		90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้ (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี การมีบุตร โดยลักษณะของแบบสอบถามด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จะเป็นแบบปลายเปิด ส่วนสถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา การมีบุตร เป็นแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงของ เบญจมาภรณ์

จันทโรทัย (2544) ซึ่งเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย สุจิตรา เทียนสวัสดิ์และพันทวี เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Craft (1999) มีจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ครอบคลุม 2 ด้าน คือ

1) ด้านความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย โดยความมุ่งมั่นมีเป้าหมายประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-12 แบ่งเป็นแรงขับภายใน 4 ข้อ การแสดงออก 6 ข้อ และผลลัพธ์ 2 ข้อ ข้อคำถามของแรงขับภายในของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมายทุกข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลอื่น การแสดงออกของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 2 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย 2 ข้อ และความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ 2 ข้อ ผลลัพธ์ของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจและความแข็งแกร่งภายในตนเองอย่างละ 1 ข้อ

2) ด้านความสามารถที่จะอดทน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 13-26 แบ่งเป็นแรงขับภายใน 2 ข้อ การแสดงออก 7 ข้อ และผลลัพธ์ 5 ข้อ แรงขับภายในของความสามารถที่จะอดทนทุกข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการยอมรับความจริง การแสดงออกของความสามารถที่จะอดทน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความอดทนต่อความลำบากด้านร่างกายและการพูดกับตนเอง อย่างละ 1 ข้อ การคาดหวังที่เหมาะสม 2 ข้อ การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ 1 ข้อ และการมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง 2 ข้อ ผลลัพธ์ของความสามารถที่จะอดทน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ 2 ข้อ การเปลี่ยนแปลงมุมมอง 2 ข้อ และการเติบโตด้านจิตวิญญาณ 1 ข้อ

การให้คะแนนลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนลิเคิต (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน) จนถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ)

การแปลความหมายจากคะแนนรวมทั้งหมด พิจารณาแบ่งระดับใช้ช่วงคะแนน (5 – 1) ÷ 3 = 1.33 เป็นความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ต่ำ, กลาง และ สูง ดังนี้

ความเข้มแข็งอดทนต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1 - 2.33 หรือ 26 – 60.7 คะแนน

ความเข้มแข็งอดทนปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หรือ 60.8 – 95.4 คะแนน

ความเข้มแข็งอดทนสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หรือ 95.5 – 130 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน 5 ด้าน ด้านละ 2 ข้อ ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคม

หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ข้อคำถามมีความหมายด้านบวกทั้งหมด

การให้คะแนนลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนลิเคิต (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่มี หมายถึง ท่านรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลย) จนถึง 5 (มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด)

การแปลความหมายจากคะแนนรวมทั้งหมด พิจารณาแบ่งระดับใช้ช่วงคะแนน (5 – 1) ÷ 3 = 1.33 เป็นการสนับสนุนทางสังคม ต่ำ, กลาง และ สูง ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หรือ 1 – 16.7 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หรือ 16.8 – 33.4 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หรือ 33.5 – 50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ดัดแปลงแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดจาก The Ways of Coping Questionnaire ของ Lazarus และ Folkman (1984) ฉบับแปลโดยสิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) จำนวน 50 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นการเผชิญความเครียด 2 วิธีคือ ก.การเผชิญหน้ากับปัญหาจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 13, 21, 26 และ ข้อ 37 และ ข.การวางแผนแก้ไขปัญหา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 20, 30, 39, 40, และข้อ 43

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็นการเผชิญความเครียด 6 วิธี คือ ก. การประเมินค่าใหม่ทางบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 18, 23, 28, 29, 45และข้อ 48 ข.การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 19, 22 และข้อ 42 ค.การควบคุมตนเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 10, 27, 34, 44, 49 และข้อ 50 ง. การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 14, 17, 24, 33, และข้อ 36 จ. การถอยห่างหรือการเมินเฉย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 8, 9, 11, 16, 32, และข้อ 35 และข้อ ฉ. การเลี่ยงหนีปัญหา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46 และข้อ 47

การให้คะแนนลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนลิเคิต (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยใช้เลย หมายถึง ท่านที่ไม่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด) จนถึง 4 (เคยใช้ประจำ หมายถึง ท่านที่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดประจำ)

แปลความหมายจากคะแนนรวมทั้งหมด พิจารณาแบ่งระดับใช้ช่วงคะแนน (4 – 1) ÷ 3 = 1 เป็นระดับการเผชิญความเครียด ต่ำ กลาง และสูง ดังนี้

ใช้การเผชิญความเครียดต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หรือ 1 – 66.6 คะแนน

ใช้การเผชิญความเครียดปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หรือ 66.7 – 133.2 คะแนน

ใช้การเผชิญความเครียดสูง คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หรือ133.3 - 200 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินผลลัพธ์การปรับตัวหรือภาวะสุขภาพจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ของชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) จำนวนทั้งหมด 41 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม 13 ข้อ ด้านขวัญและกำลังใจ 17 ข้อ ด้านภาวะสุขภาพกาย 11 ข้อ

แบบสอบถามภาวะสุขภาพ มีข้อความด้านบวกและด้านลบดังนี้

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 18, 21, 23, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 41

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 9, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 39, 40

การให้คะแนนลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนลิเคิต (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย) จนถึง 5 (มากที่สุด หมายถึง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด) และข้อที่มีด้านลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม

แปลความหมายจากคะแนนรวมทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงพิจารณาแปลผลจากค่าเฉลี่ย ตามที่เสนอโดย ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) โดย ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 2.5 แสดงว่า มีภาวะสุขภาพไม่ดี และค่าเฉลี่ยสูงกว่า 2.5 แสดงว่า มีภาวะสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามภาวะสุขภาพ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้

และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 2 ท่าน

2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด จำนวน 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสตรี จำนวน 2 ท่าน

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.84, 0.90, 1.00, 0.85 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญความเครียดและแบบสอบถามภาวะสุขภาพ ที่ผ่านการปรับปรุงและการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพัทลุง ได้แก่ รพ.เขาชัยสน, รพ.ตะโหมด, รพ.บางแก้ว จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปและหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ได้ผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 90)
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง	.88	.91
การสนับสนุนทางสังคม	.84	.86
การเผชิญความเครียด	.91	.91
ภาวะสุขภาพ	.89	.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คนร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกนิรนามแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นัดหมายกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกนิรนามแต่ละโรงพยาบาล พร้อมสำเนาที่ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลที่ส่งถึงผู้อำนวยการ พร้อมระบุหมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยหัวหน้าคลินิกนิรนามเป็นผู้แนะนำผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและเป็นผู้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวอีกครั้งพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นใคร เพราะในแบบสัมภาษณ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วย แบบสอบถามจะเก็บแยกจากใบเซ็นยินยอมแล้วเก็บใบเซ็นยินยอมไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกและจะทำลายเมื่อผู้วิจัยทำการวิจัยเสร็จแล้ว ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธในการให้ข้อมูลก็ได้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยต้องผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งหนังสือ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำการวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกนิรนาม ในขั้นตอนดำเนินการจริงผู้วิจัยทำการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คนเป็นเวลา 1 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยนัดหมายกับหัวหน้าคลินิกนิรนามแล้วไปพบกลุ่มตัวอย่างโดยหัวหน้าคลินิกนิรนามเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทั้งนี้หัวหน้าคลินิกนิรนามจะเป็นผู้ขออนุญาตผู้ป่วยในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ก่อน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้า

ร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น (ภาคผนวก ค) ในระหว่างที่ทำแบบสอบถาม หากไม่ประสงค์จะตอบข้อคำถามอีกต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แบบสอบถามทั้งหมดมีความสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 100

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาให้คะแนนตามกำหนด แล้วนำมาบันทึกโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

3. หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่าเครื่องมือทั้งหมดมีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (ตารางที่ 1)

4. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนทำการวิเคราะห์ โดยจากการตรวจสอบข้อมูลข้อตกลงเบื้องต้นบางประการของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติดังกล่าว (ภาคผนวก ง)

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) วิเคราะห์จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

5.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบ (t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้

ค่า r	การแปลผล
เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 และสูงกว่า .90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
เมื่อ r = .70 ถึง .89	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
เมื่อ r = .30 ถึง .69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
เมื่อ r = .29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

5.2.2 วิเคราะห์ความสามารถของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Simultaneous model หรือ Enter) ซึ่งได้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์สมการนั้นและอิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัวแปร เมื่อคำนึงว่าตัวแปรทุกตัวแปรอยู่ในสมการพร้อมกัน ซึ่งเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีที่ต้องการสำรวจความสัมพันธ์เชิงทำนายในกลุ่มตัวแปร โดยอาศัยกรอบทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่มีอยู่ช่วยในการเลือกตัวแปรและจัดกลุ่มตัวแปร แต่ไม่บ่งชี้ลักษณะความสัมพันธ์เชิงทำนาย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยทดสอบค่า F รวม (Overrall F test) จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) และใช้สถิติทดสอบ t ในการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยทดสอบว่าค่า Beta ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรตาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง และศึกษาความสามารถของตัวแปรในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 90 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงวัยผู้ใหญ่ (20–59 ปี) ที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีแล้วอย่างน้อย 1 เดือน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านเขียนภาษาไทยได้ ที่มารับบริการ ณ คลินิกนิรนามของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้จำนวน 9 แห่ง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญความเครียดและแบบสอบถามภาวะสุขภาพ รวมจำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 132 ข้อ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30–45 นาที ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ตอนที่ 4 ความสามารถของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในการร่วมกันการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 34.60 ปี (SD=6.23) โดยมีอายุต่ำสุด 21 ปีและสูงสุด 49 ปี อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31–40 ปี (ร้อยละ 58.89) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 5.06 ปี

(SD=3.09) ส่วนใหญ่จะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3–7 ปี (ร้อยละ 62.22) และยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ทราบผลการติดเชื้อมาแล้วมากกว่า 7 ปี (ร้อยละ 28.88) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 51.11) และรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 3,718.89 บาท/เดือน (SD=2,372.54) โดยต่ำสุด คือ ไม่มีรายได้เลย และรายได้สูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 10,000 บาท ส่วนระดับการศึกษาอยู่ในช่วง 0–16 ปี ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 6.06 ปี (SD=0.85) คือ ประมาณระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.55)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และพิสัยของอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	$\overline{X}$	SD	ร้อยละ	Range
อายุ (ปี)	34.60	6.23	-	21 – 49
20 – 30 ปี	-	-	16.67	-
31 – 40 ปี	-	-	58.89	-
41 – 50 ปี	-	-	24.44	-
ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ (ปี)	5.06	3.09	-	1 - 14
< 3 ปี			8.89	
3 – 7 ปี			62.22	
> 7 ปี			28.89	
รายได้ (บาท)	3,718.89	2,372.54	-	0 – 10,000
$\leq$ 4,000 บาท	-	-	51.11	-
4,001 – 8,000 บาท	-	-	38.89	-
8,001 – 10,000 บาท	-	-	10.00	-
ระดับการศึกษา (ปี)	6.06	0.85	-	0 – 16
ประถมศึกษา	-	-	65.56	-
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	-	-	34.44	-

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.5) รองลงมามีสถานภาพหม้าย, หย่า, แยก ร้อยละ 41.1 และสถานภาพโสด เพียง 4 คน (ร้อยละ 4.4) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45.60) รองลงมาคือ เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 33.30) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 18.90) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.11) รองลงมาคือนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 14.45) และในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร ร้อยละ 91.11

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ (n=90)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.สถานภาพสมรส		
โสด	4	4.40
คู่	49	54.50
หม้าย, หย่า, แยก	37	41.10
2. อาชีพ		
ค้าขาย	2	2.20
แม่บ้าน	30	33.30
เกษตรกรรม	17	18.90
รับจ้าง	41	45.60
3. ศาสนา		
พุทธ	73	81.11
อิสลาม	13	14.45
คริสต์	4	4.44
4. มีบุตร	82	91.11

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง (n=90)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง	ระดับ
ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงโดยรวม	**3.87**	**.53**	**1 - 5**	**2.81 - 4.90**	**ดี**
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	3.83	.59	1 – 5	2.46 - 4.85	ดี
ด้านขวัญและกำลังใจ	3.68	.68	1 – 5	2.12 - 4.94	ดี
ด้านสุขภาพทางกาย	4.10	.56	1 - 5	2.73 - 5.00	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีโดยมีค่าคะแนนระหว่าง 2.81–4.90 คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.87 (SD=.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับดีทุกด้าน เรียงจากคะแนนสูงสุดไปหาคะแนนต่ำสุด คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และ ด้านขวัญและกำลังใจ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.10 (SD=.56), 3.83 (SD=.59) และ 3.68 (SD=.68) ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง และระดับ ของ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง (n=90)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง	ระดับ
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงโดยรวม	4.52	.54	1 - 5	2 - 5	**สูง**
ความมุ่งมั่นมีเป้าหมาย	4.6	.60	1 - 5	2 - 5	สูง
ความสามารถที่จะอดทน	4.4	.64	1 - 5	2 - 5	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.80	.68	1 - 5	1.80 - 5.00	**สูง**
การเผชิญความเครียดโดยรวม	2.69	.44	1 - 5	1.47 - 3.70	**กลาง**
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	2.75	.48	1 - 5	1.50 - 3.75	กลาง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	2.64	.43	1 - 5	1.45 - 3.74	กลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีคะแนนความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD=.54) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงด้านความมุ่งมั่นมีเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.6 (SD=.60) และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงด้านความสามารถที่จะอดทนมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.4 (SD=.64) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (SD=.68) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีคะแนนการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.69 (SD=.44) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงใช้การเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกันโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.75 (SD=.48) และ 2.64 (SD=.43) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ของ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง (n=90)

ตัวแปร	ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง	การสนับสนุนทางสังคม	การเผชิญความเครียด	ภาวะสุขภาพ
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง	1.00			
การสนับสนุนทางสังคม	.54**	1.00		
การเผชิญความเครียด	.22*	.30**	1.00	
ภาวะสุขภาพ	.43**	.51**	.52**	1.00

*p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.43, .51 และ .52 ตามลำดับ p<.05)

ตอนที่ 4 ความสามารถของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE.b	Beta	t
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง	.18	.40	.19	1.91*
การสนับสนุนทางสังคม	.23	.10	.29	2.91**
การเผชิญความเครียด	.01	.00	.40	4.60**
Constant = 1.08 R = .66 R^2 = .43 F = 21.65**				

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.00 โดยการเผชิญความเครียด มีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ดีที่สุด (Beta=.40) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม (Beta=.29) และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้น้อยที่สุด (Beta=.19)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง และเพื่อศึกษาความสามารถของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกนิรนามของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978: 184) สุ่มโรงพยาบาล 9 แห่ง แห่งละ 10 คน ได้จำนวน 90 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 (ร้อยละ 58.88) ซึ่งเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์และเป็นวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติ (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2543: 3) ซึ่งตรงกับกองระบาดวิทยา (2549) ส่วนใหญ่ทราบการติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3–7 ปี (ร้อยละ 62.22) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.55) และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 51.11) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.50) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45.60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.11) และมีบุตร (ร้อยละ 91.11)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงด้วยการทดลองใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.84 ถึง 0.91 และหลังจากนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 90 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.86 ถึง 0.92 ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2550 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่า แบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตอบอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้

โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .52, .51 และ .43 ตามลำดับ p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) พบว่า การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.00 โดยการเผชิญความเครียดมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ดีที่สุด (Beta=0.40) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.29) และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ต่ำสุด (Beta=0.19)

ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ผลการศึกษาภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =3.87, SD=.53) แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีนั้น อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 21–49 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีวุฒิภาวะสมบูรณ์แข็งแรงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเอดส์ที่รุนแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบสูงในด้านบทบาทหน้าที่ คือ การดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูบุตร เพราะผู้หญิงในสังคมไทยถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดูแลครอบครัว ในฐานะลูกต้องดูแลพ่อแม่ ฐานะภรรยาต้องปรนนิบัติสามี ฐานะแม่ต้องเลี้ยงดูลูก ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้อยู่ในสภาวะของผู้ให้บริการสุขภาพของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ไม่ว่าผู้หญิงคนนั้นจะอยู่ในสภาพที่พร้อมหรือไม่พร้อมก็ตาม ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นโดยสัญชาตญาณ ความพึงพอใจ และโดยพัฒนกิจ (Development task) ของความเป็นมนุษย์และอิตถีเพศของผู้หญิงเอง (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542: 453-485) ทำให้ต้องปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบดังกล่าวให้ดี เกิดความกดดันให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้การดูแลเอาใจใส่ตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมายและพยายามดำเนิน

ชีวิตตามปกติ ตัดสินใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเพื่อคนที่ตนรักต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545: 49) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.60 รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่า

การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.52$, $p<.05$) กล่าวคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่มีวิธีการใช้การเผชิญความเครียดที่ดี จะมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Folkman (2000) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และ Selye (1956) ให้เหตุผลว่า การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆในภาวะเครียด เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า โดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน แต่มากน้อยแตกต่างกันและเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมิน โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดระดับต่ำอาจเลือกใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์แทน และเวลาที่ผ่านไปทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง เนื่องจากมีโอกาสที่ได้แสวงหาข้อมูล ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจปัญหาของตนเองตรงกับความเป็นจริง โน้มนำให้มีการใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับสิริลักษณ์ วรรธนะพงศ์ (2539) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกวิธี แต่จะเลือกใช้แต่ละวิธีเป็นบางครั้งในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยการเผชิญความเครียดที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้มากที่สุด คือการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gass และ Chang (1989) ที่ศึกษา การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นหม้าย พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ การศึกษาของ Simoni และ Peterson (1997) และ Strivastava (1991) พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดทางบวก

เช่น วิธีการแก้ปัญหา การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การหาข้อมูลเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ หรือ well being ในทางตรงข้ามการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา ได้แก่ การปฏิเสธหรือการระงับความรู้สึกจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ ส่วน Burk & Flaherty (1993: 7-13) ศึกษาวิธีเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือการควบคุมตนเอง ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุด คือ หลีกเลี่ยง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงบ่อยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546: 76) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโรคจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจาก ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรัง และรุ่งทิพย์ เป้าตุ่น (2547: 115) ที่พบว่า การเผชิญความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .51$, $p < .05$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น ได้รับความรัก ความห่วงใย มีคนรับฟังความคิดเห็น ยอมรับและเห็นคุณค่า หรือได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ความสนใจ ทำให้มีความพึงพอใจ ซึ่งการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักในคุณค่าตนเอง Cohen และ Wills (1985: 6) กล่าวว่า บุคคลที่มีอารมณ์มั่นคงจะทำให้การทำงานของระบบประสาทต่อมไร้ท่อหรือภูมิคุ้มกันดีขึ้น ส่งผลถึงความมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ วิราช เกษอุดมทรัพย์ (2544: 73) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน และตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546: 76) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโรคจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ House (2001) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล จากการที่การสนับสนุนทางสังคม ช่วยในการป้องกันและดูดซับความเครียดให้ลดลงได้ การศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$, $p < .05$) กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่มีความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูง จะมีภาวะสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากความเข้มแข็งอดทนเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยเป็นแรงขับสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีความมุ่งมั่นที่จะสร้างความแข็งแกร่งภายในตนเองขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สามี บุตร บิดามารดาหรือญาติพี่น้องคนอื่น ๆ โดยการที่คอยดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย และพยายามดำเนินชีวิตไปตามปกติ เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ดูแลบุตร สามี หรือบิดามารดา ภาระและหน้าที่ในความรับผิดชอบเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเกิดกำลังใจไม่ท้อถอย มีความเข้มแข็งอดทนที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ทำให้มาดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเคร่งครัด (ระวีวรรณ พิไลยเกียรติ, 2546: 87) บางรายต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อต้องการเห็นความสำเร็จของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การได้เห็นบุตรเจริญเติบโตแข็งแรง และสำเร็จการศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงยังเป็นแรงขับภายในที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ยอมรับความจริงกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้โดยมีความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรักษา พยายามมองโลกในแง่ดี การพูดกับตนเองในทางบวกว่าต้องยืนหยัดต่อสู้กับความเจ็บป่วยนี้ให้ได้ การคาดหวังว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะไม่เลวร้ายไปกว่านี้ การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ และการมีความหวังว่าการแพทย์คงมีการค้นพบวิธีการรักษาโรคนี้ให้หายได้ (Craft,1999) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลทำให้ผู้ติดเชื้เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง สามารถอดทนและเผชิญปัญหาต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสามารถจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับชีวิตตน (Pollock, 1989) เพื่อให้ตนเองดำรงอยู่ในภาวะปกติและส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไปนาน ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 65-77) กล่าวว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และหากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ หรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และ Topf (1989) ได้อธิบายว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงจะมีความเครียดทางจิตใจน้อยและมีภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทน จะมีการรับรู้เหตุการณ์ในทางบวก และสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ และในบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงพอ ๆกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูง จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และดึงแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อลดความเครียดและป้องกันภาวะเจ็บป่วยได้ดีกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nicholas (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำ แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งอดทน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนใน

ทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีนุช ธรรมวัฒน์ (2542: 33) ที่ศึกษาความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูงจะมีการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าสมบูรณ์เต็มที่ รวมทั้งผลการศึกษาของ ปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545: 52) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี และฉลาด แสงอาทิตย์ (2546: 63) ที่ศึกษาความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งภาวะสุขภาพกายและการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นส่วนประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต

สมมติฐานข้อ 2. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 43.00 ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

การเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ (Beta=.40, $p < .05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่มีการใช้การเผชิญความเครียดดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และสนับสนุนแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ภาวะสุขภาพถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกาย บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอและหมดหวังย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้ยากกว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งแสดงถึงความสำเร็จของการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง ในขณะเดียวกัน การเผชิญความเครียดมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้วย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนเหล่านั้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่ง Selye (1976) ให้เหตุผลว่าการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียด เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ (2549: 11) ที่ได้ศึกษา ความเครียดจากบทบาทหน้าที่ การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล พบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมสามารถทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาลได้ เช่นการศึกษาของ House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่

ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่วน Carteen (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในชาวอเมริกัน พบว่า บุคคลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ แก้ปัญหาโดยการตัดสินใจมารับบริการทางการแพทย์ จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ (Beta =.29, p <.05) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 245–246) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต เป็นตัวดูดซับความเครียดและช่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ (Cohen & Wills, 1985: 311) มีความมั่นคงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิต ช่วยส่งเสริมสุขภาพและขวัญและกำลังใจ (Melvin & Sweeney, 1992) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมให้ดีขึ้น (Cobb, 1976) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความคิด กำลังใจ เกิดความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน และ การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงสามารถมีอารมณ์ที่มั่นคง ยืนหยัดต่อสู้กับโรคต่อไปได้ (สิริอร สินธุ, 2542 อ้างในเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544: 50) ซึ่งระบบครอบครัวจะเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส (McElveen, 1978: 320; Brown, 1986: 4) เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ และช่วยสร้างความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 1995: 224-226) ส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Frank, et al., 1992 cite in Hupcey & Morse, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Healther และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง พบว่า บุคคลในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด โดยยังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มบุคคลใดก็ตามมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่หากบุคคลใดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามหากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลตามมา ส่วน บังอร เหลื่อมเจริญ (2545) พบว่า

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียงได้ และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เช่นกัน

ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ผลการวิจัยพบว่ามีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ (Beta=.19, p <.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 65-77) กล่าวว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม หากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ หรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986: 90; 1989: 53; Pollock and Duffy, 1990: 218) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะมีโครงสร้างส่วนบุคคลที่แตกต่างจากบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และโครงสร้างส่วนบุคคลที่แตกต่างนี้คือความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะที่ดีส่วนบุคคลหรือเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และ Craft (1999) พบว่าคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้เพศหญิงจัดการกับตนเองในขณะที่มีความเจ็บป่วยได้ คือ ความเข้มแข็งอดทนเป็นความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทน เป็นแรงขับภายในที่เกิดจากความต้องการของบุคคลอื่น ทำให้เพศหญิงเห็นความสำคัญของตนเองต่อบุคคลหรือสิ่งรอบข้าง ได้แก่ สามี บุตร งานหรือชุมชน เป็นผลทำให้เพศหญิงมั่นใจว่าตนเองมีเป้าหมายหรือภาระที่จะต้องทำให้สมบูรณ์ การแสดงออกถึงความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ และอดทนต่อความลำบากด้านร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยมองว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึงแม้จะไม่สามารถควบคุมและรักษาให้หายขาดได้ แต่เพศหญิงเชื่อว่าตนเองสามารถเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและมีชีวิตอยู่ได้ สอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาภาวะสุขภาพในมุมมองของการปรับตัวได้แก่การศึกษาของ ศรัญญา เบญจกุล (2538) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี ได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนิตยา คงชุม (2539) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัดได้ร้อยละ 19 ส่วนลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และสามารถพยากรณ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม ได้ร้อยละ 38 รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก

และสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาวะสุขภาพกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ เป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าว พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง การจัดการศึกษา และการวิจัย ดังนี้

1. ในการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง พยาบาลควรมีการประเมินการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงแต่ละราย และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มองเห็นความสามารถของตนเองและกล้าที่จะเผชิญความเครียดต่างๆ นำแหล่งประโยชน์ที่มี เช่น ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวมาช่วยชี้นำ และสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีความสุข ความพอใจในชีวิต สร้างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ เสริมสร้างพลังทางบวกที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไปได้

2. เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในคลินิกนิรนาม ดังนั้น คลินิกนิรนามควรหาแนวทางและวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงให้สามารถมีชีวิตอยู่กับการเป็นโรคเอดส์ได้อย่างปกติสุข และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ นอกจากการให้การพยาบาลที่เป็นกิจวัตรของคลินิก เช่น

2.1 ส่งเสริมให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง เรียนรู้แนวทางการเผชิญความเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ โดยการให้คำแนะนำ ปรึกษา แก่แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม เช่น สามี บุตร ญาติพี่น้อง ให้ตระหนักถึงบทบาทความสำคัญของตนในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง หรือมีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงแต่ละคนได้พูดคุย ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิด ความรู้สึกภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงด้วยกันเอง เป็นแนวทางในการสร้างเป้าหมายความหวัง และก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น

2.2 การให้โปรแกรมช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง สามารถนำไปสู่การทำใจได้โดยเร็ว เช่น การใช้โปรแกรม Relaxation training มีเป้าหมายทำให้จิตใจสงบ มีโอกาสพัก คลายความเครียด สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตน ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีสติ คิดไตร่ตรองวิเคราะห์สถานการณ์ชีวิตของตน อาจมองเห็นทางเลือกหรือทางออกให้กับชีวิต และคิดวางแผนอนาคต ทำใจยอมรับกับชีวิตปัจจุบัน นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีได้

2.3 การให้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงเป็นการเสริมสร้างและพัฒนาแรงจูงใจให้ริเริ่มที่จะเรียนรู้และคิดหาวิธีที่จะสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นทำให้มองเห็นทางออกและตัดสินใจกระทำในสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเองเป็นแนวทางทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีความมั่นใจและรับรู้ว่าตนยังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึงการพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงโดยเฉพาะ ให้มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงอย่างครอบคลุม ทั้งด้านกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งวิธีการประเมินการเผชิญความเครียดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยมีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป เช่น จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง หรือสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งอดทนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้มองเห็นความสามารถของตนเอง

2. จัดให้มีสถานที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่มารับบริการในโรงพยาบาลโดยเฉพาะและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเพศหญิง

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรมีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ให้นักศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ที่นักศึกษาควรนำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพนี้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง นอกจากปัจจัย การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้ร้อยละ 43 ส่วนที่เหลือไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกพร หมู่พยัคฆ์. (2533). ความเครียดกับโรคหัวใจโคโรนารี. **วารสารการพยาบาล มหิดล** 8(1): 11–19.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). **การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤตยา อาชวนิจกุล, และพิมพวัลย์ บุญมงคล. (2539). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข** 4(1): 3-8.

กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). **รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำเดือนกันยายน 2549.**

จามจุรี แซ่หลู่. (2543). **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546). **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชไมพร จินต์คณาพันธ์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความเข้มแข็ง อดทน กับผลลัพธ์การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชลิตา สุขวรรณ์. (2546). ผู้หญิงกับเอดส์. **วารสารพยาบาลกองทัพบก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร** 12(3): 11–15.

ฐาปนพร สิงหโกวิทย์. (2546). **คู่มือให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก.** ศูนย์อนามัยที่ 12 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, บังอร ศิริโรจน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, สมมาตร พรหมภักดี, ศศิธร ไชยประสิทธ์ และวรรณา จารุสมบูรณ์. (2536). **ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์หญิง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.

ตวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2537). เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการติดเชื้อHIV. **หมอชาวบ้าน** 9(8): 522–528.

นิภา นิธิยายน. (2530). **การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2532). **ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา คงชุม. (2539). **บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, ศุภาว์ เผือกเทศ, และชลลดา จันทร์ขาว. (2544). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี. **วิทยาสารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 6(3): 174-185.

แน่งน้อย ย่านวารี, อรัญญา เชาวลิต และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 13(4): 20-26.

บังอร เหลื่อมเจริญ. (2545). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2544). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2547). **การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปSPSS for Window Version 10-12.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

บุษดี ศรีคำ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2544). **ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปานจันทร์ จ่างแก้ว. (2545). **การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยรัตน์ นิลอัยกา. (2537). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มณฑนา เจริญกุศล. (2534). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวนิจ กิตติธรกุล. (2546). **ผู้หญิงชาวบ้านภาคใต้ในกระแสการพัฒนา**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 โดยคณะกรรมการสภาการวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. 19 – 20 ธ.ค. 2546.

ยอดยิ่ง เทพธรานนท์. (2544). **เชื้อเอชไอวีและโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง**. ศูนย์วิจัยแบคทีเรียและไวรัส. กรุงเทพมหานคร: มหาชัย.

ระวีวรรณ พิไลยเกียรติ. (2546). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตรน์ตนา อ้นภู. (2545). **ความเข้มแข็งอดทน ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชิยา ยลพันธ์. (2546). **ปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิภาดา คุณาวิกติกุล, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และนงค์คราญ วิเศษกุล. (2549). ความเครียดจากบทบาทหน้าที่ การเผชิญปัญหาและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล. **พยาบาลสาร** 33(2): 1-15.

วิราช เกษอุดมทรัพย์. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การปรับตัว และภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัลลภา ครุฑแก้ว. (2540). **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2543). การใช้ชีวิตอยู่กับการปกปิดของมารดาไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี. **วารสารการพยาบาล** 15(2): 52-65.

วรรณี กัณฐมาลากุล. (2541). พยาธิกำเนิดของการติดเชื้อเอชไอวี. ใน จันทพงษ์ วะสี, บรรณาธิการ. **การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัย**, กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.

วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และ พูนทรัพย์ โสภารัตน์, บรรณาธิการ. (2537). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุ การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรัณญา เบญจกุล. (2538). **บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ. (2543). **การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล**. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2539). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พริ้นติ้ง.

สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์. (2539). **วิถีการปรับแก้และปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุขุมาล ต้อยแก้ว. (2540). **การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยเชียงใหม่.

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์. (2538). **การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.

สุนีย์ สุนทรมีเสถียร. (2548). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทผู้ป่วย และการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 23(2): 37–47.

สุนทรี แรงกุศล. (2541). **ผู้หญิงกับการจัดการปัญหาเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการมิตรภาพหญิงอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาเทคโนโลยีสังคม คณะเทคโนโลยีและสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก.

สุพรรณี สุมเล็ก, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, ผ่องสาย จูงใจไพศาล และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2548). คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 28(1): 21–31.

สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2547). **ความเป็นหญิงและชายและมิติทางเพศ: สุขภาพการเจริญพันธ์ของหญิง**. คณะพยาบาลศาสตร์สงขลานครินทร์ สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สุรีพร ธนศิลป์. (2538). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสรี พงศพิศ. (2540). **เพื่อนชีวิตใหม่**. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, กรุงเทพมหานคร: การศาสนา.

หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัปสร รังสิปราการ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุไร นิโรธนันท์, อติพร สำราญบัว และสุพัตรา เลิศทรัพย์อำไพ. (2546). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ** 19(3): 29–41

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2542). ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัณหจริยา, และศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: เจนเดอร์ เพรส.

ภาษาอังกฤษ

Abularach, S., & Anderson, J. (2000). Gynecologic problems. In J. Anderson (ed.), **A guide To the clinical care of women with HIV**, pp. 149-305. Washington D.C: U. S. Government.

Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Therapy and research. **Annual Review of Sociology** 18: 15–38.

Anderson, S. E. H. (1995). Personality, appraisal, and adaptation outcomes in HIV seropositive Men and woman. **Research in Nursing and Health** 18(4): 303–312.

Alexander, L. L., LaRosa, J. H., & Bader, H. (2001). **New dimensions in women's Health**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Beare, P. G., & Myers, S. L. (1994). **Adult health nursing**. St. Louis: C. V. Mosby.

Boddy, J. (1985). **Health: Perspectives and practices**. Palmerston North: Dunmore Press.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (981). The PRQA Social support measure. **Nursing Research** 30(September – October): 277– 280.

Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. **Nursing Research** 35(1): 4-9.

Burckhardt, C. S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. **Nursing Clinics of North America** 22(3): 543–549.

Burke, M., & Flaherty, M. J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritic woman. **Journal of Advance Nursing** 19: 7-13.

Byers, P. H. (1993). Hardiness and social support in human immunodeficiency virus. **Applied Nursing Research** 6(3): 132-136.

Carson, V. B., & Green, H. (1992). Spiritual well being: A predictor of hardiness in patient with Acquired immunodeficiency sysdrom. **Journal of Professional Nursing** 8(4): 203-220.

Carteen, E. A. (2001). Factors affecting health status in african Americans living with HIV/AIDS. **AIDS Patient Care and STDS** 15(6): 331–338.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 300–314.

Cohen, S., & Wills, T. S. (1985). Stress social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98 (September): 310–357.

Cooper, C. L., & Faragher, E. B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: The interrelationship between stress events coping strategies and personality. **Psychological Medicine** 23: 653.

Coward, D. D. (1994). Meaning and purpose in lives of persons with AIDS. **Public Health Nursing** 11(5): 331–336.

Craft, C. A. (1999). A conceptual model of feminine hardiness. **Holistic Nursing Practice** 13(3): 25-34.

Duck, et al. (1998). Relationship of social support to stress reponse and function in healthy and asthmatic adolescents. **Reseach in Nursing & Health** 21(1): 117-128.

Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. **Journal of Personality and Social Psychology** 52 (June): 343-353.

Garland, M. L., & Bush, C. T. (1982). **Coping behavior and nursing**. Atlanta: Reston.

Gass, K. A., & Chang, A. S. (1989). Apprasial or Bereavement Coping Resources and Psychosocial Health Dysfunction in Widow and Windowers. **Nursing Research** (January – February): 31-36.

Gosselink, C. A., & Myllykangas S. A. (2007). The Leisure Experiences of older U.S. women living with HIV/AIDS. **Health Care for Women Intervention** 28: 3-20.

Gottlieb, H. B. (1983). The nature of social support and its health impact. **Socail Support Strategies**. Vol. 7, London: Sage.

Filla, S., & Jones, L. C. (1991). Familys of children with development disabilities: An examination of family hardiness. **Research in Nursing and health** 14 (1): 41-50.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruan, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal coping health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Psychology** 50: 571–579.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotional In A. Monat & R. S. Lazarus (eds.), **Stress and coping an anthology**. 3rd ed. New York: Columbia University Press.

Haley, W. E., Levine, S. A., Brown, S. L. & Bartolucci, A. A.(1987). Stress, Appraisal, Coping and Social Support as Predictors of Adaptation Outcome Among Dementia Caregivers. **Psychological Aging**. 2(December): 323-330.

Hays, R. B., Turner, H., & Coates, T. J. (1993). Social support, AIDS-Related symptoms, and Depression among gay men. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 60(3): 463–469.

Heather, F., et al. (1997). Social networks of woman caregivers. **Public Health Nursing** 14(1): 20–27.

House, J. S. et al. (1994). The social stratification of aging and health. **Journal of Health and Social Behavior** 35(2): 213-234.

House, J. S. et al. (2001). Understanding social factor and inequalities in health: 20 Century Progress And 21st Century Prospects. **Journal of Health and Social Behavior** 43: 125-142.

Hupcey, J. E., & Morse, J. M. (1995). Family and social support: Application to the critical patient. **Journal of Family Nursing** 1: 257-270.

Ignatavicius, D. D., & Bayne, M. V. (1991). **Medical-surgical nursing a nursing Process approach.** Philadelphia: W. B. Saunders.

Insel, P. M., & Roth, W. T. (1985). **Core concepts in health**. California: Mayfield.

Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In Waltz, C. F. & Strickland (Eds.), **Measurement of nursing outcomes**. New York: Springer.

Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of The Jalowiec coping scale. **Nursing Research** 33: 157–161.

King, B. (1993). **AIDS/HIV and Mental Health**. London: Cambridge.

Kobasa. S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry to hardiness. **Journal of Personality and Social Psychology** 37(1): 1-11.

Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. (1987). Personality process and individual differences: Personality and social resources in stress resistance. **Journal of Personality And Socail Psychology** 45: 839–850.

Lazarus R. S. & Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. **American Psychologist**. 55: 65–73.

Lee, H. J. (1992). Relationship of hardiness and current life events to perceived health in rural adults. **Research in Nursing & Health** 14: 351-359.

Lockner, J. A. (1999). Social support, personal hardiness and psychosocial development associated with successful aging. (Doctoral dissertation, Adler School of Professional Psychology, 1999). **Dissertation Abstract International** 59(07): 3700.

Lough, M. A. (1996). Health and social support among older in congrerate housing. **Public Health Nursing** 13(1): 434-441.

Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (1987). Psychosocial impacts created by chronic illness. **Nursing Clinics of North America** 22(3): 527–533.

Luckmann, J., & Sorensen, K. C. (1987). **Medical surgical nursing**. Philadelphia: W. B. Saunders.

McElveen, P. M. (1978). Social net work. In D. C. Longo and R. A. Williams (eds.), **Clinical practice in psychosocial nursing: Assessment and intervention**, pp. 319–338. New York: Applyton-Century Crofts.

McNett, S. C. (1987). Social support, threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. **Nursing Research** 36(2): 98–103.

Melvin, W. J., & Sweeney, T. J. (1992). A holistic model wellness and prevention over the life apan. **Journal of Consulting & Development** 71: 140-148.

Metcalfe, K. a., Langstaff, J. E., Evans, S. J., Peterson, H. M., & Reid, J. L. (1998). Meeting the needs of woman living with HIV. **Public Health Nursing** 15(1): 30–34.

Miller, J. F. (1992). **Coping with Chronic Illness OvercomingnPowerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis.

Nicholus, P. K. (1993). Hardiness, self care practices and perceived health status in oldle adults. **Journal of Advanced Nursing** 18(7): 1085-1094.

Nicholus, P. K., & D'Meza Leuner, J. K. (1999). Hardiness, Social support, and Health status : Are there differences in older African - American and Anglo-American adults?. **Holistic Nursing Practice** 13(3): 53-61.

Nokes, K. M. (1992). HIV infaction in women. In J. H. Flaskerud & P. J. Unguaski (Eds.), **HIV/ AIDS: A guide to nursing care**, pp.375-395. Philadephia: W. B. Saunders.

Orem, D. E. (1991). **Nursing Concepts of Practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. (1995). **Nursing Concepts of Practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. (2001). **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). **Health promotion in Nursing practice**. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Pollock, S. E., & Duffy, M. E. (1990). The Health Related Hardiness Scale: Development and psychometric analysis. **Nursing Research** 39(July-August): 218-222.

Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: Physiologic and psychosocial. **Nursing Science** 11(2): 53–62.

Roberts, S. L. (1987). A framework for coping with stress and its application in patient care. **Nursing Forum** 23(3): 101-107.

Roy, C. (1984). **Introduction to nursing: An adaptation model**. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health – Relate Functions of Social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4b: 381-406.

Selye, H. (1976). **The stress of life**. New York: McGraw-Hill.

Smith, J. (1981). The Idea of Health: A Philosophical in Quiry. **Advance in Nursing Science** 3: 43-50.

Simoni, P. S., & Peterson, J. J. (1997). Hardiness, coping and burnout in the nursing workforce. **Journal of Professional nursing** 13: 178– 85.

Simmons, S. J. (1989). Health :a concept analysis. **Internal Journal Nursing Student** 26(2): 155-169.

Solomon, G. F., Temoshok, L., O'Leary, A., & Zich, A. J. (1987). An intensive psychoimmunologic study of long – surviving persons with AIDS. **Annals of the New York Academy of sciences** 496: 647–655.

Songwathana, P. (2001). Woman and AIDS caregiving: women's work?. **Health Care for Women International** 22: 263–279.

Strivastava, A. K. (1991). A study of role stress mental relationship as moderated by adopted coping strategies. **Psychological studies** 36: 192–197.

Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). **Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach**, Durham: Duke University Press.

Thompson, R. J., Gil, K. M., Abrams, M. R., & Phillips, G. (1992). Stress, coping and psychological adjustment of adults with Sickle cell disease. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 60: 433–440.

Thorndike. R. B. (1978). **Correlation procedures for research.** New York: Gradney Press.

Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. **Research in Nursing and Health** 12(3): 179-186.

Travellbee, J. (1997). **Interpersonal Aspects of Nursing**. Philadelphia: P. A. Davis Copany.

Wegmann, J. A. (1992). Measuring coping. In M. Frank – Stromborg (ed.), **Instrument for clinical nursing research**. Boston: Jones and Bartlett.

Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36(5): 273–277.

Weiss, R. S. (1969). The fund of sociability. **Trans-Action**, 6(9): 36–43.

Weiss, R. S. (1974). **The Provisions of Social Relationship**. In doing unto other Edited by Rubin, Z. New Jersy: Practice Hall.

Werner. J. S. (1993). Stress and Health outcomes: Synthesis of nursing research. In J. S. Barnfather & B. L. Lyon (eds.), **Stress and Coping: Stage of the Science and Implication for Nursing Theory, Research and Practice,** pp. 65-83. Indianapolis, Indiana: Center Nursing Press of Sigma Theta Tau International.

World Health Organization [WHO]. (2000). **Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted Infactions**. Paper presented at the (8th) National Seminar for AIDS, Impact Maungtongtani, Nontaburi.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวคุณ โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (ลงอายุจริงเป็นปี)
2. สถานภาพสมรส

( ) 1.โสด ( ) 4. หย่า

( ) 2. คู่ ( ) 5. แยกกันอยู่

( ) 3. หม้าย

.

.

.

.

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (นับตั้งแต่ทราบสถานภาพการติดเชื้อ).....ปี

8. การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

( ) 1. เปิดเผย ( ) 2.ไม่เปิดเผย

.

10. ท่านมีบุตรหรือไม่

( ) 1. มี ( ) 2.ไม่มี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่2. แบบวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเติมเครื่องมาย / ลงในช่องว่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
ด้านความมุ่งมั่นมีเป้าหมาย 1.ฉันรู้สึกว่าครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนต้องการให้ฉันมีชีวิตอยู่					
.					
12.ประสบการณ์การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ฉันอดทนและเข้มแข็งขึ้น					
ด้านความสามารถที่จะอดทน 13. ถึงแม้การเจ็บป่วยของฉันจะไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่ฉันเชื่อว่าฉันอยู่กับมันได้					
.					
.					
.					
26. ประสบการณ์เจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ฉันเรียนรู้โลกและชีวิตมากขึ้น					

ส่วนที่3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับระดับของการสนับสนุนทางสังคมหลังจากที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยใส่เครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านให้เลือกตอบได้เพียงช่องเดียว โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อย

ไม่มี หมายถึง ท่านรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.ฉันมีคนที่ใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2.ฉันเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี					
3. ฉันมีคนที่ชักชวนเข้าร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่าง ๆ ด้วย					
4.ฉันมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น					
5.ฉันช่วยเหลือผู้อื่นเสมอเมื่อฉันมีโอกาส					
6.ฉันรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและคนอื่นสามารถพึ่งพาฉันได้					
7.บุคคลรอบข้างให้ความนับถือและให้เกียรติฉัน					
8.มีผู้รับภาระหน้าที่แทนฉัน เมื่อจำเป็น(เช่น เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย)					
9.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ					
10.ฉันมีผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของที่จำเป็นในการใช้ชีวิตประจำวันและเพื่อการดูแลสุขภาพ					

ส่วนที่4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 50 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับการคิดและพฤติกรรมที่ท่านใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เคยใช้เลย หมายถึง ท่านที่ไม่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด

เคยใช้บางครั้ง หมายถึง ท่านที่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด

บางครั้ง

เคยใช้บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านที่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด

บ่อยครั้ง

เคยใช้ประจำ หมายถึง ท่านที่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดประจำ

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้เลย	เคยใช้บางครั้ง	เคยใช้บ่อยครั้ง	เคยใช้ประจำ
1.เมื่อฉันรู้สึกเครียดจากการติดเชื้อ ฉันเอาใจจดจ่อต่อสิ่งที่จะต้องทำต่อไป				
2.ฉันทำในสิ่งที่รู้ว่าแม้จะไม่ได้ผลในการแก้ปัญหา แต่อย่างน้อยที่สุด ฉันก็ได้ลงมือทำ				
.				
.				
.				
.				
.				
50ฉันนำวิธีการแก้ปัญหาของคนที่ฉันชื่นชอบมาเป็นแบบอย่างปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉัน				

ส่วนที่5. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 41 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมสุขภาพของท่านหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

มากที่สุด หมายถึง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก หมายถึง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง หมายถึง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เล็กน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่เลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
การดำรงบทบาททางสังคม 1.ฉันยังสามารถให้การสนับสนุนและช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานได้					
.					
13.ฉันยังสามารถทำกิจกรรมทางสังคมและพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นได้					
ขวัญและกำลังใจ 14.ฉันรู้สึกว่าสถานการณ์ทุกอย่างเลวร้ายลง					
.					
30.ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย					
ภาวะสุขภาพกาย 31.แม้ฉันเจ็บป่วย ฉันก็ยังสามารถทำงานบ้าน เช่น รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน ซักเสื้อผ้าได้เอง					
.					
41.แม้ฉันเจ็บป่วยฉันก็ยังสามารถทำงานอดิเรกที่ฉันชอบได้เช่น ทำสวนครัว ปลูกดอกไม้ เย็บปักถักร้อย เป็นต้น					

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัต	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์	พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
อาจารย์ ชไมพร จินต์คณาพันธ์	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์ปานจันทร์ จ่างแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ 6 อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลสูติศาสตร์และสตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชพิษณุโลก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

เลขที่ ..... ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อนางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง 93130 ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

โทรศัพท์ที่ทำงาน 074 - 691031 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089 - 8701704

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1.โครงการนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ จำนวน 9 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 10 คน (ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดน) ได้แก่ รพ.สะทิงพระ จังหวัดสงขลา, รพ.ท่าแพ จังหวัดสตูล, รพ.นาโยง จังหวัดตรัง, รพ.เชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช, รพ.พระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี รพ.พะโต๊ะ จังหวัดชุมพร , รพ.คลองท่อม จังหวัดกระบี่, รพ.ป่าตอง จังหวัดภูเก็ต, รพ.ท้ายเหมือง จังหวัดพังงา คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ เพศหญิงอายุระหว่าง 20 – 59 ปี รับรู้จากแพทย์หรือพยาบาลว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่มารับการรักษาที่คลินิกนิรนามและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการได้ยินปกติสามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย ยินดีเปิดเผยตัวกับผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. ในแบบสอบถามการวิจัย อาจมีการกระทบกระเทือนทางจิตใจบ้าง ถ้าพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีการกระทบกระเทือนด้านจิตใจผู้วิจัยจะเข้าไปพูดคุยและสอบถามปัญหาหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

3.ผู้วิจัยเข้าพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยนัดหมายกับหัวหน้าคลินิกนิรนามแล้วไปพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยหัวหน้าคลินิกนิรนามเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้หัวหน้าคลินิกนิรนามจะเป็นผู้ขออนุญาตผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ก่อน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของ

เพศหญิง 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด 5) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

4. การตอบแบบสอบถามคาดว่าจะใช้เวลา 30 – 45 นาที

5.ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่เข้าร่วมการวิจัย

6.ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ หลังจากมีการลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) แล้วผู้วิจัยจะจัดเก็บแยกไว้ต่างหากจากแบบสอบถามโดยจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกและมีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงเพียงคนเดียวเนื่องจากใบยินยอมของประชากรตัวอย่างนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เพียงเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายเท่านั้น ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7.กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 90 คน

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทางหมายเลขโทรศัพท์ 089-8701704

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ใบรับรอง **035/2550**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง
RELATIONSHIPS BETWEEN FEMININE HEALTH - RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND HEALTH STATUS AMONG WOMEN WITH HIV/AIDS

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

☑ อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 9 มีนาคม 2550 วันหมดอายุ 9 ตุลาคม 2550

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

การตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 1 ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามควรมีระดับการวัดอย่างต่ำในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่วัดที่อยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) ได้แก่ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ดังนั้นข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 2 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ (Bivariate Normality) โดยดำเนินการตามลำดับขั้นดังนี้

กำหนดสมมติฐานหลัก H_0 : ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

กำหนดสมมติฐานอื่น H_1 : ข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov เพื่อวิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูล สรุปผลโดยการเปรียบเทียบ Asymp. Sig. (2-tailed) กับระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การสรุปผลว่า ถ้า Asymp. Sig. (2-tailed) มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดแล้วปฏิเสธ H_0 (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2547) ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีค่าสถิติมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p < .05$) ดังนั้นแสดงว่า ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) สำหรับผลการทดสอบ Kolmogorov – Smirnov ได้แสดงไว้ในตารางที่ 9 อย่างไรก็ตาม Hair และคณะ (1996) กล่าวว่า ในกรณีที่ข้อมูลมีขนาดใหญ่ การแจกแจงที่ไม่เป็นโค้งปกติไม่มีอิทธิพลต่อการวิจัยมากนัก

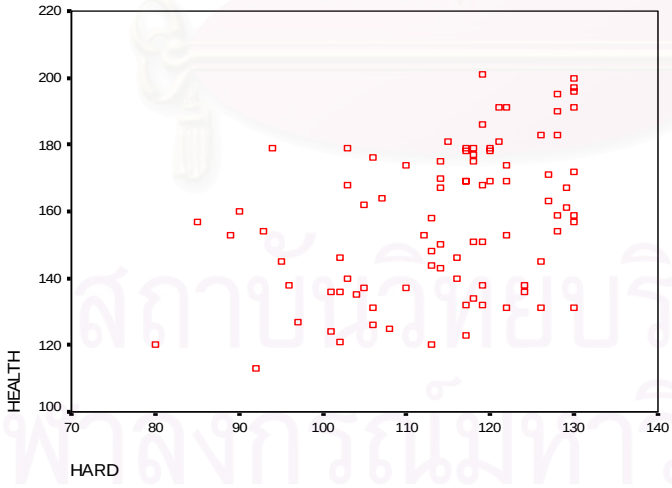
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov test

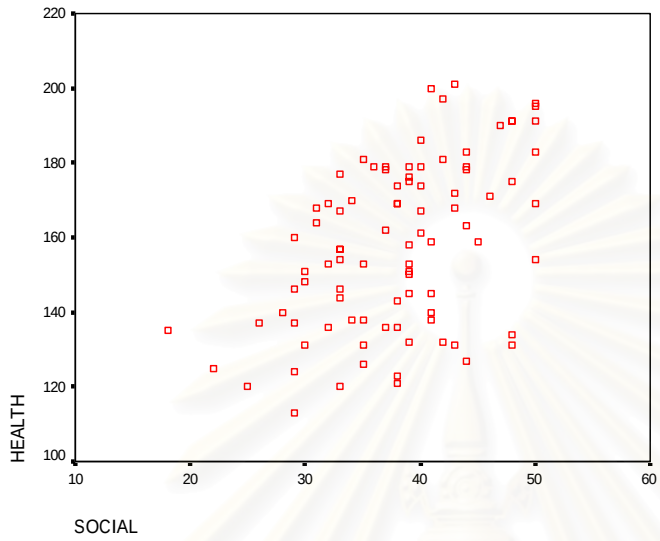
ตัวแปร	Kolmogorov – Smirnov	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับ		
สุขภาพของเพศหญิง	1.20	0.12
การสนับสนุนทางสังคม	0.73	0.66
การเผชิญความเครียด	0.85	0.47
ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ		
เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง	0.85	0.47

ข้อตกลงข้อที่ 3 ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้แผนภาพกระจัดกระจาย (Scatter plot) ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรต้น คือ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้

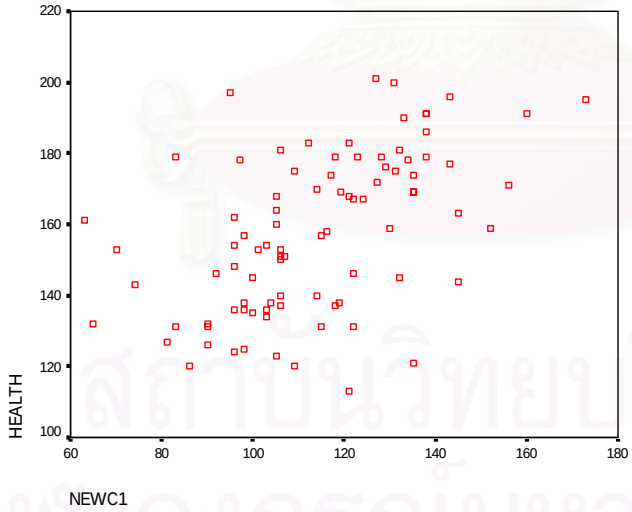
3.1 ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง



3.2 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง



3.3 การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง



ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 4 ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicolinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยวิธีการดังต่อไปนี้

4.1 ใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation technique) เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทุกตัว ซึ่งหากค่าสัมพันธ์ (Correlation) มากกว่า 0.8 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเกิดปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ

กับตัวแปรอิสระในระดับสูง (Multicolinearity) (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2547) ผลการทดสอบข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 0.43 ถึง 0.52 จึงไม่เกิดปัญหา ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง

4.2 พิจารณาจากค่าสัดส่วนของตัวแปรปรวนของตัวแปรอิสระ (Tolerance) ของตัวแปรต้นแต่ละตัว หากค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระมีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ศูนย์) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง ส่วนค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2547) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง 0.63 ถึง 0.89 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (ตารางที่9)

4.3 พิจารณาจากค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (Variance Inflation Factor: VIF) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณได้จากส่วนกลับของค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ ถ้าค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระมีค่ามากแสดงว่า ตัวแปรนั้นเกิดความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระที่ยอมรับได้ไม่ควรเกิน 10 (Hair et al, 1998) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง 1.12 ถึง 1.58 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (ตาราง 10)

ตารางที่ 10 ค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ(Tolerance) ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (VIF) ของ การความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับ		
สุขภาพของเพศหญิง	0.65	1.55
การสนับสนุนทางสังคม	0.63	1.58
การเผชิญความเครียด	0.89	1.12

ข้อตกลงข้อที่ 5 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติของ Durbin Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อน (Error term) มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่า 1.5 – 2.5 (Miles and Shevlin, 2001) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.93 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549)

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 6 ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรตามคงที่ในทุกค่าของตัวแปรต้น (Homoscedasticity) ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณาแผนภาพการกระจัดกระจาย (Scatter plot) ระหว่าง Y กับ e ซึ่งพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวสุวรรณพร มิตสุวรรณ
เกิด	วันที่ 07 กันยายน 2515
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2542
	เข้ารับการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547
ประวัติรับราชการ	พยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย